

Zaključki ocene potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle

**Poročilo izsledkov kvalitativnih raziskav
in stališč strokovnih delovnih skupin**

Osnutek ver.1
februar 2015

Skupaj za zdravje

Zaključki ocene potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle

Poročilo izsledkov kvalitativnih raziskav in stališč strokovnih delovnih skupin

Poročilo uredile:

Jerneja Farkaš Lainščak
Tatjana Buzeti
Jožica Maučec Zakotnik

Jezikovni pregled: Ivanka Huber

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

Spletni naslov: www.nijz.si

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2015

Brezplačen izvod.

Za vsebino posameznega poglavja so odgovorni njegovi avtorji.

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

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

316.344:614(0.034.2)

ZAKLJUČKI ocene potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle [Elektronski vir] : poročilo izsledkov kvalitativnih raziskav in stališč strokovnih delovnih skupin : osnutek ver. 1 / [uredile Jerneja Farkaš Lainščak, Tatjana Buzeti, Jožica Maučec Zakotnik]. - El. knjiga. - Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015

ISBN 978-961-6911-76-4 (pdf)

1. Farkaš-Lainščak, Jerneja
281646080

Pri poročilu so sodelovali člani delovnih skupin (DSK):

DSK za zmanjševanje neenakosti in obravnavo »ranljivih« skupin

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

DSK za samooskrbo srčno-žilnih bolezni

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

DSK za samooskrbo sladkorne bolezni

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

DSK za samooskrbo depresije

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

DSK za samooskrbo funkcijske manjzmožnosti

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

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

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

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

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

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

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

DSK za nemedikamentozne obravnave (vidik medicinskih sester v zdravstvenovzgojnih centrih)

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

KAZALO

SEZNAM KRATIC	5
1 UVOD	6
2 KLJUČNI IZSLEDKI OCENE POTREB	7
2.1 Ocena potreb zdravstveno marginaliziranih («ranljivih») skupin prebivalstva.....	7
2.1.1 Ovire v dostopu do zdravstvenih ustanov	7
2.1.2 Ovire znotraj zdravstvenih ustanov	8
2.1.3 Ovire v dostopu do preventivnih programov	9
2.2 Ocena potreb zdravih odraslih in bolnikov s kroničnimi boleznimi	10
2.2.1 Ocena potreb zdravih odraslih uporabnikov preventivnih programov	10
2.2.2 Ocena potreb bolnikov s kroničnimi boleznimi (temeljne skupne potrebe)	11
2.2.3 Ocena potreb bolnikov z boleznimi srca in žilja.....	12
2.2.4 Ocena potreb bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2	13
2.2.5 Ocena potreb bolnikov z depresijo.....	14
2.2.6 Ocena potreb oseb s funkcijsko manjzmožnostjo	15
2.3 Ocena potreb izvajalcev preventivnih programov za odrasle.....	17
3 ZDRAVSTVENO MARGINALIZIRANE SKUPINE: PREPREKE, OVIRE, NEPREMOSTLJIVI ZIDOVI DO ZDRAVJA	25
3.1 Brezposelni in prekarni	28
3.2 Migranti.....	34
3.3 Brezdomne osebe	40
3.4 Uporabniki nedovoljenih drog	42
3.5 Osebe s težavami v duševnem zdravju	44
3.6 Romi	46
3.7 Osebe z različnimi oblikami oviranosti	48
3.8 Sklep.....	54
4 OCENA POTREB IN STANJA: (ZDRAVI) ODRASLI IN KRONIČNI BOLNIKI	62
4.1 Izsledki raziskave »Ocena potreb (zdravih) odraslih v preventivnih programih«	63
4.2 Izsledki raziskave »Ocena potreb kroničnih bolnikov v preventivnih programih«	69
4.3 Bolezni srca in žilja	72
4.4 Sladkorna bolezen tipa 2.....	76
4.5 Depresija	77
4.6 Funkcijska manjzmožnost	81
5 OCENA POTREB IZVAJALCEV PREVENTIVNIH PROGRAMOV ZA ODRASLE	86
5.1 Rezultati kvalitativne raziskave – povzetek.....	87
5.2 Prioritetni izzivi in priložnosti – izsledki delovnih skupin.....	93

SEZNAM KRATIC

ADM	ambulanta družinske medicine
CKZ	center za krepitev zdravja
CSD	Center za socialno delo
DMS	diplomirana medicinska sestra
DSK	delovna skupina
DSP	denarna socialna pomoč
DZZ	dopolnilno zdravstveno zavarovanje
MZ	Ministrstvo za zdravje
NFM	Norveški finančni mehanizem
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
NPPPSŽB	Nacionalni program primarne preventive srčno-žilnih bolezni
NVO	nevladna organizacija
OZZ	obvezno zdravstveno zavarovanje
RADM	referenčna ambulanta družinske medicine
RK	Rdeči križ
ROKVB	Register oseb, ki jih ogrožajo kardiovaskularne bolezni
SZZ	Skupaj za zdravje
ZDM	zdravnik družinske medicine
ZVC	zdravstvenovzgojni center
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

1 UVOD

V obsežnem projektu »Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju - Skupaj za zdravje« je izhodiščno točko predstavljala poglobljena ocena stanja in potreb. Le-te se nismo lotili z namenom ponovnega prikazovanja že znanih dejstev, ampak zaradi jasno prisotne potrebe po natančnem, z dodatnimi raziskavami dopoljenem in celostnem pregledu obstoječih kapacitet preventivnega zdravstvenega varstva odraslih s posebnim poudarkom na zmanjševanju neenakosti.

Z vsebinskega vidika smo v tem poročilu strnili večplastno analizo ocene potreb zdravstveno marginaliziranih (»ranljivih«) skupin prebivalstva, zdravih odraslih prebivalcev in bolnikov s kroničnimi boleznimi ter izvajalcev preventivnih programov za odrasle na primarni ravni zdravstvenega varstva. Z metodološkega vidika pa smo stališča o oceni potreb s strani strokovnih delovnih skupin dopolnili z izsledki, ki smo jih s kvalitativnimi raziskovalnimi pristopi (fokusne skupine, strukturirani intervjuji) pridobili na novo. Slika 1 tako prikazuje 3 vsebinske sklope ocene potreb in vire pridobljenih podatkov zanje.

Pričujoče poročilo najprej ponuja strnjene ključne izsledke ocene potreb tako z vidika različnih skupin uporabnikov kot izvajalcev preventivnih programov za odrasle, v nadaljevanju pa daljša in vsebinsko celovitejša poglavja, ki lahko ključnim partnerjem v zagotavljanju preventivnega zdravstvenega varstva služijo kot izhodišče za nadaljnje aktivnosti v skupnih prizadevanjih po kakovostni nadgradnji obstoječih preventivnih programov in razvoju modela integriranega preprečevanja kroničnih bolezni in celostne oskrbe kroničnih bolnikov odrasle populacije.



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

2 KLJUČNI IZSLEDKI OCENE POTREB

2.1 Ocena potreb zdravstveno marginaliziranih (»ranljivih«) skupin prebivalstva

2.1.1 Ovire v dostopu do zdravstvenih ustanov

1. Geografska oddaljenost od zdravstvenih ustanov: »ranljive« skupine prebivalstva so pogosto soočene z velikimi finančnimi težavami, zato si težko privoščijo poti v kraj, v katerem je zdravstvena ustanova. To oviro še težje premoščajo starejši in/ali kronični bolniki, ki pot tudi fizično težje prenesejo. Za osebe z različnimi oblikami oviranosti v geografsko bolj oddaljenih krajih je dodatna ovira pomanjkanje prilagojenega javnega prevoza.
2. Neprilagojenost zdravstvenih ustanov za osebe z različnimi oblikami oviranosti: gibalno ovirane osebe (pa tudi druge) pogosto nimajo ustreznega dostopa do vseh prostorov in zdravstvenih storitev.
3. Dolge čakalne dobe.
4. (Pre)draga doplačila za zdravstvene storitve in zdravila: za vse obravnavane »ranljive« skupine velja, da so zanje - tudi v primeru urejenega zdravstvenega zavarovanja (obveznega in dopolnilnega) - dodatna plačila za zdravila in zdravstvene storitve (npr. zobozdravstvene, ortopedske pripomočke idr.), povezana s previsokimi stroški. Posledično si jih mnogi ne morejo privoščiti, zato ostanejo brez (nujno) potrebnega zdravljenja.
5. Težko dostopno ali nedostopno zdravstveno zavarovanje, zaradi:
 - a) Povezovanja denarne socialne pomoči (DSP) in obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ). Mnoge »ranljive« osebe (brezposelni, propadli samozaposleni, brezdomni, uporabniki nedovoljenih drog) živijo pod pragom revščine, a zaradi vse strožjih kriterijev za upravičenost do prejemanja DSP ne zadostijo tem kriterijem, posledično pa niso upravičeni do OZZ, ki ga krije občinski proračun.
 - b) Zastarelega sistema zdravstvenega zavarovanja, ki ni prilagojeno naraščajočemu številu delavcev v negotovih oblikah zaposlitve. Prekarni delavci in samozaposleni z nizkimi finančnimi prilivi odvajajo od avtorskih in podjemnih pogodb delež (6,36 %) v zdravstveno blagajno, kar pa jim ne daje pravice do OZZ, temveč le pravice do kritja stroškov v primeru nezgode na delovnem mestu, zaradi česar lahko vstopajo v sistem zdravstvenega zavarovanja le kot samoplačniki.
 - c) Določila o »zamrzovanju« oziroma »zadrževanja pravice do zdravstvenih storitev«, ki predvideva, da se lahko oseba, ki ni poravnala prispevkov za zdravstveno zavarovanje (OZZ in/ali DZZ), zavaruje le, če za nazaj poravna svoj dolg. V primeru DZZ se zaradi neplačevanja prispevkov premija poviša. Za mnoge »ranljive« posameznike brezposelne, prekarne delavce, samozaposlene, migrante idr.), ki

običajno ne zmorejo plačevati prispevkov sproti, pomeni zadolževanje pri zdravstvenih zavarovalnicah dodatno poglobljanje revščine.

- d) Administrativnih preprek in nespoštovanja zakonskih določil:
- številne brezdomne osebe, ki imajo po zakonu pravico do prijave stalnega prebivanja na naslovu ustanove, ki jim nudi materialno pomoč (Center za socialno delo (CSD), Rdeči križ (RK), Karitas idr.), te pravice ne morejo udejanjiti. Brez naslova stalnega prebivanja pa ne morejo pridobiti pravice do OZZ, ki bi jim bilo krito iz občinskega proračuna,
 - otroci migrantov, ki imajo v Sloveniji dovoljenje za zadrževanje ali za začasno bivanje in niso zaposleni, pogosto nimajo dostopa do OZZ, čeprav po zakonu vsem otrokom do 18. leta v Sloveniji pripada pravica do OZZ.
- e) Izključenosti določenih kategorij migrantov (nedokumentirani migranti, prosilci za mednarodno zaščito, osebe z dovoljenjem za zadrževanje, nezaposlene osebe z dovoljenjem za začasno bivanje), ki nimajo dostopa do OZZ, zato se lahko v Sloveniji zavarujejo le preko komercialnih zavarovanj. Za mnoge predstavlja to previsok strošek, zato ostajajo nezavarovani.

2.1.2 Ovire znotraj zdravstvenih ustanov

1. Oviran dostop do nujne medicinske pomoči:
 - a) Čeprav je po zakonu vsakdo, ne glede na zdravstveno zavarovanje, lahko deležen brezplačnega nujnega zdravljenja, v nekaterih primerih zdravstveni delavci nezavarovanim osebam zdravljenje odrečejo ali jih obravnavajo kot samoplačnike, kljub temu, da gre za nujno zdravljenje.
 - b) V primeru, da oseba ni zmožna plačati stroškov zdravljenja, ki se izkaže za nenujno, mora zdravstvena ustanova sprožiti dolgotrajen postopek izterjave od posameznika, šele nato Ministrstvo za zdravje (MZ) povrne stroške zdravljenja, a ne tudi stroškov postopka izterjave. Za zdravstvene ustanove to pomeni veliko dodatnega administrativnega dela in visoke izdatke.
2. Pomanjkanje strokovnega kadra (npr. pedopsihiatrov, kliničnih psihologov, psihoterapevtov) zaradi česar imajo določene »ranljive« skupine (osebe s težavami v duševnem zdravju) oviran dostop do kakovostne strokovne obravnave.
3. Neenaka obravnava »ranljivih« skupin: vse obravnavane »ranljive« skupine so poročale o primerih neenake, diskriminatorne obravnave v zdravstvenih ustanovah. Pogosto je taka obravnava posledica nepoznavanja in neinformiranosti zdravstvenih delavcev o specifičnih težavah in potrebah »ranljivih« posameznikov, ki se običajno odzivajo z nezaupanjem do zdravstvenih delavcev, izogibajo zdravstvenim ustanovam in odlašajo z zdravljenjem.

4. Kulturni in jezikovni nesporazumi:
 - a) Zaradi nepoznavanja kulturnega ozadja in pomanjkanja kulturne kompetence zdravstvenih delavcev prihaja pri določenih »ranljivih« skupinah (migranti, Romi) do vrste kulturnih nesporazumov, ki dodatno poglobljajo kulturno distanco in prispevajo k negativnim izkušnjam posameznikov z zdravstvenim sistemom.
 - b) Zaradi odsotnosti usposobljenih tolmačev in/ali prevajalcev v zdravstvenih ustanovah se med zdravstvenimi delavci in nekaterimi »ranljivimi« skupinami (migranti, Romi, osebe z različnimi oblikami oviranosti) pojavljajo jezikovne ovire ter vrsta jezikovnih nesporazumov, ki prispevajo k manj kakovostni zdravstveni obravnavi.

2.1.3 Ovire v dostopu do preventivnih programov

1. Večina obravnavanih »ranljivih« skupin ima težave z dostopom do OZZ, zato mnogi niso vključeni v preventivne programe. Čeprav bi se preventivnih programov načeloma želeli udeležiti, pa posvečajo predvsem pozornost reševanju ovir, da bi imeli dostop do najbolj osnovnih zdravstvenih potreb.
2. Poleg tega nekateri (npr. Romi, osebe z različnimi oblikami oviranosti) poudarjajo, da so obstoječi preventivni programi zanje premalo dostopni tudi zaradi jezikovnih in kulturnih ovir, drugi (npr. prekarni delavci) pa izpostavljajo pomanjkanje preventivnih programov, ki bi se bolj odzivali na njihove potrebe.

2.2 Ocena potreb zdravih odraslih in bolnikov s kroničnimi boleznimi

2.2.1 Ocena potreb zdravih odraslih uporabnikov preventivnih programov

1. Želijo si boljši stik in več komunikacije z zdravstvenimi delavci, predvsem zdravniki. V zdravstveni obravnavi je za uspehe s stališča uporabnika (še vedno) najpomembnejši osebni stik, humanost, razumevanje ter dobra komunikacija.
2. Največ zanimanja je za področji zdrave prehrane in gibanja. Želeli bi si tudi delavnice o uporabi zdravih zelišč v preventivne namene, predavanja o demenci, preventivi rakavih obolenj.
3. Menijo, da so informacije o preventivi zelo razpršene; moti jih naraščajoča in tržno naravnana ponudba z zdravim življenjskim slogom povezanih proizvodov in storitev. Hkrati opažajo, da se tudi strokovne smernice spreminjajo ter da glede določenih tem strokovnjaki nimajo enotnega mnenja. Pogrešajo in predlagajo ustanovitev stične informativne točke, kjer bi lahko pridobili kredibilne podatke o zdravju, zdravih živilih in zdravem življenjskem slogu.
4. Opažajo porast psihičnih težav, tako med mlajšo kot starejšo populacijo. Menijo, da bi bilo dobro več pozornosti nameniti preventivi oziroma osveščanju na področju duševnega zdravja.
5. Ugotavljajo, da je premalo preventive na področju zlorabe alkohola (še posebej v vinorodnih okoliših): alkoholizem je postal del folklorne, ne namenja se mu dovolj pozornosti oziroma ne zaznavajo dovolj pomoči svojcem in alkoholikom.
6. V krajih, kjer so bile izpeljane delavnice »Živimo zdravo« so uporabniki zelo zadovoljni in navdušeni nad načinom izvedbe predavanj ter vsebinami. Projekt se jim je lokacijsko približal in tudi zato je bila udeležba dobra. Povsod, kjer so ga že izvajali, si želijo nadaljevanja oziroma vsebinske nadgradnje.
7. Predlagajo, da bi bili preventivni programi oziroma delavnice bolj fleksibilne glede pogojev za udeležbo z možnostjo vključitve sredi programa in brez starostnih omejitev.
8. Kritični so do programov odvajanja od kajenja, za katere navajajo, da so nepotrebni. Dokaj enotno so vse skupine izražale mnenja, da je prenehanje kajenja odvisno od posameznika, ki mora sprejeti odločitev. Menijo, da obstaja že več drugih ukrepov (npr. opozorila na cigaretnih škatlicah, prepoved kajenja na javnih prostorih), pa ljudje še vedno kadijo. Zato menijo, da naj se raje kot odvajanju od kajenja nameni več pozornosti drugim preventivnim programom.

9. Izpostavljajo problematičnost starostne meje pri več preventivnih programih: to se jim zdi diskriminatorno; starejši se počutijo izključene. Predlagajo, da se starostne omejitve prilagodijo demografskim trendom podaljševanja življenjske dobe.
10. Izražajo nezadovoljstvo, ker je merjenje gostote kosti plačljivo.
11. Primeri dobre prakse so bili redni sistematski pregledi: uporabniki se strinjajo, da bi bilo zelo koristno obnoviti koncept rednih pregledov vsakih 5 let. Sicer je pri navajanju izkušenj z rednimi preventivnimi sistematskimi pregledi zaznati veliko sistemskih razlik in nedoslednosti.
12. Predlagajo intenzivnejši angažma stroke na področju osveščanja tako javnosti kot industrije glede vsebnosti sladkorjev v pijačah in soli v prehranskih izdelkih.
13. Priporočajo tudi intenzivnejše in bolj integrirano povezovanje stroke z relevantnimi društvi in nevladnimi organizacijami (NVO), ki tudi izvajajo preventivne programe. Predlagajo uvedbo načinov za integracijo obstoječih dobrih praks v institucionalni sistem preventivnega zdravstvenega varstva.

2.2.2 Ocena potreb bolnikov s kroničnimi boleznimi (temeljne skupne potrebe)

1. Želijo si bolj celostno (integrirano) obravnavo v zdravstvu.
2. Predlagajo večjo integracijo ljudi z izkušnjami kronične bolezni v preventivne programe: posamezniki z izkušnjo bolezni in pridobljenim znanjem bi lahko delovali kot vezni člen med preventivnim zdravstvenim varstvom ter uporabniki.
3. Priporočajo intenzivnejše in sistemsko povezovanje stroke in preventivnih programov z društvi bolnikov. Potrebna bi bila integracija in priznavanje njihovega dela ter drugih dobrih praks znotraj institucionalnega sistema; zaželeno bi bilo tudi, da bi stroka društvom nudila ustrezno strokovno podporo in pomoč pri nadgradnji njihovih programov.
4. Starostne omejitve pri preventivnih pregledih bi se morale ukiniti oziroma prilagoditi demografskim trendom.
5. Predlagajo vzpostavitev posvetovalnic za kronične bolnike po celi Sloveniji (tudi in predvsem v bolj odročnih krajih), kjer se bodo uporabniki lahko posvetovali o svojem zdravstvenem stanju, o navzkrižnem delovanju zdravil, o oskrbi kroničnih bolezni. Posvetovalnice ne smejo biti organizirane zgolj v zdravstvenih domovih.
6. Menijo, da bi bilo nujno redno (in bolj sistematično urejeno) osveščanje in informiranje o možnostih sekundarne preventive pri osebnem izbranem zdravniku.

7. Predlagajo sistemsko informiranje bolnikov ob odpustu iz bolnišnice o obstoju podpornih društev bolnikov. Na osnovi osebnih izkušenj pravijo, da je takrat posameznik najbolj prestrašen in tudi dovzeten za informacije, ki bi mu pomagale pri spremembah v življenjskem slogu.
8. Pri oskrbi kroničnih boleznih so ključni tudi svojci: predlagajo, da se tudi njim nudi podpora z delavnicami ali predavanji (npr. kako ravnati, kako obvladovati posamezne situacije).

2.2.3 Ocena potreb bolnikov z boleznimi srca in žilja

Izsledki kvalitativne raziskave kažejo, da je, poleg temeljnih skupnih potreb vseh bolnikov s kroničnimi boleznimi, specifična potreba bolnikov z boleznimi srca in žilja sledeča:

1. Menijo, da bi jim (poleg ob obisku pri osebnem izbranem zdravniku) lahko povedali več o možnostih sekundarne preventive tudi v antikoagulacijskih ambulantah.

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

1. Udejanjanje ukrepov na področju obvladovanja aterosklerotičnih bolezni se povečini odvija v štirih vozliščih preventivne dejavnosti: na sekundarni ravni zdravstvenega varstva, v ambulantah družinske medicine (ADM) oziroma referenčnih ambulantah družinske medicine (RADM), Centrih za krepitev zdravja (CKZ) in društvih bolnikov (npr. koronarni klubi).
2. Sekundarno raven oskrbe bi bilo potrebno organizirati v ambulantno dejavnost za preventivno in rehabilitacijsko kardiologijo. Dejavnost bi se vzpostavila z nadgradnjo obstoječe kardiološke službe, tako da bi na nacionalni ravni vzpostavili 10–12 centrov za preventivno in rehabilitacijsko kardiologijo (v regijskih bolnišnicah). V sklopu te dejavnosti bolnike:
 - a) identificiramo in registriramo (zagotovljena univerzalna dostopnost),
 - b) ocenimo ogroženost s pomočjo potrebnih kliničnih orodij in funkcijskih preiskav,
 - c) izdelamo načrt nadaljnje oskrbe (farmakološke in nefarmakološke sekundarne preventive),
 - d) načrtujemo in izvajamo ambulantno kardiovaskularno rehabilitacijo, ki pri bolnikih po akutnem miokardnem infarktu in srčnim popuščanjem dokazano zmanjšuje zbolewnost in umrljivost ter je zato priznan kazalnik kakovosti oskrbe.
3. Sistematično vodenje srčno-žilnih bolnikov že poteka v skladu s sprejetimi protokoli za vodenje koronarnega bolnika v okviru družinske medicine; ponekod uspešno tudi v RADM. Za izboljšanje bi bilo potrebno zagotoviti:

- a) Razširjene protokole za vodenje bolnikov z drugimi aterosklerotičnimi boleznimi ter udeležiti RADM v vseh ADM, upoštevaje zahteve za vodenje večje populacije pacientov.
 - b) Na ravni družinske medicine dostopnost do psihološke podpore bolnikom (psiholog, psihiater) zaradi zvečane prevalence duševnih motenj pri bolnikih z aterosklerozo ter do dvosmerne neposredne komunikacije s službo preventivne kardiologije (e-konzultacija o bolnikih in njihovih potrebah po nadaljnjih preiskavah ali pregledu).
4. V CKZ, ki v sekundarni preventivi udeležajo intervencije za obvladovanje vedenjskih dejavnikov tveganja, bi bilo potrebno dodelati predvsem vidik osveščanja bolnikov: osnovne informacije o aterosklerozi, dejavnikih tveganja zanjo ter njihovemu pomenu, naravnem poteku bolezni, pomenu posameznih preiskav ter pomenu zdravljenja.
 5. Osveščanje bolnikov bi bilo smiselno integrirati s pomočjo t. i. kurikuluma potrebnih znanj, ki bi zagotavljal potrebno strukturo in vsebino informacij, ki jih posameznik z aterosklerozo prejme na vsakem izmed vozlišč preventivne dejavnosti.
 6. Potrebno je natančneje opredeliti vlogo koronarnih klubov za bolnike v smislu veznega člana med uporabniki in izvajalci, saj dejansko delujejo kot izvajalci vseživljenjske rehabilitacije in s tem pomagajo krepiti zdravje koronarnih bolnikov (kar sicer vsebinsko sodi v zdravstveno dejavnost), po drugi strani pa gre za samoorganizirana združenja bolnikov, ki niso upravičena do financiranja iz zdravstvenih sredstev.
 7. Za uspešno integracijo vseh vozlišč preventivne dejavnosti je potrebno vpeljati učinkovito komunikacijsko povezavo. Potrebna je nadgradnja informacijskega sistema, ki bi pripomogla k boljšemu koriščenju preventivnih storitev po eni strani ter onemogočila podvajanje koriščenja po drugi ter izboljšanje komunikacije med različnimi ravnmi zdravstvenega varstva (pravočasna in učinkovita izmenjava informacij, ki bi bila po možnosti elektronska).

2.2.4 Ocena potreb bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2

Izsledki kvalitativne raziskave kažejo, da so, poleg temeljnih skupnih potreb vseh bolnikov s kroničnimi boleznimi, specifične potrebe bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 sledeče:

1. Predlagajo pomoč pri usmerjanju glede prehrane in boljše označevanje živil: predlog, da bi imela vsa živila, ki so primerna za diabetike, določen znak (označevalec), ki bo dovolj in jasno viden.
2. Menijo, da bi morala biti živila za diabetike cenejša in ne dražja (kot je trenutna situacija).

3. Želijo si, da ne bi bilo potrebno še več (do)plačevati za zdravstvene pripomočke in zdravila ter da bi določena podjetja (npr. za izdelavo lističev, aparatov, prehrane) in zdravstvo manj služilo na račun njihovega zdravstvenega stanja.
4. Potrebujejo boljšo krajevno dostopnost do specialistov diabetologov po celi državi. Če ni mogoče redno, predlagajo, da bi specialisti diabetologi delovali v odročnejših krajih vsaj enkrat tedensko.

2.2.5 Ocena potreb bolnikov z depresijo

Izsledki kvalitativne raziskave kažejo, da so, poleg temeljnih skupnih potreb vseh bolnikov s kroničnimi boleznimi, specifične potrebe bolnikov z depresijo sledeče:

1. Potrebna je družbena in strokovna destigmatizacija ter boljše in zgodnejše prepoznavanje depresije. Predlagajo veliko nacionalno akcijo za osveščanje splošne javnosti. Kot primer dobre prakse navajajo akcijo »Premagal sem depresijo«. Predlagajo še, da se vključi prepoznavne ljudi, da javno povedo svojo izkušnjo in tako pripomorejo k destigmatizaciji bolezni.
2. Menijo, da je zdravnike družinske medicine (ZDM) potrebno kontinuirano in bolj intenzivno izobraževati glede depresije in anksioznih motenj, da bi jih bolje in zgodaj prepoznavali.
3. Predlagajo vpeljavo podpornih skupin za depresijo po celotni Sloveniji; potrebna je kontinuiteta delovanja skupin. Če bi jih zdravnik napotil na delavnico/skupino, bi se je udeležili.
4. Ustanovili bi lahko osebno asistenco – stalno (24-urno) dostopnost nekoga za pogovor in pomiritev v najbolj kritičnih trenutkih. Za tovrstno delo bi lahko zaposlili osebe z izkušnjo bolezni in jih priznali za strokovnjake.
5. Kot obliko preventive predlagajo, da se za splošno javnost pripravi predavanja/delavnice, kjer se lahko depresijo ter anksiozne motnje obravnava v širših kontekstih stresa, obvladovanja čustev in podobno: s tem bi pripomogli k boljšemu informiranju javnosti ter prepoznavanju bolezni.
6. Priporočajo organizacijo društva bolnikov na nacionalnem nivoju.

Izsledke kvalitativne raziskave o oceni potreb bolnikov z depresijo dopolnjuje še stališče *DSK za samooskrbo depresije*:

1. Presejalni postopek na primarni ravni še ni implementiran v vseh ADM (ki niso referenčne), zaradi česar lahko prihaja do razlik v obravnavi bolnikov z depresijo.
2. Načini povezovanja s patronažno službo še niso vzpostavljeni.

3. Vzpostavljanje sistema obravnave depresivnega bolnika v CKZ (psihoedukativna delavnica »Podpora pri spoprijemanju z depresijo«) bo v veliki meri pripomogel k zmanjševanju neenakosti med regijami, vendar pa zaenkrat izvajanje psihoedukativnih delavnic še ni utečeno.
4. Poleg tega ZDM poročajo o pomanjkanju izobraževanja glede obravnave oseb z duševno motnjo (predvsem veščin svetovanja in napotovanja) in potrebi po superviziji, sodelovanje ZDM z zdravniki specialisti psihiatri pa je pogosto pomanjkljivo.
5. Največje priložnosti se kažejo na področju implementacije smernic in kliničnih poti za obravnavo depresivne motnje na vseh ravneh zdravstvenega sistema (primarni ravni v ADM, ambulantnih psihiatrih, bolnišnici). Pri tem bi bila potrebna natančnejša opredelitev nalog, odgovornosti, vrste in načina sodelovanja med vsemi vključenimi deležniki, v procesu vzpostavljanja pa tudi izobraževanje zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev. Pozornost pa bi bilo potrebno usmeriti tudi k povezovanju s ključnimi deležniki iz lokalnega okolja (skupinami za samopomoč, laičnimi skupinami).
6. Več pozornosti bi bilo potrebno nameniti ozaveščanju laične in strokovne javnosti o depresiji, njenem prepoznavanju in zdravljenju. Obenem pa bi z ozaveščanjem javnosti o depresiji zmanjšali tudi stigmatiziranost oseb z duševno motnjo.

2.2.6 Ocena potreb oseb s funkcijsko manjzmožnostjo

Stališče DSK za samooskrbo funkcijske manjzmožnosti:

1. Telesna zmogljivost starejših oseb je dinamičen pojav, zato bi jo bilo treba pri njih pogosteje obsežno ocenjevati v rednih časovnih obdobjih, kar naj bi opravljalo osnovno zdravstvo. Ocenjevanje bi moralo zajemati premičnost, hojo, ravnotežje, gibčnost in okoljske dejavnike tveganja. Izvajanje na tem ocenjevanju zasnovanega programa, ki bi ga oblikovala zdravstvena skupina, bi moral spodbujati osebni izbrani zdravnik.
2. Potrebno je vzpostaviti »Nacionalni program presejanja za funkcijsko manjzmožnost starejših oseb« ter ga ustrezno umestiti v sistem primarnega zdravstvenega varstva z racionalnim izkoristkom obstoječih prostorskih in kadrovske kapacitet.
3. Nacionalni program bi vseboval: presejanje celotne populacije v starosti nad 65 let ter bolnikov s srčno-žilnimi boleznimi, sladkorno boleznijo in depresijo, testiranje posameznikov, pri katerih je med presejanjem bila odkrita ogroženost za funkcijsko manjzmožnost, obravnavo posameznikov s funkcijsko manjzmožnostjo in svetovanje posameznikom, ki so ogroženi za pojav funkcijske manjzmožnosti.

4. Za potrebe financiranja dejavnosti je potrebno opredeliti: obseg storitev, ki jih želimo zagotoviti bolnikom, število in stroške kadra glede na obremenitev (št. bolnikov) in obseg storitev, stroške opreme ter stroške usposabljanja in izobraževanja kadra.
5. Za optimalen potek dela skozi celoten proces ocene stanja funkcijsko manjzmožnega posameznika potrebujemo multidisciplinaren kader. Poleg telesnega vidika funkcijske manjzmožnosti, ki ga obravnavajo fizioterapevti, je v obravnavi potrebno upoštevati še prehranski (dietetik), duševni (psiholog) in socialni vidik (socialni delavec, delovni terapevt). Diplomirane medicinske sestre (DMS) bi lahko po opravljenih obveznih izobraževanjih, ki jih določi Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), podpirale začetni del ocene in svetovanje posameznikov, ogroženih za funkcijsko manjzmožnost.
6. Za učinkovito implementacijo programa v obstoječi zdravstveni sistem bi bilo potrebno povezati delovanje obstoječih društev in organizacij, ki se že ukvarjajo s funkcijsko manjzmožnimi starostniki.

2.3 Ocena potreb izvajalcev preventivnih programov za odrasle

1. Preventiva je v medicini in v družbi pogosto prezrta – videna kot nekaj manj pomembnega (v primerjavi s kurativo) in nima finančnega zagovornika. Bolj jasno je zato potrebno izpostaviti uspehe dosedanjega preventivnega dela.
2. Kot dobra preventivna programa, tako s strani organizacije kot dokazanih rezultatov, sta bila izpostavljena Nacionalni program primarne preventive srčno-žilnih bolezni (NPPPSŽB) in Program SVIT. Kot uspešno se ocenjuje uvajanje RADM.
3. Pomembno je, da so preventivni programi brezplačni.
4. Kot zelo perečo pomanjkljivost dosedanjih preventivnih programov izvajalci brez izjeme izpostavijo neučinkovit in neenoten informacijski sistem.
5. Pomembno je zmanjšati administracijo in jasno urediti dostopanje do podatkov (izpostavljena pereča točka je »Register oseb, ki jih ogrožajo kardiovaskularne bolezni« (ROKVB), patronažne medicinske sestre pa želijo poenoten in izboljššan dostop do podatkov o pacientih – denimo sezname kroničnih bolnikov in neodzivnih).
6. Veliko sogovornikov kot šibkost občuti pomanjkanje učinkovitega vodenja, koordinacije in integracije preventivnih programov s pomanjkljivo evalvacijo in neažurnimi povratnimi informacijami, kar slabi motivacijo izvajalcev in možnosti korektivnih ukrepov.
7. Potrebno bi bila vzpostavitev profesionalne, politično neodvisne strukture za vodenje in koordinacijo preventivnih programov na nacionalnem nivoju (npr. NIJZ).
8. Za centralno koordinacijo preventivnih programov za odrasle in za zbiranje podatkov ni zakonsko določene strukture, kar bi verjetno potrebno urediti, vendar izključno s konsenzom vseh deležnikov.
9. Za učinkovitost preventivnih programov je pomembna tako skupinska kot individualna obravnava ter timsko delo.
10. Zdravnik ostaja ključna avtoriteta; njegova zavzetost za preventivo pomembno vpliva na učinkovitost preventivnih programov.
11. Medicinske sestre si želijo, da bi zdravniki bolje poznali programe v zdravstvenovzgojnih centrih (ZVC), tudi delo patronaže na terenu.
12. Nujna je razbremenitev tima v osnovnem zdravstvu – ZDM in DMS, pa tudi predstavniki MZ, NIJZ in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) navajajo potrebo po zaokrožitvi projekta RADM tako, da bi jih imele vse ADM v državi. Ob

tem ZDM želijo razbremenitev primarnega zdravstva z udejanjanjem že dogovorjenih glavarinskih količnikov v praksi (1500 na tim družinske medicine). Tudi patronažne medicinske sestre želijo kadrovske okrepitve, medicinske sestre v ZVC pa doslednejše izvajanje splošnega dogovora glede organizacije ZVC kot samostojne enote z ustrežno kadrovske zasedbo.

13. Diplomirane medicinske sestre v RADM navajajo upad preventivnih pregledov na račun vse večjega števila obravnav kroničnih bolnikov.
14. Delo, ki ga opravljajo medicinske sestre v ZVC in v patronažni službi ni ustrezno ovrednoteno.
15. Pomembno je vsebinsko nadgrajeno in kontinuirano izobraževanje na področju preventive tako za zdravnike kot za medicinske sestre.
16. Potrebno je izboljšati sodelovanje med primarnim zdravstvenim varstvom in stroko javnega zdravja.
17. Potrebno je okrepiti medresorno sodelovanje v vladi za sistemsko podpiranje zdravja v vseh politikah.
18. Pomembna je nadgradnja preventivnih programov s približevanjem potrebam ljudi v lokalni skupnosti, upoštevajoč ranljive skupine, z integriranim (celostnim) in bolj interdisciplinarnim pristopom.
19. Izvajalci kot ranljive skupine vidijo nezavarovane, brezposelne, gluhe, slepe, tujce, starejše, socialno izolirane, emigrante, Rome, kronične psihiatrične bolnike, ljudi iz socialnega roba, revne in brezdomce.
20. Potrebno je okrepiti občutljivost zdravstvenih delavcev za ranljive skupine in urediti sistemske pristope za zmanjšanje neenakosti v zdravju.

Izsledke kvalitativne raziskave o oceni potreb izvajalcev preventivnih programov za odrasle dopolnjujejo še stališča strokovnih delovnih skupin po posameznih poklicnih področjih. Tako ZDM kot DMS v RADM iz *DSK za primarno in sekundarno preventivo v ambulantni družinskega zdravnika in referenčni ambulantni družinske medicine* ocenjujejo, da:

1. Nadgradnjo preventivnih programov za odrasle v osnovnem zdravstvu je potrebno prilagoditi demografskim trendom, ki kažejo stalno povečevanje deleža starejših oseb (>65 let), pa tudi števila oseb s kroničnimi boleznimi. Za obvladovanje teh trendov je nujno okrepiti primarno raven, ne le finančno, ampak tudi kadrovske.
2. Za zagotavljanje enakosti vseh bolnikov je potrebno čim prej uvesti način dela in kadrovske sestave RADM v vse ADM, v naslednjem koraku pa zagotoviti celo DMS v RADM ter evropske standarde obremenitev ZDM, torej 1500 glavarinskih količnikov.

3. Potrebujemo kontinuirano izobraževanje vseh izvajalcev preventivnih programov, bodisi klasične oblike edukacije, pa tudi sodobne oblike (e-izobraževanje). Zdravniki družinske medicine predlagajo, da sta za izobraževanje zdravnikov zadolženi Katedri za družinsko medicino Medicinskih fakultet Univerze v Ljubljani in Mariboru.
4. Pogoj za nemoteno delo je ustrezna oprema ADM in kakovostna, uporabniku prijazna, čim enostavnejša in nezamudna informacijska podpora. Neenoten in neučinkovit informacijski sistem ne omogoča pretoka informacij, prihaja do podvajanja dokumentiranja in laboratorijskih storitev.

Zdravniki družinske medicine iz *DSK za primarno in sekundarno preventivo v ambulanti družinskega zdravnika in referenčni ambulanti družinske medicine* nadalje menijo:

1. Zdravnik družinske medicine je izvajalec ter vodja tima ADM, katerega delo vključuje tudi preventivne dejavnosti, zato mora biti vključen v načrtovanje, koordiniranje in vodenje preventivnih programov.
2. Zdravnik družinske medicine je vodja tima, ki v sodelovanju z DMS skrbi za vključevanje svojih bolnikov v CKZ, če je to potrebno.
3. Kadrovsko krepitev CKZ s strokovnjaki drugih poklicev (npr. kineziologi, dietetiki) lahko načrtujemo, ko bodo vse ADM pridobile status RADM.
4. Kljub temu, da podatke o opravljenih preventivnih pregledih v okviru NPPPSŽB zbirajo ZDM, jim dosedanji način vodenja ROKVB ni omogočal vpogleda v podatke o dejavnih tveganja za izbrano populacijo (prav tako te možnosti nimajo regijski odgovorni zdravniki).
5. Glede na to, da se trenutno ločeno (po drugi metodi) zbirajo podatki o opravljenih preventivnih pregledih v ADM ter RADM, je potrebno nujno zagotoviti poenotenje ter opredeliti skrbnika zbranih podatkov. Skrbnik zbranih podatkov mora omogočiti strokovnjakom s področja družinske medicine nemoten dostop do vseh podatkov iz ADM.
6. Učinkovitost preventivnih aktivnosti ter omogočanje enake dostopnosti vsemu prebivalstvu bomo povečali s povezovanjem, ki vključuje medresorno povezovanje, povezovanje med izvajalci, med ravnmi zdravstvenega varstva kot tudi povezovanje s strokovnjaki drugih poklicev ter lokalno skupnostjo in NVO.
7. Posamezne skupine prebivalcev (ranljive, s posebnimi potrebami) ZDM že sedaj obravnavamo in po potrebi vključujemo tudi druge strokovnjake. Vključevanje drugih strokovnjakov zahteva opredelitev poti komunikacij in povezovanja.
8. Posebno pozornost je potrebno nameniti osebam, ki nimajo osnovnega zdravstvenega zavarovanja, brezposelnim in osebam s slabim socialno-ekonomskim

položajem. Prav tako je potrebno posebno pozornost nameniti opolnomočenju bolnikov, da bodo sposobni samostojnega življenja in samooskrbe.

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

Stališče DMS v RADM iz *DSK za primarno in sekundarno preventivo v ambulanti družinskega zdravnika in referenčni ambulanti družinske medicine* je sledeče:

1. Trenutna dodelitev ene DMS dvema RADM v praksi pomeni zadolžitev za najmanj 4000 bolnikov, ponekod tudi z neustreznimi delovnimi pogoji. Na ta način ni mogoče izvajati popolne dispanzerske metode dela z integrirano preventivo kroničnih bolezni in hkratnim delom s kroničnimi bolniki ter predvidenega izvajanja protokolov.
2. Dobro bi bilo izvajati strokovno spremljanje s svetovanjem glede organizacije RADM; tako z vidika opremljenosti kot tudi glede kadrovske ustreznosti in izvajanja nalog.
3. Za DMS je potrebno zagotoviti ustrezne prostorske in materialne pogoje. Potrebno bi bilo uvesti supervizijske delavnice za preprečevanje izgorelosti.
4. Pomembno je načrtno izboljšati povezovanje in sodelovanje vseh, ki sodelujejo pri obravnavi bolnika (npr. redni sestanki, koordinacije, izmenjava izkušenj, srečanja), vključno s specialisti na različnih ravneh (vzpostaviti hitro povezavo za pridobitev dodatnih informacij ali razrešitev dilem).
5. Izredno pomembno je dobro sodelovanje RADM z ZVC in patronažnimi medicinskimi sestrami. Urediti je potrebno napotitve v ZVC in pridobivanje povratnih informacij o opravljenih delavnicah in obiskih.
6. Pomen RADM je v lokalnem okolju in celo med zdravstvenimi delavci slabo prepoznaven – pomembno je okrepiti seznanjenost z delom DMS v RADM (javni nastopi v medijih, plakati, zloženke).

Stališče *DSK za podporo preprečevanju in obvladovanju kroničnih nenalezljivih bolezni na domu in v lokalni skupnosti* je sledeče:

1. Diplomirana medicinska sestra v patronaži mora imeti avtonomijo, da lahko v skladu s kompetencami in na osnovi ocene potreb pacienta, družine oziroma lokalne skupnosti, samostojno načrtuje preventivne aktivnosti.
2. Za poenotenje delovanja izvajalcev preventivnih programov v patronažnem varstvu je treba izdelati in vpeljati nacionalne smernice oziroma protokole sistematičnega ukrepanja ob zaznavi zdravstvene in/ali druge problematike.
3. Pomembno je določiti nacionalno strukturo vodenja preventivnih programov v patronažnem varstvu in opredeliti elemente sledenja uspešnosti.

4. Pomembno je tesno sodelovanje patronažne medicinske sestre z vsemi zdravstvenimi timi in službami v zdravstvenem domu ter na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti kot tudi z drugimi službami in organizacijami izven zdravstvenega doma, ki lahko kakor koli pripomorejo k optimalni rešitvi stanj, razmer pri posamezniku in družini.
5. Nujna je večja podpora komunikaciji in sistematičnemu povezovanju z drugimi izvajalci ter dopolnjevanju pri izvajanju preventivnih programov (ZVC, RADM) in njenimi preventivnimi aktivnostmi v družini in lokalnem okolju, kjer je patronažna medicinska sestra pobudnik in koordinator zdravstvenovzgojnega dela.
6. Za zagotovitev sistematičnega urejanja obsega, nadgradnje in financiranja preventivnih programov v patronažnem varstvu, je treba zagotoviti vključitev predstavnika patronažnega varstva v pogajanja za Splošni dogovor.
7. Znotraj zdravstvenih domov je potrebno zagotoviti transparentno porabo sredstev, ki so namenjena za time v patronažnem varstvu. Hkrati je pomembno zagotoviti avtonomijo vodje patronažnega varstva pri upravljanju s kadrovskimi in materialnimi viri (tudi za osnovna sredstva). Patronažne službe morajo biti organizirane in delovati kot samostojne organizacijske enote/službe, katerih vodja je DMS.
8. Za zagotovitev enakopravnosti je pri dostopu do storitev patronažne službe treba upoštevati kriterij ruralnosti. Za obravnavo oseb brez zdravstvenega zavarovanja je pomembno zagotoviti financiranje storitev brez zapletenih administrativnih postopkov pri obračunu.
9. Ob podpori uporabnih in kompatibilnih informacijskih sistemov, ki bodo podpirali elektronsko izmenjavo podatkov med zdravstvenimi strokovnjaki, bodo patronažne medicinske sestre lahko pravočasno pridobile ustrezen obseg podatkov o zdravstvenem stanju pacientih (registri kroničnih pacientov), kot tudi podatke, ki so nujni za izvajanje kontinuirane zdravstvene obravnave (obvestila o porodih in rojstvih, nosečnicah), kar je bistveno za varno in kakovostno delo.
10. Ob naraščajočih potrebah po kurativnih storitvah in storitvah dolgotrajne oskrbe je smiselno zaposliti tehnike zdravstvene nege, ki se bodo vključevali v izvajanje kurativnih storitev izključno po presoji DMS. Z namenom zagotavljanja kakovostne obravnave pacientov v domačem okolju je treba nadgraditi delo patronažnih medicinskih sester z delovanjem v interdisciplinarnih timih.
11. Izobraževanje vseh zaposlenih v patronažnem varstvu z vsebinami preventivnih programov in s tematikami širšega strokovnega področja zagotavlja enakost pri preventivni obravnavi pacientov. Vpeljava specializacije iz patronažnega varstva je nujna in je hkrati osnova za kakovostno polivalentno obravnavo subjektov v patronažnem varstvu.

12. Zaradi zahtevnega in obremenjujočega terenskega dela se za preprečevanje izgorelosti in za uspešno spopadanje z delovnimi izzivi kaže potreba po strokovni podpori kadra (intervizija, supervizija).
13. Z jasno opredelitvijo preventivnega dela v patronažnem varstvu bodo pacienti v domačem okolju enakovredno obravnavani. Pri tem si je potrebno prizadevati za odstranitev administrativnih ovir. Za odpravo obstoječih neenakosti v številu prebivalcev na patronažno medicinsko sestro med posameznimi terenskimi področji je treba urediti mrežo v patronažnem varstvu.
14. Vloga patronažnih medicinskih sester je ključna v integriranih interdisciplinarnih preventivnih obravnavah ranljivih skupin prebivalstva. Pri pacientih, ki ne morejo dostopati do zdravstvenih institucij, se preventivni programi lahko smiselno izvajajo v domačem okolju s strani patronažnih medicinskih sester.
15. Z aktivno vlogo patronažnih medicinskih sester pri zdravstvenosocialni obravnavi kroničnih pacientov in invalidov z dolgotrajnimi težavami pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnostih bodo zagotovljene možnosti preventive in rehabilitacije, podpore in učenja svojcev, laičnih negovalcev ter spodbude pacienta za samooskrbo. Patronažna medicinska sestra je koordinator celostne obravnave pacienta.
16. Z oblikovanjem kazalnikov kakovosti v patronažnem varstvu bo dana možnost za spremljanje uspešnosti posameznih preventivnih programov v patronažnem varstvu.
17. Promocija primarnega zdravstvenega varstva in preventivne dejavnosti v zdravstvu, bo pozitivno vplivala tudi na prepoznavnost in pomen patronažne službe med laično in strokovno javnostjo ter utrdila vlogo patronažnega varstva pri krepitvi zdravja, preprečevanju bolezni in optimalnem okrevanju. To bomo dosegli z oblikovanjem protokolov za sistematične pristope k zmanjševanju neenakosti v zdravju, ki bodo povezali različne akterje v lokalnem okolju.

Stališče *DSK za nemedikamentozne obravnave* je sledeče:

1. S ciljem kakovostnega in učinkovitega delovanja ZVC ter optimalne obravnave ogrožene populacije je potrebna vzpostavitev ZVC kot samostojnega centra v organizacijski strukturi zdravstvenega doma.
2. Potrebna je sistemska ureditev statusa vseh ZVC v Sloveniji, skupaj s poenotenim poimenovanjem CKZ.
3. Za kakovostno, uspešno in učinkovito izvajanje nemedikamentozne intervencije je potrebno zagotoviti ustrezne prostorske in materialne pogoje za delo v ZVC.
4. Potrebno je natančno opredeliti protokol obravnave pacienta v ZVC, saj je sicer obravnava lahko preveč odvisna od osebne angažiranosti in strokovnega znanja

posameznega vodje ZVC in bo zaradi tega prihajalo do velikih neenakosti v dostopnosti do storitev nemedikamentozne obravnave.

5. Potrebno je vzpostaviti sistemsko rešitev doslednega napotovanja vseh preventivno pregledanih oseb z identificirano ogroženostjo za KNB in prisotnimi dejavniki tveganja oziroma že zbolelih za KNB.
6. Potrebno je omogočiti napotovanje v ZVC tudi s strani zdravnikov specialistov s sekundarne ravni, saj so pacienti tedaj, ko so v obravnavi na sekundarni ravni, pogosto zelo motivirani za spremembo življenjskega sloga.
7. V vseh ZVC je potrebno zagotoviti pravno-formalno imenovanega vodjo ZVC, ki je ustrezno izobražen, dodatno usposobljen na NIJZ, izvaja vsaj del »Programa svetovanje za zdravje« in je v rednem delovnem času vezan na delovno mesto v ZVC.
8. Za vsak ZVC je potrebno določiti standard tima za izvedbo »Programa svetovanje za zdravje«. Potrebno je zagotoviti ustrezno izobražen in na NIJZ dodatno usposobljen kader, ki je na delovno mesto v ZVC vezan v rednem delovnem času.
9. Za zagotavljanje kakovostne nemedikamentozne obravnave v vseh ZVC je potrebno izdelati kompetenčni profil vseh izvajalcev v ZVC.
10. Potrebno je zagotoviti namensko rabo finančnih sredstev za ZVC, skladno s postavljenim standardom tima, vsebino in obsegom dela ZVC. »Program svetovanje za zdravje« naj se financira po modelu patronažnega zdravstvenega varstva – zdravstvenovzgojne delavnice in individualna svetovanja, izvedena v prostorih zdravstvenega doma, naj bodo drugače finančno ovrednotena kot tiste, ki jih bodo izvajalci iz ZVC izvedli v lokalnem okolju (npr. v krajevni skupnosti, na dislociranih območjih).
11. Potrebno je nadgraditi sistem izobraževanja in usposabljanja izvajalcev v ZVC z vzpostavitvijo kontinuiranega strokovnega izpopolnjevanja na posameznih vsebinskih področjih s predpisanim obdobjem za obnavljanje znanj. Vzpostaviti je potrebno redne supervizijske delavnice.
12. »Program svetovanje za zdravje« je potrebno nadgraditi, in sicer:
 - a) vse obstoječe zdravstvenovzgojne delavnice posodobiti z organizacijskega in vsebinskega vidika kot tudi z vidika pristopa pri spreminjanju vedenja, povezanega z zdravjem; potrebno je izdelati tudi posodobljena gradiva tako za izvajalce kot za udeležence »Programa svetovanje za zdravje«;
 - b) se v strukturo »Programa svetovanje za zdravje« poleg osnovnih informativnih zdravstvenovzgojnih delavnic in dolgih strukturiranih obravnav vključi tudi krajše

delavnice za tiste, ki se ne morejo/ne želijo udeležiti daljših strukturiranih obravnav v ZVC;

- c) se glede na aktualno problematiko področje duševnega zdravja nadgradi z novimi vsebinami (formiranje delavnice za stres in anksioznost);
- d) se omogoči individualne obravnave (določen delež programa vsakega ZVC) na vseh področjih svetovanja za spremembo življenjskega sloga tistim ljudem, ki se zaradi različnih objektivnih razlogov ne morejo/ne želijo udeležiti skupinske obravnave;
- e) se spodbuja vzpostavitev vzdrževalnih programov s povezavo z lokalno skupnostjo;
- f) se določene obravnave v »Programu svetovanja za zdravje« prilagodijo ranljivim skupinam.

13. S ciljem uspešnega in učinkovitega delovanja ZVC je potrebno aktivno povezovanje in sodelovanje ZVC z izvajalci preventive in promocije zdravja v zdravstveni dejavnosti, izvajanje komunikacijskih aktivnosti s pomočjo sredstev javnega obveščanja ter povezovanje z različnimi organizacijami z namenom krepitev zdravja in zmanjševanja neenakosti v lokalni skupnosti. Jasno je potrebno opredeliti vsebino in finančna sredstva za promocijo zdravja v lokalni skupnosti.

14. V sodelovanju z ADM in patronažno službo je potrebno vzpostaviti dolgoročno spremljanje pacientov po končani obravnavi v »Programu svetovanja za zdravje«.

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

16. Za optimalno delo in kakovostno obravnavo pacientov v ZVC je potrebno vzpostaviti informacijsko podporo delu v ZVC, ki bo omogočala neposreden pretok informacij iz ADM/RADM do ZVC ter povezavo s patronažno službo. Posebej je potrebno vzpostaviti protokol prenosa informacij z zunanjimi izvajalci – koncesionarji.

3 ZDRAVSTVENO MARGINALIZIRANE SKUPINE: PREPREKE, OVIRE, NEPREMOSTLJIVI ZIDOVI DO ZDRAVJA

Uršula Lipovec Čebtron, Marjeta Keršič Svetel, Sara Pistotnik, Špela Fistrič, Ajda Jelenc

V prispevku bomo obravnavali skupine prebivalstva, ki so za zdravstvene politike najbolj nevidne, obenem pa imajo največ ovir pri dostopu do zdravstvenega sistema. Lahko jim, po vzoru iz tuje strokovne literature, nadenemo ime »ranljivi« (lat. *vulnerabilis*, ang. *vulnerable*) ter s tem nakažemo tako na »ranljivost njihovih teles« (oz. večjo dovzetnost za določene bolezni) kot tudi na njihovo odrinjenost v zdravstvenem sistemu¹ ter širše, v družbi. Enako utemeljeno bi lahko te skupine imenovali kot obrobne, marginalizirane, izključene, saj njihove izkušnje kažejo na številne prepreke pri skrbi za lastno zdravje kot tudi na ovire pri dostopu do zdravstvenega sistema. Kot vsako splošno, homogenizirajoče pojmovanje, je tudi to povezano z vrsto težav, zato bomo v nadaljevanju uporabljali te izraze izmenično, obenem pa poskušali o teh skupinah pisati s čim manj posploševanja.

Naj takoj na začetku razjasnimo še nekaj potencialnih nejasnosti:

1. Prepoznane marginalizirane skupine v zdravstvu niso statične in strogo zamejene, pač pa se spreminjajo in prekrivajo: posameznik se lahko v nekem življenjskem obdobju nahaja v več »ranljivih« skupinah hkrati, v naslednjem pa se nahaja izven vsake od njih. S tem, da nekoga obravnavamo kot »ranlivera«, ga ne želimo dodatno stigmatizirati, temveč razkriti dejavnike, zaradi katerih je izključen in tako prispevati k njihovemu odpravljanju.
2. S tem, ko v nadaljevanju besedila izpostavljamonekatere marginalizirane skupine, ne trdimo, da podobnih problemov ni zaznati med drugimi segmenti populacije. Ravno nasprotno: glede na splošno negotovo stanje v družbi, situacije izključenosti in »ranljivosti« ne predstavljajo izjeme, saj vanjo drsi vse večji delež prebivalstva. Zato se z mnogimi ovirami, ki jih bomo obravnavali v nadaljevanju, soočajo številni drugi prebivalci. Kljub temu pa se zdi pomembno osvetliti situacije, kjer je izključenost največja, saj izkušnje teh oseb služijo kot epistemološki marker, ki jasno razkrije največje šibkosti zdravstvenega sistema, s tem pa tudi možnosti odpravljanja teh šibkosti.
3. Neenakost v zdravju najbolj prizadene ravno dele populacije, ki imajo neenak dostop do drugih družbenih virov. Tovrstna neenakost zato ni pojav, ki bi ga lahko ločili od drugih dimenzij človekovega življenja, temveč ga je potrebno razumeti in raziskovati kot preplet in seštevke vrste izključevanj (ekonomskih, socialnih, kulturnih, političnih idr.). Podobno ugotavlja Holtz s sodelavci (3), ki zapiše, da se v pojavljanju bolezni poleg bioloških dejavnikov razkrivajo oblike družbene izključenosti, zaradi česar se nam zdravje prebivalstva lahko kaže predvsem kot merilo, kakšen dostop ima prebivalstvo do vrste družbenih virov.

¹Pri opredelitvah teh skupin avtorji (Leskovšek (1); Zaletel-Kragelj (2) idr.) pogosto »ranljivost« na eni strani vidijo kot posledico posameznikovih osebnostnih ali telesnih značilnosti oz. njegovega tveganege vedenja, ki vodi v poslabšanje zdravja, na drugi strani pa kot posledico prepleta družbene izključenosti, zaradi katere ima oviran dostop do zdravstvenega sistema.

Metodološke pojasnitve

V okviru projektne delovne skupine, ki se je ukvarjala z zdravjem »ranljivih« delov prebivalstva, smo kmalu ugotovili, da zgolj na osnovi analize obstoječih raziskav ne bomo mogli sklepati o potrebah teh oseb. Ne le zato, ker je o zdravstvenih ovirah marginaliziranih skupin v Sloveniji objavljenih malo znanstvenih raziskav, temveč predvsem zaradi raziskovalne etike, ki nam je preprečevala, da bi o tako pomembni temi sklepali na osnovi posrednih, sekundarnih virov. Skupaj z zaposlenimi iz nekaterih območnih enot² NIJZ ter zunanjih sodelavk (antropologinj) smo zastavili kvalitativno raziskavo, kjer smo na podlagi polstrukturiranega vprašalnika poskušali odgovoriti na nekaj osnovnih vprašanj: kdo so ranljive skupine v zdravstvu, kakšne so njihove potrebe, s katerimi ovirami se soočajo, katere rešitve vidijo za te ovire, kako bi čimbolj ustrezno odgovorili na njihove potrebe.

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

Raziskava, ki jo je opravilo 12 raziskovalk, je potekala v 8 krajih (Koper, Izola, Ljubljana, Kranj z okolico, Sevnica, Novo mesto z okolico, Celje z okolico, Murska Sobota z okolico) in obsegala 68 intervjujev³, v katere je bilo vključenih 121 oseb (zdravstveni delavci, zaposleni v javnih inštitucijah in nevladnem sektorju, uporabniki zdravstvenih storitev⁴).

Zbran material zagotovo pomeni korak k boljšemu razumevanju zdravstvene situacije marginaliziranih skupin, obenem pa predstavlja predvsem sondažo njihovih potreb, ovir in potencialnih rešitev. Za temeljito analizo problemov teh skupin bi bila potrebna dolgotrajnejša in bolj poglobljena terenska raziskava. Zato bo tudi ta prispevek, ki izhaja iz zbranega materiala ter se prvenstveno osredotoča na opredelitve »ranljivih« skupin in

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

³Gre večinoma za daljše intervjuje, ki so običajno obsegali 5–10 strani.

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

njihovih ovir⁵ v zdravstvu, nujno parcialen in pomanjkljiv. Zaradi omejene dolžine besedila bodo le mestoma vključena znanstvena spoznanja raziskav iz Slovenije in tujine, mnogo relevantnih del pa bo izpuščenih, saj želimo predvsem »dati glas« našim sogovornikom in sogovornicam. Ob tem si želimo, da bi prihodnje raziskave na tem področju nadgradile, dopolnile in odpravile morebitne netočnosti.

Kdo so »ranljive« skupine?

Iz odgovorov na to vprašanje lahko v terenskem gradivu opredelimo vsaj 37 različnih, zelo heterogenih skupin, pri čemer so bili najpogosteje omenjeni migranti (31 odgovorov⁶), brezdomci (24 odgovorov⁷), starejši prebivalci (21 odgovorov⁸), uporabniki nedovoljenih drog⁹ (17), brezposelni¹⁰(17), osebe s težavami v duševnem zdravju (15 odgovorov), Romi (14 odgovorov), samozaposleni¹¹ (10), osebe z negotovimi, prekarnimi zaposlitvami (7) ter osebe z različnimi oblikami oviranosti¹²(6).

Glede na to, da so posamezne skupine problemsko povezane med sabo, jih je mogoče združiti v sedem kategorij¹³, s katerimi se bomo ukvarjali na naslednjih straneh.

Temi, ki se kot rdeča nit pojavljata v večini intervjujev in prečita vse naštetе skupine, sta revščina in nezavarovanost. Kot je znano iz znanstvene literature (4, 5,6,7), obstaja visoka stopnja povezanosti med socialno-ekonomskimi kazalci na eni strani ter življenjskim slogom, stopnjo umrljivosti, obolenostjo in pričakovano življenjsko dobo na drugi. Socialno in ekonomsko »ranljive« skupine prebivalcev so bistveno bolj zdravstveno ogrožene. Umirajo prej, pogosteje in bolj zgodaj zbolijo za srčnimi in psihosomatskimi boleznimi, sladkorno boleznijo in duševnimi motnjami (4). Poleg vrste zdravstvenih težav pa imajo ravno socialno in ekonomsko »ranljive« skupine tudi oviran ali onemogočen dostop do zdravstvenih storitev, do katerih pogosto ne morejo priti zaradi nezmožnosti plačevanja zdravstvenega

⁵Analiza potencialnih rešitev in potrebnih ukrepov za izboljšanje situacije marginaliziranih delov prebivalstva je načrtovana v drugih projektnih publikacijah, zato se v tem prispevku ne spuščamo na to področje.

⁶Poleg izraza migranti (19 odgovorov), so navajali tudi priseljenci, prosilci za azil (1), tujci z dovoljenjem za zadrževanje (2), tujci z dovoljenjem za začasno bivanje (2), tujci brez statusa (1), državljani EU (1), delavci migranti (1), otroci nedržavljanov(1), izbrisani brez dokumentov (3).

⁷Poleg besede brezdomci (21 odgovorov) so sogovorniki o njih govorili tudi kot o osebah brez prijavljenega bivališča (3).

⁸Kategorija starostnikov je bila izrazito raznorodna, saj so bili večinoma omenjeni brezposelni starejši oziroma starejši z nizkimi dohodki, občasno pa tudi geografsko oddaljeni starejši občani ter osamljeni starejši. Zaradi izredno pogostega poudarka brezposelnosti starejših prebivalcev, bomo to skupino uvrstili v kategorijo brezposelnih, prekarnih delavcev ter samozaposlenih.

⁹Uporabljeni izrazi so bili tudi odvisniki in zasvojeni z nedovoljenimi drogami.

¹⁰Sogovorniki so govorili na splošno o brezposelnih (9 odgovorov) ter o mladih brezposelnih nad 26 let (8).

¹¹Najpogosteje so bili omenjeni zadolženi samostojni podjetniki.

¹²Sogovorniki so običajno uporabili izraz invalidi, redkeje hendikepirani.

¹³Nekatere skupine, ki so bile zelo redko omenjene, kljub temu izpadejo, zato jih bomo tu naštel: agencijski delavci (1 odgovor), družine z več otroki (1), funkcionalno nepismeni oz. neizobraženi (3), osebe brez denarne socialne pomoči (2), zaporniki oz. osebe po prestajanju zaporne kazni (5), osebe brez izbranega zdravnika (1), zdravstveno nezavarovani otroci (1) oz. državljani (2), osebe z več diagnozami (3), onkološki bolniki (1), matere v tiski (4), ženske – žrtve nasilja (1).

zavarovanja. V tem »začaranem« krogu se nahaja večina »ranljivih«, o katerih bomo pisali v nadaljevanju.

Povezavo med socialno-ekonomskimi kazalci in visoko stopnjo obolevnosti razkrivajo tudi podatki, pridobljeni v krajši anketi, opravljeni v okviru projekta. Na podlagi 148 anket, ki smo jih razdelili med ljudi, ki prihajajo po pomoč na Zvezo prijateljev mladine Ljubljana Moste Polje ugotavljamo, da se nanje velikokrat obračajo mlajše osebe¹⁴. Med anketiranimi je največ oseb brezposelnih (91 oseb)¹⁵, pri čemer je pomembno dejstvo, da 9,1 % anketiranih oseb nima urejenega zdravstvenega zavarovanja¹⁶, obenem pa kar 40 % anketiranih oseb svoje zdravje ocenjuje kot slabo ali zelo slabo¹⁷ ter ob tem navaja množstvo zdravstvenih težav¹⁸. Vsi štirje izpostavljeni problemi – revščina, brezposelnost ali težave z zaposlovanjem, nezavarovanost in slabo zdravstveno stanje – bodo na straneh, ki sledijo, vseskozi prihajali na dan v različnih povezavah in z različnimi poudarki.

3.1 Brezposelni in prekarni

Intervjuji na terenu ter mnoge druge raziskave (8, 9, 10) nedvomno dokazujejo, da zaposlitveni status ključno vpliva na zdravje posameznika, brezposelnost in različne oblike negotovih zaposlitev pa pomembno prispevajo k slabšanju zdravja. Čeprav bomo na naslednjih straneh ločeno obravnavali brezposelne, prekarne in samozaposlene, se je potrebno zavedati, da so te kategorije v življenju posameznika in posameznice pogosto povezane, kot kaže izkušnja sogovornice:

»Stara sem 37 let, pa sem dala čez vse te različne oblike zaposlitve, samo redno še nisem bila zaposlena. Imela sem tudi s.p., bila brezposelna, trenutno pa imam status študenta 26+, delam doktorat in sem hkrati iskalka zaposlitve« (prekarna delavka, Ljubljana)

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

¹⁵Od 148 oseb je 43 brezposelnih brez socialne pomoči, 48 je brezposelnih z denarno socialno podporo, ostali pa imajo različne zaposlitvene statuse: 5 je zaposlenih za določen čas, 18 za nedoločen čas, 8 je upokojenih, 3 so študenti, 3 matere, ki so doma zaradi otrok, 1 hendikepirana oseba s statusom in 1 oseba v odpovednem roku.

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

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

¹⁸Hendikepiranost (8 oseb), kardiovaskularne bolezni (8 oseb), težave s hrbtenico (7 oseb), psihološke težave in druge bolezni (6 oseb), sladkorna bolezen (6 oseb), astma (6 oseb), rakava obolenja (5 oseb) težave s ščitnico (4 osebe), migrene (3 osebe), povišan holesterol (3 osebe), alergije (2 osebi), epilepsija (2 osebi), povišan krvni tlak (2 osebi), luskavica (2 osebi), težave s črevesjem (2 osebi), nevrološke težave (2 osebi) ter drugo.

a) Brezposelni

Glede na povečanje stopnje brezposelnosti po letu 2008¹⁹ ni nenavadno, da so sogovorniki in sogovornice med »ranljive« skupine pogosto uvrstili brezposelne, pri čemer so izpostavili predvsem mlade in starejše brezposelne ter osebe, ki so brez zaposlitve daljše obdobje (več kot tri leta).

Skladno z znanstvenimi študijami (11, 12, 13) so intervjuvanci omenjali škodljive učinke brezposelnosti na različne vidike življenja posameznika: od družbene izolacije in umanjkanja podpornega okolja do mnogih eksistencialnih težav. Podobno tudi tuji raziskovalci (12, 13) ugotavljajo, da brezposelnost prinaša serijo negativnih posledic tako za družbo kot za posameznika (znižanje socialnega statusa in zmanjšanje socialne vloge, povečanje problemov v družini, finančnih težav in nižje samospoštovanje idr.), ki vplivajo na poslabšanje zdravja prebivalcev. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (8, 9) brezposelnost vpliva na prezgodnjo smrt, vključno s poslabšanjem duševnega zdravja in povečanim tveganjem za samomor. V primerjavi z zaposlenimi je za brezposelne več kot dvakrat bolj verjetno, da imajo omejujočo kronično bolezen in 60–80 % bolj verjetno, da bodo poročali o slabem zdravju (6, 11). Študije (12, 14) med brezposelnimi so pokazale tudi na povečanje kardiovaskularnih boleznih in dejavnikov tveganja, kot so kajenje, debelost, neprimerni pogoji bivanja, slaba prehrana in pomanjkanje socialne opore.

Podobno sliko kažejo tudi podatki raziskav *Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije* iz leta 2008 in 2012 (15, 16), v katerih naj bi bili brezposelni v primerjavi s splošno populacijo bolj ogroženi zaradi naslednjih dejavnikov tveganja: arterijska hipertenzija, debelost, kajenje, nezdravo prehranjevanje, stres in težave zaradi depresivnega stanja. Izrazito je tudi odstopanje od povprečja, ko gre za samooceno zdravja, ki je pri brezposelnih veliko slabša. Največje pa je odstopanje od povprečja pri težavah zaradi depresivnega stanja.

Različne duševne stiske kot posledico brezposelnosti izpostavljajo tudi sogovorniki in sogovornice, ki med brezposelnimi opažajo predvsem »nemotiviranost«, »apatijo«, »depresijo«. Tako med mlajšimi (po 20. letu) kot med starejšimi (po 50. letu) se psihične težave ob večletni nezaposlenosti le še poglobljajo. Sčasoma se znajdejo v brezizhodnem krogu brezposelnosti in zdravstvenih težav, ki se kopičijo: *»Težje je s tistimi starejšimi, ki so večino življenja delali v neki delovni sredini in se že težko soočajo s tem, da so izgubili zaposlitev in ti prihajajo v začaran krog. Izgubili so zaposlitev, z leti prihaja tudi do okvar zdravja, večjega števila bolezni. Za svojo okvaro zdravja tudi težko pridobijo pravice. Te osebe*

¹⁹Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje je objavil podatek, da je bilo število registriranih brezposelnih v septembru 2008 59.303, v avgustu 2014 pa 114.784 (http://www.ess.gov.si/trg_dela/trg_dela_v_stevilkah). Ob tem je bila v začetku leta višja in je v januarju in februarju skoraj dosegla število 130.000 registriranih brezposelnih oseb, v marcu pa je začela padati. To pomeni 126.730 brezposelnih oseb v marcu 2014. Stopnja registrirane brezposelnosti v Sloveniji je v marcu 2014 znašala 13,9%, kar je za 0,3 odstotne točke manj kot v predhodnem mesecu. Pred tem je dva zaporedna meseca ohranjala enako vrednost: 14,2%. (24). Ta podatek beleži le osebe, ki so prijavljene na Zavodu za zaposlovanje, zato lahko sklepamo, da je število dejansko brezposelnih še višje.

so včasih zaradi nakopičenih težav nezaposljive, saj so tudi postopki zdravljenja pri marsikomu zelo dolgotrajni« (zaposlena na ZRSZ Celje).

Kot ključno oviro pri dostopu do zdravstvenih storitev za brezposelne so sogovorniki in sogovornice »enoglasno« izpostavili odsotnost zdravstvenega zavarovanja. Čeprav naj bi po zakonskih določilih²⁰ za brezposelne in druge osebe brez prihodkov bil dostop do zdravstvenega zavarovanja urejen, se v praksi pokaže drugačna slika. Brezposelni, ki so bili v delovnem razmerju (za določen ali nedoločen čas) in ki niso bili krivdno odpuščeni, hkrati pa izpolnjujejo tudi druge pogoje, imajo sicer pravico, da se v 30 dneh po prenehanju delovnega razmerja prijavijo na Zavod za zaposlovanje ter s tem pridobijo pravico do denarnega nadomestila in do obveznega zavarovanja, a le za določen čas²¹. Po tem obdobju pa si lahko preko Centra za socialno delo uredijo, da jim obvezno zdravstveno zavarovanje (OZZ) plačuje občina, a le pod pogojem, da izpolnjujejo kriterije za denarno socialno pomoč (DSP). Slednje pa je povezano z dvema problemoma:

- a) zaradi vse bolj restriktivnih kriterijev za pridobitev DSP mnoge osebe ne zadostijo tem kriterijem²² ter ostanejo zdravstveno nezavarovane,
- b) sredstva, pridobljena preko DSP je v določenih primerih potrebno vrniti državi²³ – bodisi za časa posameznikovega življenja ali po smrti: »Ravno zaradi tega ljudje ne bodo uveljavljali

²⁰Obvezno zdravstveno zavarovanje je povezano z obveznim zavarovanjem za primer brezposelnosti. S tem je omogočen dostop do zdravstvenega zavarovanja v času, ko oseba prejema nadomestilo za brezposelnost. Pogoje za uveljavitev pravice do denarnega nadomestila določa Zakon o urejanju trga dela (Uradni list RS št. 80/2010, 40/12), ZUJF 21/13 in ZUTD A. Pogoje za kritje obveznega zdravstvenega zavarovanja za druge osebe brez prihodkov pa določa 30. člen Zakona o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev (Uradni list RS, št. [62/10](#), [40/11](#), [40/12](#) - ZUJF, [57/12](#) - ZPCP-2D, [14/13](#), [56/13](#) - ZŠtip-1 in [99/13](#)).

²¹Kadar oseba izpolnjuje vse pogoje za prejemanje denarnega nadomestila (preden je postala brezposelna in medtem, ko že prejema nadomestilo), je trajanje upravičenosti prejemanja odvisno od tega, koliko časa je bil prejemnik zavarovan za primer brezposelnosti. Trajanje upravičenosti je 2 meseca za zavarovanca, ki je mlajši od 30 let in je bil zavarovan najmanj 6 mesecev v zadnjih 24 mesecih, 3 mesece za zavarovanje 9 mesecev do 5 let, 6 mesecev za zavarovanje od 5 do 15 let, 9 mesecev za zavarovanje od 15 do 25 let, 12 mesecev za zavarovanje nad 25 let, 19 mesecev za zavarovance, starejše od 50 let in za zavarovanje nad 25 let ter 25 mesecev za zavarovance, starejše od 55 let in za zavarovanje nad 25 let (http://www.ess.gov.si/_files/1932/denarno_nadomestilo.pdf).

²²Kriteriji za dodelitev DSP so namreč izredno togi in v marsikaterem primeru neživljenjski (http://www.mdds.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/denarna_socialna_pomoc/). Naj navedemo le nekaj izkušenj sogovornikov. Cenzus prihrankov za samske osebe je 807,60 evrov. V kolikor ga presegajo, niso upravičene do DSP. Sogovornica, doktorska študentka, ki je prejela DSP je imela v določenem trenutku na računu 900,00 evrov za plačilo šolnine, zato so jo izključili iz prejemanja DSP. Prekarni delavec je imel tri delnice Petrola (ki jih je dobil s certifikatom v 90ih). Ker je cena delnice zrasla in presegla cenzus, ni bil več upravičen do DSP. Brezdomna oseba je podedovala nekaj gozda. Zemljo želi prodati, a je na njej pomožni objekt in vodno zajetje, zato ima občina predkupno pravico. Občina zemlje ne more kupiti, oseba pa ni upravičena do DSP, čeprav živi na cesti.

²³Vlagatelj za denarno socialno pomoč, ki je lastnik stanovanja ali stanovanjske hiše v kateri živi in je v zadnjih 24 mesecih več kot osemnajstkrat prejel denarno socialno pomoč, je (pod pogoji, ki se nanašajo na velikost in vrednost njegove nepremičnine) upravičen do denarne socialne pomoči le, če dovoli vpis prepovedi odtujitve (prodaje, prepisa,...) in obremenitve svoje nepremičnine v zemljiški knjigi v korist Republike Slovenije. Če je upravičenec do trajne DSP ali upravičenec, ki je v zadnjih treh letih pred vložitvijo vloge prejel DSP najmanj štiriindvajsetkrat, se mu z odločbo o upravičenosti do DSP prepove odtujiti in obremeniti nepremičnino, katere lastnik je, v korist Republike Slovenije. Glede dedovanja pa so predvidene naslednje omejitve. Če je zapustnik prejel denarno socialno pomoč za več kot 12 mesecev, se za prejeto denarno socialno pomoč dedovanje premoženja zapustnika omeji tako,

denarne socialne pomoči. Ne bodo dali zahtevka za zdravstveno zavarovanje ravno zaradi strahu pred izgubo ali premičnin, ki jih imajo ali kasneje po njihovi smrti, zaradi vračil teh sredstev po Zakonu o dedovanju» (zaposlena ZRSZ, Celje).

Iz intervjujev je razvidno, da mnogim brezposelnim ostane le možnost samoplačniškega zavarovanja²⁴, kar pa je za mnoge prevelik znesek: »Osnovno zdravstveno zavarovanje in dodatno, je to povprečno do 50 evrov, ki si jih ti ljudje ne morejo plačati in ponavadi so to takšni, ki potrebujejo poseben režim prehrane ali zdravil, ki jih je potrebno doplačevati« (zaposlena ZRSZ Sevnica).

Posledično se nekateri odločijo, da bodo zdravstveno nezavarovani. Sogovorniki in sogovornice pri tem poudarjajo, da nezavarovani brezposelni redko poiščejo zdravstveno pomoč, razen v primerih, ko rabijo nujno medicinsko pomoč. Iz istega razloga pa niso vključeni v preventivne preglede, saj zaradi odsotnosti osnovnega zdravstvenega zavarovanja do njih niso upravičeni.

b) Prekarni delavci

Podobne ovire v dostopu do zdravstva so sogovorniki in sogovornice izpostavljali pri prekarnih delavcih. Beseda prekarnost se nanaša na obsežen niz pogojev, kot so negotovost, nestabilnost in ranljivost, ki zadevajo tako življenje kot delo. Prekarnost tako ni povezana le z negotovostjo zaradi zaposlitvenega položaja in razmer na trgu dela (fleksibilizacija delovne sile, podplačano delo, strah pred brezposelnostjo), temveč tudi z vrsto drugih negotovosti: od razmer na nepremičninskem trgu (visoke najemnine in cene stanovanj, oviran dostop do kredita zaradi zaposlitvenega statusa, pomanjkanje socialnih stanovanj), do ukinjanja socialnih pravic, nedostopno visokih cen osnovnih življenjskih potrebščin ter vse večje privatizacije storitev (17, 18, 19).

Tudi v Sloveniji hitro narašča število prekarnih delavcev, ki so zaposleni na podlagi različnih atipičnih pogodb o zaposlitvi. Odstotek redno zaposlenih se, še posebej med mladimi, niža, uvajajo pa se oblike dela na podlagi različnih pogodb (študentske napotnice, avtorske in podjemne pogodbe idr.), pa tudi različni zaposlitveni statusi (samozaposleni (kulturniki, novinarji, raziskovalci, podjetniki idr.), zaposleni v zasebnih društvih in zavodih z nerednimi prilivi sredstev), ki ne nudijo varnosti trajnejših delovnih razmerij in s tem povezanih pravic.

Ta trend spodbuja predvsem stremljenje k fleksibilizaciji delovne sile, ki se v praksi kaže v delovnih razmerjih, v katerih delavci nase prevzemajo popolno odgovornost za lastno socialno varnost, delodajalci pa imajo na voljo delavce, s katerimi zlahka prekinejo pogodbo

da se višina dane pomoči zmanjša za 12 najvišjih mesečnih zneskov prejete pomoči, nato pa zmanjša še za 1/3 dane pomoči. Če je zapustnik prejel denarno socialno pomoč za 12 ali manj mesecev, se terjatev do zapuščine ne uveljavlja. Izredna denarna socialna pomoč in njeni dve obliki – izredna denarna pomoč kot pomoč pri kritju stroškov pogreba (pogrebna) in po smrti družinskega člana (posmrtnina), se ne vračata. (http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/denarna_socialna_pomoc/).

²⁴V primeru, da imajo zaposlenega zakonca/partnerja, se lahko zavarujejo tudi na ta način, a le v primeru, da delodajalec pristane na to.

o zaposlitvi. Ker so prekarni delavci v šibkem položaju, pristajajo na slabše pogoje dela, obenem pa pomanjkanje zaščite omogoča tudi veliko finančno nedisciplino in zamikanje izplačila prihodkov. Te oblike zaposlitev se uporabljajo tako v delovnih razmerjih, ki imajo vse značilnosti rednega delovnega razmerja kot pri posameznikih, ki sočasno ali zaporedno opravljajo delo za več različnih delodajalcev.

Po prepričanju sogovornikov in sogovornic se z manjšanjem socialne varnosti in delovnih pravic ter krepitvijo izključenosti in negotovih delovnih pogojev povečujejo dejavniki tveganja za zdravje prekarne delavce. Med te dejavnike so intervjuvani prekarne delavci uvrstili: »prekomerno delo brez zadostnega počitka«, »premalo rekreacije«, »nekvalitetna in neredna prehrana«, »negotovi bivanjski pogoji« ter na splošno, »nezdrav življenjski slog«, zaradi oviranega dostopa do virov. Najbolj pogosto so pri tem omenjali stres: *»Prekarnost pomeni stres, nezdravo življenje in nezdrave oblike premagovanja stresa, ker v stresu si takrat, ko imaš delo in v stresu si takrat, ko nimaš dela. V stresu si ves čas, ker si razpršen, ker imaš 100 koncev, kjer moraš delati«* (prekarna delavka, Ljubljana). Vse to privede do mnogih duševnih težav, med katerimi najpogosteje omenjajo depresijo in anksioznost.

Zaradi odsotnosti poglobljenih raziskav o zdravju prekarne delavce, je težko sklepati o zdravstvenih težavah teh prebivalcev. Zagotovo pa lahko predvidimo, da večletno življenje v negotovosti negativno vpliva na zdravje prekarne osebe, zato lahko v prihodnje pričakujemo porast zdravstvenih težav, ki ne bodo zadevale le mlajših prebivalcev. Negotovi pogoji zaposlitve danes namreč niso lastni zgolj iskalcem prve zaposlitve, temveč se obdobje tovrstnega dela širi na vse starejše osebe, kar ključno vpliva na njihovo načrtovanje prihodnosti (načrtovanje družine, ureditev samostojnega bivališča, skrb za varno starost itn.) ter na splošni občutek perspektivnosti in blaginje.

Podobno kot pri brezposelnih, je tudi pri prekarne delavcih mogoče ugotoviti, da zdravstveno zavarovanje (tako OZZ kot dopolnilno zdravstveno zavarovanje - DZZ) predstavlja ključno oviro pri dostopu do zdravstvenih storitev. Kot pove ena od sogovornic: *»Naš sistem zdravstvenega zavarovanja je danes osnovan predvsem na tistih osebah, ki so redno zaposlene in so tako tudi najbolj zaščitene. V zadnjih letih pa je tak porast populacije, ki pa dela na drugačen način, da je potrebno skupaj razmišljati o spremembi: tako na področju preventivnih programov, kot pri dostopu do zdravstva, ki bi se moral na nek način bolj odpreti za vse te različne populacije«* (prekarna delavka, Ljubljana).

Glede na to, da prekarne osebe nimajo trajnejše pogodbe o zaposlitvi, niso uvrščene v nobeno predvideno kategorijo (zaposlen; upokojenec; študent - mlajši od 26 let), obenem pa imajo določene finančne prilive, zato se ne morejo prijaviti na Zavod za zaposlovanje in si prek statusa brezposelnega urediti zdravstvenega zavarovanja. Zaradi prilivov tudi ne zadostijo kriterijem za DSP, zaradi česar jim občinski proračun ne more kriti OZZ.

Kljub temu pa so sogovornice izpostavile, da preko različnih pogodb o zaposlitvi vseskozi odvajajo določen odstotek za osnovno zdravstveno zavarovanje, vendar ostajajo nezavarovane oziroma samoplačnice: *»večino svojega življenja sem zaposlena preko avtorskih pogodb, kar seveda pomeni, da sem državi sicer redno odvajala davek, nikoli pa nisem imela preko delovnega statusa urejeno OZZ, kar je pomenilo, da si moram enostavno*

to sama urejati. Vmes sem sicer bila kratkotrajno zaposlena osminsko ali petinsko na nekaterih projektih, ki so smo si jih urejali preko razpisov. Tudi v tem času sem še vedno ohranjala status samoplačnice, kajti tudi v času, ko sem bila petinsko zaposlena mi ni znal nihče povedati, kaj je obseg mojega zdravstvenega zavarovanja» (prekarna delavka, Ljubljana).

Kot zgornja sogovornica so tudi druge pogosto izpostavljale problem avtorskih in podjetniških pogodb, ki so bile prvotno namenjene redno zaposlenim posameznikom, ki opravljajo dodatno delo. S porastom prekarnih zaposlitev pa so mnoge osebe zaposlene le preko tovrstnih pogodb. Z uvedbo nove obdavčitve teh pogodb²⁵, se od vsakega izplačila²⁶ odvaja določen odstotek v zdravstveno blagajno, kar pa osebi ne daje pravice do OZZ, temveč le pravico kritja stroškov v primeru nezgode na delovnem mestu.

Posledično imajo te osebe zgolj možnost, da si same plačajo OZZ, kar skupaj z DZZ predstavlja mesečni strošek v višini najmanj 50 evrov²⁷. V obdobjih, ko so njihovi prilivi dovolj visoki, sogovorniki ta strošek sicer lahko plačajo, vendar ga v času manjših finančnih nakazil pogosto ne zmorejo pokriti.

V podobni situaciji so tudi nekateri samostojni podjetniki z nizkimi dohodki in drugi samozaposleni (denimo samozaposleni v kulturi, ki jim socialnih prispevkov ne krije Ministrstvo za kulturo), ki si morajo kriti zdravstveno zavarovanje sami²⁸, saj so istočasno delodajalci in delavci. Ta oblika zaposlitve je zelo negotova zaradi plačilne nediscipline: plačila pogosto zamujajo ali sploh niso izplačana, njihova terjatev pa je dolgotrajna in povezana s stroški, ki so lahko višji od samega plačila. Obenem se samostojni podjetnik kot oblika zaposlitve v praksi pogosto izkorišča za delo, za katerega ni namenjena. Kot omenjajo sogovorniki, so mnoge osebe prisiljene v odpiranje s.p.-jev, saj jih delodajalci drugače niso pripravljene zaposliti.²⁹ S tem prevzamejo nase vse stroške socialnega in zdravstvenega varstva, čeprav se vrsta dela, ki ga opravljajo, ne razlikuje od tistega, ki ga opravljajo posamezniki z zaposlitvijo za določen ali nedoločen čas.

Zaradi negotovosti izplačil se samozaposlenim dolgovi neredko kopičijo, njihovo zdravstveno zavarovanje pa je med tem običajno »zamrznjeno«³⁰. Da bi se prijavi na Zavod za zaposlovanje in si uredili zdravstveno zavarovanje kot brezposelna oseba, morajo s.p.

²⁵Po 55.a členu ZZZVZZ-NPB25.

²⁶Ta »solidarnostni« prispevek bremeni delojemalca za znesek v višini 6,36 % od njegovega bruto zneska, ki ga dobi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

²⁷Z letošnjim letom se je strošek osnovnega zdravstvenega zavarovanja povečal za 30 %, iz 14,17 evrov na 22,70 evrov.

²⁸Prispevek variira, a za predstavu lahko vzamemo primer sogovornika, samostojnega podjetnika, ki mora na mesec plačevati cca. 299 evrov prispevkov za socialno varnost (za obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje 190,8 evrov, za obvezno zdravstveno zavarovanje 105,4 evrov, za primer brezposelnosti in starševsko nadomestilo 3,13 evrov) ter za dopolnilno zdravstveno cca. 25 evrov. Za vse prispevke mora tako plačati cca. 325 evrov.

²⁹Ta prisila je za določen del populacije opazno višja odkar imajo državne institucije strožje omejitve pri sklepanju avtorskih pogodb.

³⁰Uraden izraz se glasi »zadržane pravice do zdravstvenih storitev« (78.a člen ZZZVZZ-NPB25).

zapreti, česar pa ne morejo storiti, dokler ne poravnajo vseh dolgov³¹. V primeru, da stroška zdravstvenega zavarovanja več mesecev niso zmožni pokriti, sledi izterjava, kot razloži sogovornica: *»Če nekdo nima urejenega OZZ, ga Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije pisno pozove, da si to na eni izmed OE (katerikoli v Sloveniji) uredi, v kolikor si ne, potem mu pošljejo odločbo o plačevanju in položnico, ki jo mora plačati, sicer njegov dolg prepustimo DURS-u v izterjavo. /.../ Dokler ne plača prispevkov je taka oseba samoplačnik za vse zdravstvene storitve, razen nujne medicinske pomoči. Ko poravna dolg - seveda mora poravnati vse za nazaj in potem spet sproti plačevati-, pa lahko zahteva od ZZS povračilo za stroške zdravstvenih storitev«* (zaposlena na ZZS, Novo mesto).

V podobnem položaju so te osebe tudi v primeru neplačevanja dopolnilnega zavarovanja: kopičijo se jim dolgovi, ki so nazadnje sodno izterjani, tudi prek rubeža ali blokade tekočega računa, obenem pa so soočeni s strožimi pogoji ob ponovnem vstopu v DZZ. Tovrstna izterjava poveča začarani krog revščine, saj so jim morebitni zaslužki odvzeti neposredno z računa. V Ambulanti za osebe brez zdravstvenega zavarovanja – Pro Bono se od svojega nastanka dalje pogosto srečujejo z zdravstveno zavarovanimi samostojnimi podjetniki, ki so prezadolženi ali/in prisiljeni zapreti svoje podjetje. Tako kot ostali sogovorniki tudi zaposlena v Ambulanti Pro Bono vidi velik problem v sistemu zadolževanja, ki ga predvideva DZZ: *»Ko smo nekomu želeli urediti še prostovoljno zdravstveno zavarovanje, smo ugotovili, da bo moral plačati »kazen« za neplačevanje za obdobje od 2006 dalje. Sprašujem se o smislu takšne kazni oziroma o »prostovoljnosti« takšnega zavarovanja!«*

Poleg oviranega dostopa do zdravstvenega zavarovanja in posledično do zdravstvenih ustanov, pa prekarni delavci izpostavljajo tudi ovirano pravico do bolniškega staleža. Sogovorniki in sogovornice poudarjajo, da so (četudi imajo urejeno zdravstveno zavarovanje) pogosto v položaju, ko si ne morejo privoščiti bolniškega staleža – ne zase ne za svoje bolne otroke. Glede na to, da morajo prvih 30. delovnih dni sami (formalno ali neformalno) plačevati stroške bolniške, si kritja življenjskih stroškov za obdobja brez dela običajno ne morejo privoščiti, saj nimajo dovolj visokih prihrankov. Ta populacija si tako pogosto ne more privoščiti zdravljenja bolezni, kar pomeni kopičenje zdravstvenih težav ter zaplete tudi pri obolenjih, ki so drugače lažje ozdravljiva.

3.2 Migranti

Ob uporabi izraza »migrant« pogosto pozabljamo, da gre za izrazito raznorodno skupino ljudi, ki živi v povsem različnih življenjskih situacijah, z zelo različnimi izkušnjami in v različnih pravnih statusih (od nedokumentiranih migrantov, prosilcev za mednarodno zaščito in beguncev ali oseb z začasnim in stalnim prebivališčem oziroma državljanstvom v Sloveniji). Iz terenskega materiala je očitno, da so sogovorniki in sogovornice z izrazom »migrant« mislili

³¹Lastniki in direktorji zasebnih zavodov so v podobnem položaju. Zdravstveno zavarovanje bi morali plačevati na podlagi lastništva ali direktorskega položaja, ne glede na to, ali ima pravni subjekt kakršne koli dejanske prilive.

na ekonomsko in socialno najšibkejše skupine migrantov, zato se bo spodnja analiza posvečala predvsem tem prebivalcem.

Čeprav raziskovalke svojih sogovornikov običajno niso eksplicitno spraševale o »ranljivosti« priseljencev, je tema zdravja migrantov na terenu vseskozi prihajala na dan. Zanimivo je, da so pri tem pogosto izpostavljali njihovo nevidnost oziroma neopaženost njihovih problemov: *»Problem migrantov in beguncev je v naši regiji zelo velik, samo, da ga ljudje ne zaznajo toliko, kot mogoče kakšno drugo skupino, ki ima več zagovornikov. Med migranti je veliko stisk in problemov, vendar se oni ne želijo izpostavljati.«* (zaposlena v Mestni občini Novo mesto)

Podobno menijo tudi raziskovalci zdravja migrantov (20, 21, 22), ki poudarjajo, da je njihova socialna, ekonomska in zdravstvena izključenost običajno »nevidna« za ostale prebivalce in snovalce zdravstvenih politik, obenem pa migranti običajno spadajo med zdravstveno bolj ogrožene skupine prebivalstva. Čeprav nekatere raziskave (20, 21, 22, 23) kažejo, da je zdravje migrantov ob prihodu običajno boljše od povprečja³², pa se njihovo zdravstveno stanje običajno poslabša v letih življenja v državah prihoda³³. Slabo zdravje migrantov razkrivajo nekatere raziskave srčnih bolezni, povečane telesne teže, visokega pritiska in psihičnega zdravja, obenem pa naj bi jih bolj prizadele tudi nalezljive bolezni, poškodbe in različne odvisnosti (21, 22, 25). Poleg tega avtorji, ki so raziskovali zdravje migrantk (predvsem nedokumentiranih migrantk) ugotavljajo več spontanih splavov, prezgodnjih porodov, smrtnosti žensk in otrok med porodom, raznih ginekoloških problemov, pa tudi več psihičnih motenj kot pri ostalih prebivalkah (22, 23, 25, 27, 28). Razloge za njihove zdravstvene težave raziskovalci pripisujejo številnim dejavnikom (ekonomskim, socialnim, kulturnim, okoljskim, političnim idr.) tveganja, ki so jim migranti izpostavljeni.

Podobno kot v znanstveni literaturi so tudi sogovorniki in sogovornice v raziskavi med temi dejavniki izpostavljali predvsem ovire pri pridobitvi pravnega statusa (dovoljenja za stalno prebivanje in državljanstvo) ter težko dostopnost do družbenih virov, ki so pogosto posledica diskriminatornega odnosa okolice do teh prebivalcev. Poleg tega so med dejavnike tveganja uvrstili tudi odsotnost socialnih mrež, jezikovne in kulturne ovire, ter slabe bivalne pogoje in pomanjkljivo prehrano: *»ti ljudje dejansko cele dneve delajo ali pa veliko ur delajo in ni redne prehrane, predvsem so na tem področju precej, se mi zdi, je veliko težav, se prehranjujejo s sendviči itn. Mogoče je ovira tudi jezik...«* (zaposlena na NIJZ, Celje).

Tako kot sogovornica iz Celja, so se tudi nekateri drugi v intervjujih osredotočili na zdravju škodljive delovne pogoje migrantov, o katerih so poročale nekatere raziskave med delavci migranti v Sloveniji (20, 29, 30). Ti se nanašajo predvsem na problem zdravstvenih tveganj

³²Gre za t.i. »učinek zdravega migranta«.

³³Na podlagi 148 anket, ki smo jih razdelili med ljudi, ki prihajajo po pomoč na Zvezo prijateljev mladine Ljubljana Moste Polje ugotavljamo, da so med prejemniki pomoči 103 osebe s slovenskim državljanstvom in 40 (28 %) oseb, ki nima slovenskega državljanstva (med njimi ima 36 oseb stalno prebivališče v RS), kar kaže na slabši ekonomski položaj oseb brez državljanstva in hkrati nezmožnost iskanja pomoči prek drugih kanalov. Pet oseb na vprašanje ni odgovorilo.

pri delu, ki nastajajo zaradi neprimerne delovne opreme, prevelikih delovnih obremenitev, predolgega delovnega urnika ter prikrivanja nesreč in poškodb pri delu s strani delodajalcev ter kratenja pravice do bolniškega dopusta in dela prostih dni.

Najbolj pogosta ugotovitev sogovornikov in sogovornic pa je, da imajo migranti v Sloveniji slabši dostop do zdravstvenih storitev od ostalega prebivalstva. Na osnovi zbranega materiala bi lahko njihove razloge za slabši dostop razvrstili v štiri skupine: a) oviran dostop do zdravstvenega zavarovanja, b) oviran dostop do (brezplačne) nujne medicinske pomoči, in c) jezikovne in kulturne ovire.

a) Oviran dostop do zdravstvenega zavarovanja

Pri nobenem delu prebivalstva pravni status ne vpliva tako močno na dostop do zdravstvenega zavarovanja kot pri migrantih. Če imajo nekateri od njih zakonsko urejeno pravico do osnovnega zdravstvenega zavarovanja (osebe s statusom begunca; zaposleni migranti z dovoljenjem za začasno ali stalno bivanje), pa mnogi drugi v Sloveniji nimajo te pravice (nedokumentirani migranti; prosilci za mednarodno zaščito; osebe z dovoljenjem za začasno zadrževanje; nezaposlene osebe z dovoljenjem za začasno bivanje), čeprav jim v nekaterih evropskih državah pripada³⁴.

Težave pa so opazne že pri tistih, ki jim zakonska določila omogočajo dostop do zdravstvenega zavarovanja. Iz intervjujev ter drugih raziskav (20, 22) je očitno, da mnogim delavcem migrantom delodajalci pogosto ne plačajo prispevka za OZZ: *»delavec, ki je 2 leti delal in je dal vlogo za podaljšanje bivanja, a se je izkazalo, da ni imel plačanih prispevkov, niti OZZ, taki ljudje imajo potrebo po zdravstvenih storitvah, vendar ko gredo k zdravniku, te ne morejo koristiti, ker so samoplačniki za storitve /.../ Vsak peti delodajalec na področju gradbeništva v naši regiji krši pravice svojih delavcev, predvsem migrantov.«* (zaposlena na Mestni občini, Novo mesto). Ista sogovornica izpostavlja še druge probleme delavcev migrantov: tistih, ki izgubijo zaposlitev in s tem tudi pravico do OZZ (pa tudi druge pravice): *»Veliko je primerov, ko so ljudje iz drugih držav delali veliko let, nato pa izgubijo službo /.../ so v postopkih pri ZPIZ-u, a če nimajo državljanstva, nimajo nobenih pravic... so veliko let izgubili tukaj, potem pa, ko potrebujejo pomoč, jih država pusti na cedilu, ravno tako njihove družinske člane. OZZ bi moralo izhajati iz dela: če nekdo dela, pa delo potem izgubi, bi morala vsaj lokalna skupnost poskrbeti za to«.*

Tudi drugi primeri iz terena kažejo, da tam, kjer zakonska podlaga nedvoumno dodeljuje pravico do OZZ, v praksi pogosto prihaja do kršitev. Tak primer so otroci migrantov, ki imajo v Sloveniji dovoljenje za zadrževanje ali za začasno bivanje in niso zaposleni. Čeprav po zakonu³⁵ vsem otrokom do 18. leta v Sloveniji pripada pravica do obveznega zdravstvenega zavarovanja, nekateri otroci ostajajo brez zavarovanja: *»Če je oče slovenski državljan, potem poskušamo s pomočjo njega, da je pač zavarovan otrok. Tako. Tako da ni univerzalnega*

³⁴ Na primer, Italija, Francija, Švedska.

³⁵ Po 24. in 15. členu ZZVZZ-NPB25 in 9. členu Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (<http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV3562>).

recepta. Smo imeli tudi osebo, bila je deklica, rojena sicer v Sloveniji, a ni bila slovenska državljanica, ker oče ni bil slovenski državljan, pa smo potem preko konzulata poskušali te stvari (OZZ, op. U. L. Č.) urediti. Nismo bili uspešni (zaposlena v Materinskem domu, Celje).

Na še večje ovire pa naletijo predhodno omenjene skupine migrantov, ki nimajo pravice do OZZ. Če nimajo zdravstveno zavarovanih družinskih članov oziroma partnerja, si lahko uredijo le komercialno zdravstveno zavarovanje, ki pokriva omejen obseg zdravstvenih storitev, obenem pa je povezano z visokimi stroški, ki jih te osebe običajno ne morejo plačati: »Tak je primer tujke, ki je brez službe, v Sloveniji, njena izvenzakonska skupnost je razpadla. Prej je bila zavarovana po zaposlenem partnerju, kot družinski član. Sedaj pa je brez zdravstvenega zavarovanja in dohodkov. Uredila bi lahko komercialno zavarovanje za tujce, vendar je brez sredstev, poleg tega so v komercialnem zavarovanju zdravstvene storitve zelo omejene« (zaposlena v Varni hiši, Ljubljana).

Tako kot zgoraj omenjena migrantka, tudi drugi migranti v podobni situaciji ostajajo nezavarovani, zaradi česar nimajo pravice do izbire osebnega zdravnika, obenem pa morajo za vsako zdravstveno storitev, ki ni opredeljena kot nujna medicinska pomoč, sami plačati - pogosto visoke zneske: »pri nas je tujka z dovoljenjem za začasno prebivanje za dobo dveh let, brez zdravstvenega zavarovanja in brez dohodkov. Uporabnica je hudo in neozdravljivo zbolela – razsejan rak. Zdravljenje raka je sicer tretirano kot nujno zdravljenje, vendar je znotraj tega cel kup stvari, ki bi jih morala uporabnica zaradi neobstoječega zavarovanja plačati. Na primer, prevozi z reševalnim vozilom, posebni seti za izčrpavanje vode iz pljuč - en stane okrog 80 evrov, nekatera zdravila, sanitetni material...« (zaposlena v Varni hiši, Ljubljana).

b) Oviran dostop do (brezplačne) nujne medicinske pomoči

Po zakonu³⁶ je vsakdo, ne glede na zdravstveno zavarovanje, lahko deležen nujnega zdravljenja, ki obsega neodložljive zdravstvene storitve oživljanja, ohranitve življenja in preprečitve poslabšanja zdravstvenega stanja obolelega ali poškodovanega.

Čeprav se zdi zakonsko določilo nedvoumno, pa se v praksi nujna medicinska pomoč pogosto interpretira zelo različno. Iz intervjujev na terenu je očitno, da v nekaterih primerih zdravstveni delavci nezavarovanim osebam zdravljenje odrečejo ali jih obravnavajo kot samoplačnike, kljub temu, da gre za nujno zdravljenje. Na osnovi terenske raziskave, pa tudi drugih virov (30, 31, 32, 33) lahko sklepamo, da je ta praksa v porastu v nekaterih zdravstvenih ustanovah in je opazna predvsem pri migrantih, pa tudi pri drugih »ranljivih« skupinah, ki zaradi različnih ovir (jezikovnih, socialnih, ekonomskih ipd.) ne zmorejo dovolj kredibilno zagovarjati svojih pravic: »Zgodilo se je že, da je uporabnica dobila račun za preiskavo opravljeno na Infekcijski kliniki za svojega otroka, ki nima slovenskega državljanstva, ker preiskava ni vključena v nujno zdravljenje - so pa hoteli potrditi oziroma ovreči sum na neko bolezen in so sprva rekli, da je nujno.« (zaposlena v Varni hiši, Ljubljana)

³⁶7. in 25. člen Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-NPB25), <https://zakonodaja.com/zakon/zzvzz>,

Čeprav naj bi porod in ginekološki pregledi v nosečnosti spadali pod nujno medicinsko pomoč, ki naj bi bila brezplačna, morajo migrantke, po izkušnjah sogovornic, zanj plačati: *»Tujke morajo plačati, če nimajo urejenega zdravstvenega zavarovanja. S: Tudi porod?MN: Mhm (pritrdi, op. U. L. Č). S: To je verjetno kar nek znesek, ne? MN: Ja, to je konkreten znesek. /.../ Pa ni bilo nič, je bil čisto klasičen porod, kaj šele, da se kaj zakomplicira. MN: Ja, prišla je iz ljubljanskega konca in je nekako do tri četrt nosečnosti obiskovala to brezplačno ambulanto. Ko je prišla k nam, bi seveda še mogla nadaljevati, ampak mi smo ji uspeli urediti finance gluh toliko, da je šla potem še enkrat na ta pregled. Tukaj pa ni možno v Celju. Če nimaš urejenega zdravstvenega zavarovanja, nosečnic se vsi otepajo« (Celje, zaposlena, Materinski dom).*

V primeru, da oseba ni sposobna plačati stroškov zdravljenja, mora zdravstvena ustanova najprej zaključiti dolgotrajen postopek poskusa izterjave dolga (v obliki opominov in izvršb) od posameznika, šele nato Ministrstvo za zdravje zdravstveni ustanovi povrne stroške zdravljenja, a ne tudi stroške postopka izterjave, ki so ponavadi visoki in ga mora plačati zdravstvena ustanova³⁷.

c) Jezikovne in kulturne ovire

Zaradi vseh predhodno omenjenih problemov imajo mnoge osebe z migrantskim ozadjem otežen dostop do zdravstvenih ustanov, k temu pa je potrebno prišteti tudi kulturne in jezikovne ovire, o katerih pogosto poročajo sogovorniki in sogovornice.

Kulturni dejavniki ključno determinirajo odnos med zdravstvenim osebjem in bolnikom, pri čemer ne gre le za pogoste jezikovne nesporazume (oziroma odsotnost prevajalcev), temveč za prisotnost množstva kulturnih razlik, ki izhajajo iz bolnikovega in zdravnikovega različnega dojemanja vzrokov in kategorij bolezni ter zdravljenja le-teh. Če številne raziskave (22, 23, 25, 26, 34) dokazujejo, da je med zdravnikom in bolnikom iz istega kulturnega okolja mogoča serija nesporazumov, je ta možnost toliko večja v situacijah, ko gre za bolnike iz drugega okolja ter zdravnike, ki so brez kulturnih kompetenc.

V pedagoških programih obeh slovenskih medicinskih fakultet (pa tudi v kasnejših izobraževanjih) niso predvidene vsebine, ki bi bodoče zdravnike izobraževale o pomenu kulturnih dejavnikov zdravja in bolezni ter jih ustrezno pripravile na komunikacijo z osebami iz drugih kulturnih okolij. Zato ne preseneča, da sogovorniki in sogovornice poročajo o seriji nesporazumov, ki se pojavljajo med zdravniki in bolniki z migrantskim ozadjem pa tudi z

³⁷Kot to opiše ena od sogovornic: *»so tudi primeri ko pride kot nujno pa se ugotovi da ni nujno in ZZS ne plačuje teh stvari, tujci brez zavarovanja ampak več ali manj gre za osebe, ki potem, ko se spelje postopek do konca, vidiš da dejansko resnično nima. /.../ Brez, da bi vse postopke prej izpeljali do izvršb in vseh tistih postopkov naprej ... Ko ti pošlješ na Ministrstvo, moraš za vsak primer poslati tudi vso dokumentacijo. Ti moraš od posameznika poskusit in naredit vse postopke. Šele, ko se to izkaže za nemogoče, šele takrat prosiš Ministrstvo. Potem, tam ti ne povrnejo stroškov, ki si jih ti imel za opomine in izvršbe, ampak samo osnovno storitev« (administratorica, bolnišnica, Izola).*

drugimi »ranljivimi« skupinami. Iz terenskega materiala je razvidno, da se zdravstveni delavci soočajo z vrsto drugačnih navad (od prehrane, higiene, odnosa do telesa in zdravja ter medosebnih odnosov) migrantov, ki jih pogosto interpretirajo po kriterijih lastne kulture ter zato vidijo kot »pomanjkljive« ali »napačne«. V tem okviru velikokrat izpostavljajo Albanke, pri katerih običajno vidijo nepremostljive kulturne razlike.

Četudi so posamezne ustanove (tako zdravstvene kot nezdravstvene) začele kulturne ovire reševati tako, da poiščejo stik z zdravstvenim delavcem iste etnične pripadnosti kot je migrant, ta rešitev ni vedno mogoča.

Možnost nesporazumov dodatno povečujejo jezikovne bariere. Opazno je, da se zdravstvene ustanove niso prilagodile trendom priseljevanja po osamosvojitvi, ko v Slovenijo večinoma ne prihajajo le osebe iz nekdanje skupne države (in govorijo sorodne jezike), temveč priseljenci iz bolj oddaljenih regij (22). Angleščina, ki je v takih primerih najbolj običajen jezik sporazumevanja, je praviloma drugi jezik (ali tretji, četrti) tako migranta kot tudi zdravstvenega osebja, kar ne zadostuje za uspešno komunikacijo med bolnikom in zdravstvenim osebjem (22). Čeprav je iz intervjujev opazno, da imajo zdravstveni delavci z jezikovnimi preprekami precejšnje težave, se zdi, da le redki tega problema ne podcenjujejo, med njimi je tudi sogovornica iz Izole: *»Pri nas so Bolgari, so Romuni...Potem so osebe, ki pridejo z ladjami /.../ S tujci, ki ne govorijo znanega jezika, je problem, moramo biti iznajdljivi. Mi nimamo tako kot Italijani, ki pokličejo prevajalca. Oni imajo možnost konferenčnega klica. Oseba pove svoje težave in prevajalec istočasno prevaja. Mi pač te možnosti nimamo. Mi vprašamo, če ima sodelavca, ga pokličemo, pa nam on prevede. Bolgarščina je podobna makedonščini pa se nekako razumemo. Večji problem so Rusi. Ali ne želijo ali ne znajo nobenega drugega jezika. Če govorijo počasi, mi jih razumemo, ampak zgleda, da oni nas nič ne razumejo«* (medicinska sestra, bolnišnica, Izola).

Kot je opazno iz citata, zdravstvene ustanove poskušajo odsotnost strokovno usposobljenih tolmačev nadomestiti z »iznajdljivostjo«, s »sodelavci«, znanci in družinskimi člani migranta, v redkih primerih pa ustanove med svojimi zaposlenimi oblikujejo seznam »prevajalcev«. Čeprav gre gotovo za rešitve, ki premostijo marsikatero komunikacijsko stisko, pa raziskovalci (22) tega področja ugotavljajo, da tovrstna spontana, nestrokovna prevajanja neredko pripeljejo do še globljih nesporazumov in manj kvalitetne zdravstvene obravnave.

Opisano situacijo dodatno zaplete dejstvo, da so migranti pogosto neinformirani o zdravstvenih pravicah in o delovanju zdravstvenega sistema v Sloveniji (20, 29), zaradi pomanjkljivega znanja slovenskega jezika in strahu, da ne bodo razumljeni, zato pogosto ne poskušajo izraziti svojih stališč.

Posledično se množijo jezikovni in kulturni nesporazumi, ob katerih sogovorniki pogosto pričajo tudi o diskriminatornem odnosu zdravstvenih delavcev do migrantov, predvsem zdravstveno nezavarovanih. Migranti se na tako obravnavo pogosto odzovejo z nezadovoljstvom in razočaranjem nad zdravstvenimi ustanovami v Sloveniji ter jih posledično redko obiskujejo, kažejo nezanimanje za zdravstvene programe in se izogibajo stikom z zdravstvenim osebjem, dokler ni njihovo stanje urgentno.

3.3 Brezdomne osebe

Kot je bilo že predhodno omenjeno, so uporabljene kategorije fluidne in se med seboj prekrivajo, kar je še posebej opazno pri brezdomnih osebah, med katerimi so pogosto brezposelni, migranti, pa tudi osebe s težavami v duševnem zdravju in uporabniki nedovoljenih drog, ki jih bomo obravnavali v nadaljevanju.

Brezdomnost je kompleksen pojav in obsega od bolj vidnih (življenje na cesti, v zasilnih bivališčih in v zatočiščih za brezdomce) do bolj prikritih (življenje v začasnih stanovanjih, zdravstvenih institucijah ali zaporih idr.) oblik brezdomnosti (35). Dejavniki, ki povezuje te zelo različne vrste brezdomnosti, ter ključno prispeva k zdravstvenim tveganjem brezdomnih, je revščina. Brezdomnost je v največji meri povezana z odsotnostjo bivališča ali negotovo obliko bivanja. Najpogosteje pa je brezdomstvo povezano tudi z revščino, obubožanostjo, nezaposlenostjo, nizko izobraženostjo, šibkimi socialnimi mrežami, ali celo popolno odsotnostjo podpornih mrež, zelo pogosto pa še z odvisnostjo od alkohola ali drugih drog, psihiatrično diagnozo ter različnimi težkimi življenjskimi izkušnjami (smrt bližnjega, konflikti z bližnjimi, zlorabe, nasilje ...) (36). Kot ugotavljajo mnoge epidemiološke študije (37), so pogoste spremljevalke revščine slaba prehrana in bivanjski pogoji, nezmožnost, da bi ohranjali optimalne higienske pogoje in posledično večja izpostavljenost infekcijam (37).

Raziskava o dostopu brezdomnih oseb do slovenskega zdravstvenega sistema potrjuje, da se na eni strani revščina kaže kot pomemben dejavnik tveganja za zdravje brezdomnih, ki je v mnogih vidikih slabše od splošne populacije, na drugi strani pa bolezen lahko pomembno vpliva na nastanek brezdomnosti, saj so te osebe težje zaposljive. Med različnimi zdravstvenimi težavami, ki spremljajo brezdomstvo, avtorji raziskav (35, 36) in sogovorniki na terenu izpostavljajo predvsem različne oblike poškodb in nezdravljenih obolenj, duševnih težav, zdravstvene probleme, ki izhajajo iz različnih odvisnosti (alkohol, nedovoljene droge) in zdravstveno tvegane načina življenja: *»Zdaj večina teh ljudi, ki pride k nam, imajo težave, se pravi, ali so to duševne motnje ali je alkohol ali so pa že zelo hudo bolani, se pravi razne oblike raka, oblike drugih bolezni, kjer potem nekako človek hira. /.../ Čez celo življenje pač to, kar se mu je dogajalo, se je dogajalo, in tudi seveda bolezni prinese vse skupaj, način življenja, takšen, kakršnega imajo, bodisi tudi zaradi alkohola ali česar koli drugega. /.../ Če pa ta človek ni pri nas, ker saj veste, veliko je pač takih ljudi, brezdomnih, tudi zunaj ali pa živijo na kakšen drug način, za te ljudi, je pa seveda težko, ker se ne znajde, ker ne zna poiskati pomoči, sploh ne, in seveda je potem tako dolgo proces, da nekje obležijo ali pa se zgodi kaj hujšega (zaposlena v Zavodu Socio, Celje).*

V razmišljanju o dostopu do ustreznega zdravljenja za brezdomne so tudi drugi sogovorniki poudarjali razliko med osebami, ki živijo zunaj institucij ter tistimi, ki živijo v zavetiščih (ali drugih ustanovah). Za slednje v zavetiščih običajno uredijo dostop do zdravstvenega zavarovanja ter v določenih primerih spremljajo njihovo zdravstveno stanje ter pomagajo premoščati ovire v zdravstvenem sistemu. Zgovoren je citat zaposlene v zavetišču za brezdomce v Celju, ki v takih primerih nastopa kot zagovornica: *»Sigurno ne bi bil sprejet (brezdomna oseba, op. U.L.Č.), če ne bi imel spremstva. To je sigurno. A veste, tudi nekaj šteje naše posredovanje, ko mi kot institucija v sodelovanju z neko drugo institucijo. Že to nekaj šteje, da ni uporabnik kot fizična oseba, ampak da je en posrednik vmes.«*

Za mnoge druge, ki nimajo možnosti življenja v zavetišču³⁸ ali si tega ne želijo, se pojavijo različne ovire pri udeležanju pravice do zdravstvene oskrbe. Tako kot pri brezposelnih, prekarnih delavcih in migrantih, je največja ovira dostop do zdravstvenega zavarovanja. Razlogi za težek dostop do OZZ pa so pri brezdomnih drugačni od že obravnavanih skupin: » *To, kar mi opažamo je problem brezdomcev oziroma oseb, ki nimajo prijavljenega nikakršnega bivanja. Potem se pri nas včasih zalomi, ker, če ni prijavljenega bivanja, ne more biti prijavljen na Zavodu, če ni prijavljen na Zavodu ne more biti prijavljen na Centru za socialno delo, če ni prijavljen na Centru za socialno delo nima denarja za zdravstveno zavarovanje in na koncu pride dejansko do tega, da te osebe niso zdravstveno pokrite*« (zaposlena na ZRSZ, Koper).

Čeprav imajo po zakonski uredbi brezdomne osebe pravico prijaviti stalno prebivališče na naslovu tiste institucije, ki jim nudi materialno pomoč (CSD, RK, Karitas ipd.)³⁹, terenska raziskava dokazuje, da omenjene inštitucije pogosto teh oseb ne želijo prijaviti na svoj naslov. Posledično ne morejo dostopati do mnogih pravic, tudi do pravice, da je njihovo zdravstveno zavarovanje plačano iz občinskega proračuna. Tako se znajdejo v istem scenariju, ki je bil predhodno opisan za nezavarovane migrante.

Glede na to, da je tudi za del brezdomnih edino dostopna le nujna medicinske pomoč, raziskovalci ugotavljajo (36), da je zdravljenje pogosto zelo okrnjeno in se začne (pre)pozno, kar pogosto vodi v množstvo kombiniranih zdravstvenih težav, ki ostajajo nezdravljene. V številnih primerih gre za obolenja, ki bi bila ob pravočasni obravnavi zlahka ozdravljiva, a pri teh socialno izključenih posameznikih postanejo kronična in povzročijo trajne okvare.

Poleg tega sogovorniki in sogovornice poudarjajo, da se mnogi brezdomni, ki imajo urejeno OZZ srečujejo z velikimi ovirami zaradi odsotnosti DZZ ter zaradi vrste doplačil, ki so značilna za zdravstveni sistem v Sloveniji. Zaradi pomanjkanja finančnih sredstev pogosto ne morejo plačevati DZZ, pa tudi ne dostopati do (do)plačljivih zdravstvenih storitev oziroma (do)plačevati zdravil, ki so jim predpisana: »*Imajo osnovno. Dodatno je pa spet treba posebej plačevati. In tukaj se pa pojavljajo težave. Sicer mi potem seveda zopet iščemo kakšnega zobozdravnika, ki je pripravljen, pa tisti, ki ima koncesijo, da res lahko, večina, kolikor se da, vsaj teh osnovnih stvari naredijo na kartico. Ko pa pride do kakih večjih težav, je pa zelo težko. Ni denarja, ne.*« (zaposlena v Zavodu Socio, Celje). Ob tem ni problem le dostop do zdravstvenih storitev, temveč tudi nadaljevanje zdravljenja (rehabilitacije) ob odpustu brezdomnega iz zdravstvenih ustanov: zaradi nepovezanosti strokovnih služb na tem področju brezdomni običajno nimajo ustrezne poboljšnične nege oziroma rehabilitacije⁴⁰.

³⁸Na osnovi podatkov na terenu je sklepati, da so zavetišča pogosto prepolna, zato za mnoge brezdomne v njih ni prostora; poleg tega nekatera zavetišča zavrnejo osebe, ki nimajo dovoljenja za stalno prebivanje v Sloveniji in/ali so uporabniki nedovoljenih drog.

³⁹8. člen Zakona o prijavi prebivališča (ZPPreb) predvideva, da se za posameznike, ki dejansko prebivajo znotraj območja tiste upravne enote, kjer se institucija nahaja, določi stalno prebivališče na naslovu tiste institucije, ki mu nudi materialno pomoč.

⁴⁰Brezdomne osebe tako pogosto ne morejo dokončati zdravljenja, saj nimajo pogojev za rekonvalescenca. Če živijo na cesti, imajo težave že denimo s hrambo zdravil, hkrati pa nimajo denarja za nakup zdravil.

Čeprav je različnih zdravstvenih vidikov brezdomstva še veliko, naj na koncu omenimo le še prepričanje intervjuvancev, da se brezdomni – podobno kot migranti – soočajo z diskriminacijo v zdravstvenih ustanovah⁴¹. V terenskem materialu je zaslediti neenako obravnavo zaradi njihovega drugačnega videza in vonja, ki je običajno posledica neprimernih higienskih pogojev, v katerih živijo: *»Kranjski brezdomci imajo dostop do zdravstvene službe, res je, da so včasih manj korektno obravnavani. /.../ So ga drugače obravnavali. Te osebe imajo drugačen odnos do higiene, se nočejo tuširati, ker tega leta niso počeli leta.«* (zaposlen v zavetišču za brezdomce, Kranj).

3.4 Uporabniki nedovoljenih drog

Iz terenskega materiala izhaja, da odnos zdravstvenega sistema in uporabnikov nedovoljenih drog zaznamuje serija mimobežnosti: tako kot zdravstvene ustanove pogosto ne zaznajo teh oseb in se ne prilagodijo njihovim potrebam⁴², se tudi uporabniki nedovoljenih drog često ne odzivajo na zdravstvene programe. Podobno ugotavlja Dušan Nolimal (38), ko zapiše, da tradicionalne metode zdravstvene vzgoje navadno ne ustrezajo potrebam te populacije, ki so »zaradi kaotičnega življenjskega stila, marginaliziranega položaja v skupnosti in kroničnega občutka ogroženosti nagnjeni k »pozabljanju« zdravstveno vzgojnih informacij in zavračanju nasvetov formalnih oziroma uradnih ustanov« (ibid.: 293). Zato ne preseneča, da so tudi sogovorniki in sogovornice iz zdravstvenih ustanov uporabnike nedovoljenih drog običajno prepoznali kot »ranljive« skupine, a so o njihovih zdravstvenih potrebah podali skope in parcialne podatke. Iz njihovih besed je tudi mogoče sklepati, da zdravstveni delavci te osebe pogosto vidijo skozi vrsto predsodkov (»kot prebrisane« ali »prefrigane«, »izkoriščevalske«, nagnjene k »zlorabljanju«).

Drugačen odnos je zaznati pri tistih, ki se z njimi srečujejo vsakodnevno, v okviru javnozdravstvenih programov ali nevladnih organizacij. Ti sogovorniki podajajo podobne ugotovitve, kot jih lahko srečamo v raziskavah (35), in sicer, da se uporabniki nedovoljenih drog, še posebno brezdomni, soočajo s številnimi eksistenčnimi težavami, med njimi so pomanjkanje sredstev za preživljanje, brezposelnost, revščina in socialna izključenost, ki vodi v različna obolenja. Obenem pa sogovorniki vidijo pozitivne učinke dosedanjih programov Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih drog, a hkrati opozarjajo na pomanjkanje usposobljenega kadra ter terenskega dela z mobilnimi zdravstvenimi enotami, s katerimi pridejo lažje v stik z neodzivnimi, težko dosegljivimi deli te populacije. Podobno kot pri brezdomnih, tudi tu izpostavljajo negativne učinke nepovezanosti in nesodelovanja različnih služb, s katerimi prihajajo v stik uporabniki: *»Ni skupne baze /.../ Glejte, odvisnik se giblje med metadonskim centrom, policijo, zaporom, pa zdravstvom. Če bi imeli skupno bazo, pa je nimamo, bi mi točno vedeli, koliko pravzaprav sploh imamo odvisnikov. Ne vemo. Ne vemo, kakšno stanje je.«* (zaposlena v Inštitut Vir, Celje). Obenem pa v intervjujih tudi poudarjajo, da se je v zadnjih letih struktura uporabnikov nedovoljenih

⁴¹ Raziskava o zdravju in dostopnosti do zdravstvenih storitev (36) dokazuje, da je med anketiranimi približno

tretjina do polovica navajala izrazito prisotnost različnih ovir, ki jim preprečujejo uporabo zdravstvenih storitev,

podoben del anketiranih pa ocenjuje, da so v zdravstvenih ustanovah negativno diskriminirani.

⁴² Izjema so programi, ki so predvideni specifično za uporabnike nedovoljenih drog.

drog spremenila: če upada število heroinskih odvisnikov⁴³, pa se med mladimi povečuje odvisnost od kokaina ter drugih nedovoljenih drog, poleg tega pa so v porastu različne nekemične oblike odvisnosti, za katere javno-zdravstvene ustanove še nimajo ustreznih programov.

Sogovorniki in sogovornice zdravstvene težave uporabnikov nedovoljenih drog običajno vidijo kot posledico zdravju škodljivega življenjskega sloga, ki je podrejen odvisnosti od drog: *»Če izhajam kar iz tega, oni imajo zelo pomanjkljivo prehrano. To je osnova. Drugo kot drugo, njihov način življenja, živijo v slabih pogojih, vsaj večina. Tudi same higienske razmere. Droga naredi svoje v organizmu. Poleg tega pa, ko, recimo, oni fizično vnašajo drogo v telo, prihaja do razno raznih poškodb. Recimo, če vam ni poznano, vam bom povedala. Recimo, mora se zadeti v žilo. Dostikrat se zgodi, da pri teh uporabnikih se žile skrijejo, ker pač telo razvije en svoj obrambni mehanizem in če se ti kar naprej pikaš in pikaš, valda koža postane bolj trda, žile grejo bolj globoko in potem se pač mora za en šut večkrat pikniti. Ne vem, imamo uporabnika, ki pravi, da on se po 20-krat pikne, da zadane žilo.«* (vodja terenskega dela, Zavod Socio, Celje). Poleg nekvalitetne hrane in bivanjskih pogojev sogovorniki omenjajo tudi brezposelnost (z občasnimi priložnostnimi deli) in posledično pomanjkanje finančnih sredstev.

Čeprav bi med uporabniki nedovoljenih drog pričakovali podobne težave pri dostopu do zdravstvenega zavarovanja kot pri predhodno obravnavanih skupinah, pa terensko gradivo kaže, da imajo osebe, ki so vključene v programe centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti, urejeno OZZ.⁴⁴ Drugače je z osebami, ki niso vključene v te programe in se soočajo s podobnimi ovirami pri dostopu do OZZ kot brezdomni. Poleg sogovornikov to potrjuje tudi raziskava Milana Kreka in Janka Belina o brezdomnih uporabnikih drog (35), v kateri visok odstotek oseb ni imel urejenega zdravstvenega zavarovanja, saj niso imeli prijavljenega stalnega ali začasnega prebivališča⁴⁵. Odsotnost zdravstvenega zavarovanja pa ni edini razlog, da ne obiščejo zdravnika: *»Zelo težko se odločijo za obisk pri zdravniku. /.../ V glavnem je poglaviten razlog, da se ne odločijo, da nimajo zavarovanja. Druga zadeva je ta, da se ne počutijo dobro, ko pridejo k zdravniku, ker so stigmatizirani že pri sestri, recimo, ko pridejo. Tretja stvar je pa ta, da pač enostavno ne zmorejo tega koraka zaradi lastnih težav. Ker jim je težko povedati, ker mogoče zdravnik pa še ne ve, da so oni zasvojeni in jim je nerodno in jim je težko in ni prijetno razlagati, zakaj je zdaj cel v bulah, ker se je pač zadeval in ker je pač zgrešil žilo. /.../ Pa tudi one (odvisnice, op.U. L. Č.) se zelo poredko odločajo za*

⁴³ Milan Krek (35) v svoji raziskavi ugotavlja, da se, četudi število uživalcev heroina upada, ta populacija stara, kar prinaša nove zdravstvene izzive.

⁴⁴ Osebe, vključene v program metadonskega zdravljenja, imajo možnost urejanja OZZ na osnovi obveznega zdravljenja odvisnosti od alkohola in drog, ki ga predvideva 22. točka 15. člena ZVZZ, prispevek pa pokriva proračun Republike Slovenije (48. člen ZVZZ).

⁴⁵ Raziskava o brezdomnih uporabnikih drog v Sloveniji, ki je potekala 2002, je zajela vzorec 77 oseb. Iz nje izhaja, da je imelo le 62,3 % oseb urejeno zdravstveno zavarovanje. Nizek odstotek je povezan s tem, da je imelo med anketiranimi le 76 % moških in 83 % ženski prijavljeno stalno ali začasno bivališče v svoji občini, le 50 % med njimi pa je bilo vključenih v programe centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti. Med drugim je raziskava potrdila veliko potrebo po vzpostavitvi nočnih centrov, saj je kar 97,4 % anketiranih podprlo ta predlog. Odsotnost mreže zavetišč za brezdomne uporabnike nedovoljenih drog namreč dodatno marginalizira to populacijo ter onemogoča ukrepe na tem področju (35).

obisk ginekologa. Takrat ko je res res res res nujno, ali da je kaj narobe ali da pride do kake nosečnosti, drugače pa bolj poredko, kot pa same pravijo. Žal.» (vodja terenskega dela, Zavod Socio, Celje).

Naveden citat obsega večino ovir v zdravstvu, ki jih v intervjujih omenjajo tudi drugi. Po izkušnjah sogovornikov veliko uporabnikov nedovoljenih drog skriva odvisnost pred zdravstvenimi delavci. Po prepričanju intervjuvanih uporabnikov je razlog za to splošen občutek nezaupanja do zdravnika in/ali strah pred neenako, diskriminatorno obravnavo. O slednji sogovorniki in sogovornice pogosto poročajo: nekateri imajo izkušnjo s stigmatizacijo že v čakalnici, med sobolniki ali s strani medicinskih sester, drugi pa poudarjajo predvsem neprofesionalno in nekvalitetno zdravstveno obravnavo: *»Omeniti moram tudi odnos do odvisnikov v bolnišnični obravnavi. Poznam primere, ki so mi povedali, da so z njimi zelo slabo delali. So jih prepuščali samim sebi, obravnavali z distanco. V glavnem se sliši, da je tisti, ki pride v bolnico, tretiran katastrofalno. Takoj ko se izpostavi, da je na metadonu, ali da je odvisnik, ga totalno izolirajo in ga sploh ne obravnavajo tako kot bi ga morali«* (fokusna skupina, Koper).

Posledično se med uporabniki nedovoljenih drog stopnjuje nezaupanje do zdravstvenih delavcev, kar pripelje do podobnega rezultata kot pri predhodno obravnavanih skupinah: z obiskom zdravnika običajno odlašajo dokler ni zdravstveno stanje že nujno, kar vodi v serijo dodatnih zdravstvenih zapletov, ki bi bili ob pravočasni zdravniški pomoči bolj obvladljivi in manj dolgosežni.

3.5 Osebe s težavami v duševnem zdravju

Področje duševnega zdravja je izjemno široko in kompleksno in pričujoči prispevek nima namena podati koherentne in poglobljene analize težav v duševnem zdravju ter pristopov k njihovem reševanju, temveč le izpostaviti nekatere vidike, ki so najbolj izstopali v terenski raziskavi.

Sogovorniki in sogovornice, ki so izpostavljali »ranljivost« teh prebivalcev, so bili večinoma zaposleni v javnozdravstvenih ustanovah in nevladnih organizacijah, v raziskavi pa so sodelovale tudi osebe, ki imajo duševne težave. Podobno kot v predhodnih skupinah so tudi pri tej temi poudarjali povezavo med revščino, socialno izključenostjo ter boleznijo: *»Kdo je tisti, ki najpogosteje za depresijo zboli? Ljudje, ki so v končni fazi v socialni stiski, brezposelnosti itd. Vse je povezano ali pa v veliki meri, bi rekla. Do 80 ali pa 90 procentov, so to ljudje, ki enostavno ne morejo 40, 50, 60, 150, 200 evrov na mesec dati (za psihoterapevta, op. U), če toliko dobijo, preživijo cel mesec«* (uporabnik društva DAM, Celje). Pri tem so pogosto izpostavljali hiter porast duševnih težav tako med odraslimi kot med mladostniki in otroki.

Naslednja tema, ki je bila pogosteje zastopana v intervjujih, je bila družbena tabuizacija psihičnih težav ter stigma, s katero se v vsakdanjem življenju soočajo osebe s težavami v duševnem zdravju, o kateri pišejo različni raziskovalci (39,40). Čeprav sogovorniki in sogovornice opažajo večjo prisotnost te tematike v medijskem diskurzu, so zaradi duševnih

težav še vedno izključeni iz mnogih vidikov družbenega življenja. Najbolj opazno se to odraža na področju zaposlovanja, kjer so posamezniki in posameznice pogosto odpuščeni ali nezaposljivi zaradi težav v duševnem zdravju, kljub temu, da so te lahko prehodne ali/in zdravljene. Ko enkrat dobijo stigmo psihiatričnega bolnika, se težko ponovno vključijo v družbo. Z brezposelnostjo in zdrsom v revščino pa se njihove psihične stiske le večajo.

Če je iz terenskega materiala vidno, da so duševne težave v družbi še vedno potisnjene na rob, zdravstvo pri tem ni izjema. Sogovorniki in sogovornice izpostavljajo premalo razvito in dostopno mrežo pomoči, ki bi nudila takojšnjo kvalitetno obravnavo oseb z duševnimi težavami, pa tudi ustrezne preventivne programe na tem področju. Čeprav opažajo pozitivne dosežke skupnostne psihiatrije, vlogo nekaterih nevladnih organizacij in skupin za samopomoč, pa so v nekaterih lokalnih okoljih te pobude odsotne ali težko dostopne, predvsem pa niso sistemsko urejene. Kljub temu, da imajo v teh okoljih zdravstveno zavarovane osebe načeloma pravico do psihiatrične pomoči, pa to pogosto ovira pomanjkanje kadra, dolge čakalne dobe, premalo predvidenih obiskov in kratko trajanje obravnave: *»Več psihiatrov bi moralo biti, več kliničnih psihologov in več časa bi jim zavarovalnica morala dodeliti. /.../ Poleg tega so čakalne dobe v pedopsihiatrični, v pedopsihološki službi katastrofalno dolge.«* (zaposlena Inštitut Vir, Celje). Kljub splošni težnji po deinstitucionalizaciji oseb z duševnimi težavami, so sogovorniki in sogovornice izpostavljali odsotnost možnosti premagovanja kritičnih situacij na načine, ki ne bi vodili v hospitalizacijo.

Poleg tega ključen problem psihiatrične obravnave sogovorniki in sogovornice vidijo v usmerjenosti v medikamentozno terapijo, pri čemer izpostavljajo odsotnost ali težko dostopnost psihoterapevtske in kliničnopsihološke obravnave. Poleg pomanjkanja strokovnega kadra kot največjo težavo izpostavljajo privatizacijo in s tem povezane nedosegljive cene teh storitev: *»Psihoterapija, se pravi, ki je zelo pomembna, je plačljiva. /.../ Zdaj cene so različne. Razumem, da morajo tudi psihoterapevti živeti, ampak je plačljivo in veliko družin, ljudi v naši državi si tega ne more privoščiti. Še posebej mati samohranilk, študentov, upokojencev /.../ Prvič, jih je malo, predvsem pa gre za to, da so recimo cene nekje, kolikor mi poznamo, od 40 do 100 evrov, šolska ura. Zdaj si pa predstavljajte, da to ni enkrat na mesec obisk pri psihoterapevtu, če hočeš kaj iz sebe narediti oz. on iz tebe, ampak da je to tedensko. To se pravi, to je za nas nemogoče in zato še vedno pristajamo izključno na zdravilih«* (uporabnica društvo Dam, Celje).

Podobno kot je v zdravstvenem sistemu marginalizirana pomoč za osebe s težavami v duševnem zdravju, pa so v zdravstvenih ustanovah pogosto marginalizirani tudi njihovi problemi. Tako kot druge »ranljive« skupine tudi tu sogovorniki in sogovornice poročajo o nerazumevanju in slabi komunikaciji z zdravstvenimi delavci: *»S: Kakšne so bile vaše izkušnje z zdravstvenimi delavci, ko ste hodili na preglede? U: Ne vem, kot da me ne razumejo, takšen občutek sem imel. Sem že bil dosadan zdravnikom. Takšen občutek sem imel. /.../ ignorirajo potrebe bolnikov«* (uporabnik Šent, Koper); *»Ljudje s težavami v duševnem zdravju imajo problem pri komunikaciji z zdravstvenim osebjem, ker jih ti ne jemljejo resno oziroma vse pripisujejo psihičnim težavam«* (zaposlena na CSD, Koper). Sogovorniki razlog za to vidijo predvsem v slabem poznavanju področja duševnega zdravja in premajhni informiranosti

zdravnikov o psihičnih težavah svojih bolnikov. Do sorodnih ugotovitev o ovirah oseb z duševnimi težavami pri zdravniku pride Darinka Klančar (39), ki poudarja, da bi si zdravnik moral zagotoviti »spremljanje bolnika ter veliko občutljivost za zaznavanje in iskanje novih simptomov.«, obenem pa je pomembno, da »dobro pozna svoje opredeljene bolnike, njihov življenjski slog, družine, iz katerih izhajajo in v katerih živijo.«

3.6 Romi

Odnos do Romov vsaki družbi predstavlja ogledalo, ki kaže na stopnjo ksenofobije in rasizma v njej. Rasističen odnos do Romov je v Sloveniji že dolgo znan pojav, a kljub mnogim ukrepom in pobudam, ni, vsaj na Dolenjskem, opaziti vidnih sprememb. Izključenost Romov se kaže na mnogih področjih: od izobraževalnega sistema (40) do zaposlovanja (41) in dostopa do najbolj osnovnih virov, kot so pitna voda in urejen sistem kanalizacije (42). Posledično mnogi Romi ponotranjijo družbene predsodke, kar še poglobi prepad med romskimi skupnostmi in ostalimi prebivalci. Čeprav imajo v romskih skupnostih nekatere drugačne kulturne navade, mnogi konflikti ne nastanejo zgolj zaradi njih, temveč zavoljo nepripravljenosti večinskega prebivalstva na sobivanje in dialog z romskim prebivalstvom.

Tudi raziskave o zdravju Romov kažejo na to nepripravljenost, saj njihove zdravstvene težave večinoma obravnavajo skozi prizmo hegemoničnega zdravstvenega diskurza večinskega prebivalstva. Pomembno pa je, da se avtorji vse pogosteje zavedajo omejitve takega pristopa in vzvišeno, distancirano kritiko nezdravega življenjskega sloga Romov vedno bolj zamenjujejo s terenskim delom, v katerem skupaj z Romi razmišljajo o razlogih za tak slog življenja.

Kot kažejo intervjuji z Romi in Rominjami, pa tudi pogovori z nekaterimi zaposlenimi v nevladnih organizacijah in javnih ustanovah, se večplastna izključenost odraža v visoki stopnji brezposelnosti in posledično pomanjkanju finančnih sredstev, neustreznih bivanjskih in higienskih pogojev ter nekvalitetni prehrani (42). Na splošno sogovorniki in sogovornice med Romi opažajo, da imajo v njihovih skupnostih otroci in odrasli veliko zdravstvenih težav, pri čemer ugotavljajo, da redki med njimi dočakajo starost. To potrjuje tudi raziskava (43), opravljena v Pušči, v kateri je povprečna starost prebivalcev, ki so umrli med 1999 in 2009 vsaj 15 let nižja kot pri ostali populaciji. Ob tem tako sogovorniki in sogovornice kot ostale raziskave (42, 43) izpostavljajo predvsem duševne stiske oziroma »stres«, »težave z živci« in pogoste ginekološke probleme žensk, ki so velikokrat nezdravljene, poleg tega najpogosteje obolevajo za boleznimi dihal (29,3 %), živčevja (17,2 %), obtočil⁴⁶ (12,2 %) (43).

Intervjuvani Romi priznavajo, da redkokdo dovolj poskrbi za svoje zdravje: »*Malo keri. Ges na splošno malo.*« (fokusna skupina; Murska Sobota) in obiščejo zdravnika le v najnujnejših primerih: »*Ges iden samo te, kda me resno stisne.*« (fokusna skupina; Murska Sobota). Čeprav bi na osnovi izkušenj drugih »ranljivih« skupin pričakovali, da so med vzroki za to tudi

⁴⁶Odstotki teh obolenj so med prebivalci Pušče po raziskavi Jureta Horvata (43) naslednji: boleznimi dihal (29,3 %), živčevja (17,2 %), obtočil (12,2 %).

težave z dostopom Romov do zdravstvenega zavarovanja, pa tega opravljena terenska raziskava ne dokazuje⁴⁷. Ključne razloge za to intervjuvani Romi pripisujejo splošnemu nezaupanju, zadržanosti do zdravstvenega sistema, zaradi česar so pogosto manj odzivni na zdravstvene pobude, nasvete in programe.⁴⁸

Na osnovi terenskega gradiva lahko to nezaupanje in zadržanost razumemo predvsem kot reakcijo na občutek izključenosti, ki ga, tako kot v drugih segmentih družbe, doživljajo tudi v zdravstvu. Na osnovi intervjujev bi lahko sklepali, da do občutka izključenosti prihaja zaradi: a) primerov diskriminacije zdravstvenih delavcev do Romov in b) množta kulturnih in jezikovnih nesporazumov.

a) Diskriminacija v zdravstvenih ustanovah

Romi, ki živijo v okolici Novega mesta in Murske Sobote pogosto izpostavljajo izkušnje neenake obravnave v zdravstvenih domovih in bolnišnicah, pri čemer pričajo o manj kvalitetni in problematični zdravstveni obravnavi, ki se v nekaterih situacijah stopnjuje tudi v skrajne oblike diskriminacije. Tak je primer Rominje, ki je rodila v bolnišnici na Dolenjskem v posebni sobi, ki je bila manj primerna od ostalih prostorov in jo je tamkajšnja porodnišnica predvidela samo za Rominje. Kljub posredovanju zagovornika pacientovih pravic, vodstvo bolnišnice svoje odločitve ni želelo spremeniti.

Romi iz okolice Murske Sobote pa, poleg drugih negativnih izkušenj v zdravstvenih institucijah, izpostavljajo problem s službo za nujno medicinsko pomoč, ki jim neredko odtegne pravico do reševalnega vozila, pri čemer jih reševalci zavrnejo z diskriminatornimi opazkami: »če ščej notri prijeti naj prijde z biciklinon ali lastnin prevozom ali peški« (fokusna skupina, Murska Sobota). Posledice so biletudi smrtne: »tak so primer dosta lidij, primer končali. Primer, znan eno par takšnih primerov ka so končali s smrtnin izidon.« (fokusna skupina, Murska Sobota).

b) Kulturni in jezikovni nesporazumi

Tako zdravstveni delavci kot Romi se zavedajo, da je slaba zdravstvena odzivnost teh prebivalcev pogosto posledica kulturnih in jezikovnih nesporazumov, ki so razlog za pomanjkljivo informiranost o zdravstvenih programih in postopkih zdravljenja te populacije: *»Občutek je, da imajo Romi pred zdravstvom kar en strah, sploh se bojijo posega v telo, kot so npr. injekcije, ker pomislijo, kaj pa če je kak strup v njej. /.../ na eni strani je zdravnik za njih neka avtoriteta, gre se k njemu, se ga posluša, točno vedo, zakaj pridejo k njemu. Ko pa zdravnik odredi neke ukrepe, pa sami odločajo, kaj od tega bodo poslušali. Ali ga bodo sploh poslušali. Kot da je še nekaj vmes, kaka druga oseba, ali pa gre za kulturno razmišljanje, ki je močnejše od avtoritete zdravnika«* (zaposlena v RIC, Novo mesto).

⁴⁷Ta problem se, tako kot pri migrantih, pojavlja predvsem pri tistih Romih, ki nimajo urejenega državljanstva in/ali stalnega prebivališča v Sloveniji. Ti ostajajo nevidni tako za sistem zdravstvenega zavarovanja kot tudi za zdravstvene ustanove.

⁴⁸Raziskava na Pušči (43) potrjuje nezaupanje do vseh uradnih ustanov, vključno z zdravstvenimi ustanovami. Pri tem izpostavlja predvsem prikrajšanost otrok za preventivne ukrepe, kar pomembno vpliva na njihovo prihodnost.

Poveden primer kulturnega nesporazuma je, po izjavah sogovornikov, odločitev nekaterih dolenjskih Rominj, da bodo kmalu po porodu novorojenčka pustile v porodnišnici ter se po nekaj dneh vrnila ponj. Osebe, ki vsakodnevno sodelujejo z Romi, to pojasnjujejo z dejstvom, da to osebo običajno doma čakajo še drugi majhni otroci, ki rabijo njeno nego, zato mora dati prednost njim, saj je po njenem mnenju novorojenček v porodnišnici »v dobrih rokah«. Nasprotno pa si zdravstveni delavci in drugi člani skupnosti to gesto razlagajo kot ključen dokaz nemarnosti in brezbržnosti Rominj do svojih otrok.

Podobno kontroverzna za slovenski prostor je tudi navada, da Romi svojega bolnega člana množično obiskujejo v bolnišnici. Gre za neindividualistično, kolektivno razumevanje člana skupnosti, ki se v primeru bolezni in drugih življenjskih težav le potencira: *»Če je nekdo v bolnici, vedno funkcionirajo skupinsko, niso individualisti, želijo biti skupina, nikoli sami. So skupaj pred bolnico, zdravstvenim domom, kamorkoli gredo.«* (zaposlena RIC, Novo mesto). Nasproten temu pa je individualizem, ki predstavlja normo tako v slovenskih zdravstvenih ustanovah kot med večinskim prebivalstvom. Ob pomanjkanju medkulturnih mediatorjev, so Romi pogosto deležne krajše in manj kvalitetne zdravstvene obravnave, saj se na ta način zdravstveni delavci želijo izogniti večjemu številu Romov v zdravstveni ustanovi: *»So taki primeri, ko je imel recimo Rom strelno rano. So zelo hitro opravili z njim in ga odpustili, čeprav bi to zahtevalo več dni hospitalizacije, tako to delajo pri drugih, ki so Slovenci. Njega pa so odpustili še isti dan, ker so se bali, da bi ga prišlo obiskat veliko njegovih sorodnikov«* (zdravnica, Novo mesto).

Kulturno distanco dodatno potencirajo jezikovne ovire. Kot izpostavljajo predvsem Romi iz Pušče, je med starejšimi še vedno precej oseb, ki so nepismeni in ne razumejo dobro slovensko, pa tudi drugi pričajo o množici jezikovnih nesporazumov, ker je zanje izražanje zdravstvenih delavcev pogosto nerazumljivo, podobno latinščini: *»Pa zmes tuj ta latinščina, ka se v latinščini piše in to njen, so opazili ka njen to dela probleme«* (fokusna skupina, Murska Sobota). Posledično sogovorniki in sogovornice poročajo o tem, da Romi ob obisku zdravnika pogosto ne razumejo postopkov zdravljenja, pa tudi ne, katera zdravila jemati in v kakšnih časovnih intervalih. Rezultat je, da zdravila »vržejo proč« in se še težje odločajo za prihodnji obisk zdravnika, ob tem pa se njihove zdravstvene težave večajo.

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

3.7 Osebe z različnimi oblikami oviranosti

Mednarodna klasifikacija oviranosti (MKO)⁴⁹ (46) opredeljuje hendikep kot široko paleto ovir, omejitev različnih aktivnosti in udeleževanja pri vsakodnevnih nalogah v življenju. V tem dokumentu je izrecno poudarjeno, da se ne nanaša na določeno skupino ljudi, ampak na stanja in položaje, ki pomenijo omejitve in v katerih se v določenem trenutku življenja lahko znajde vsak. Posameznikovo funkcioniranje in zmanjšana zmožnost je v dokumentu pojmovana kot dinamična interakcija med zdravstvenimi stanji (bolezni, motnje, poškodbe, travme itd.) in spremljajočimi dejavniki. Spremljajoči dejavniki vključujejo tako osebne dejavnike, kot okoljske dejavnike.

Kot najpogostejše oblike oviranosti so v dokumentu naštet:

- a) okvare gibanja (gibalna oviranost),
- b) okvare čutil (slepota in slabovidnost, gluhotata in naglušnost ter s tem povezane težave pri govoru, gluhoslepota),
- c) motnje v duševnem razvoju,
 - kognitivne motnje zaradi poškodb glave ali možganske kapi,
 - motnje v duševnem zdravju
 - ostale nevrološke motnje (disleksija, epilepsija, multipla skleroza, Parkinsonova bolezen...)
- d) govorne težave.

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) (47) ocenjuje, da približno 15 % svetovnega prebivalstva živi z neko obliko nezmožnosti ali »invalidnosti«. V Evropski uniji po ocenah trpi za lažjo ali težjo obliko hendikepa vsak šesti prebivalec, med starejšimi od 75 let pa jih trpi za določeno vrsto hendikepa več kot tretjina. Za Slovenijo je objavljena ocena na podlagi podatkov iz 2002, da se z najmanj eno od oblik oviranosti spopada 19,5 % prebivalstva (48). Svetovna zdravstvena organizacija izrecno poudarja, da je povsem nedopustna vsakršna diskriminacija na podlagi različnih oblik oviranosti in da je dolžnost vseh družb stalna skrb za to, da ljudje z različnimi omejitvami zaradi hendikepa dobijo vso podporo, ki je potrebna, da se lahko polno izenačijo z ostalimi člani družbe kot polnopravni subjekti. Pri tem ne gre za nikakršne privilegije, ampak za odstranjanje ovir, ki sicer pomenijo neenakopraven položaj ljudi z različnimi oblikami oviranosti.

SZO v svojih dokumentih na podlagi raziskave mednarodne skupine strokovnjakov ugotavlja, da zdravstveni delavci kljub velikemu, skokovitemu razvoju znanja na področju zdravstva v 21. stoletju niso dovolj usposobljeni za podporo ljudem z različnimi oblikami hendikepa, da bi polnopravno uživali pravice, ki izhajajo iz javnozdravstvenih programov (49). SZO izrecno priporoča modificiranje izobraževanja zdravstvenih delavcev tako, da bo zagotovljena holistična oskrba vsakega posameznika po načelih na pacienta usmerjene zdravstvene oskrbe, z naslednjimi cilji:

- pozitivna izkušnja pacienta,
- bio-psiho-socialno-duhovno oskrbljen pacient,
- izboljšani zdravstveni izidi,
- trden zdravstveni sistem,

⁴⁹OZN je to klasifikacijo sprejela kot eno izmed svojih socialnih klasifikacij in jo omenja ter vključuje v svoja Standardna pravila za izenačevanje možnosti oseb s hendikepom. MKF je tako zelo pomembno orodje za uresničevanje konvencij o mednarodnih človekovih pravicah ter uresničevanje državnih zakonodaj.

- izboljšana izmenjava izkušenj in sodelovanja med različnimi strokami, ki sodelujejo pri holistični oskrbi pacienta,
- spremembe in izboljšanje organizacije dela pri izvajanju zdravstvenih storitev (50).

V praksi to pomeni, da je potrebno prepoznati vse ovire, ki jih utegne doživljati posameznik pri dostopanju do zdravstvenih storitev in načrtovati ustrezne ukrepe, prilagojene potrebam posameznika v konkretnem času in prostoru, ne da bi se pustili zavesti stereotipom, pavšalnemu razvrščanju ali se zadovoljili zgolj in samo s predpisanim minimumom podpore.

V Sloveniji žal opredeljujemo osebe z raznovrstnimi oviranostmi in njihove pravice še zmeraj zelo togo in ne sledimo smiselno priporočilom WHO in OZN. Pravni akti in drugi dokumenti, ki se nanašajo na pravice oseb z oviranostmi in urejajo njihove pravice do enakih možnosti, še zmeraj govorijo o »invalidih«⁵⁰. Celotna Ustava Republike Slovenije ohranja pojme »invalidnost«, »prizadetost«⁵¹.

Pravice oseb z oviranostmi so v Sloveniji odvisne od zakona, po katerem oseba pridobi status »invalida«, od deleža telesne ali duševne okvare osebe, vključenosti osebe v obvezna socialna zavarovanja, starosti in podobno. Uradni status »invalida« je močno povezan z oceno zaposljivosti in se predvsem nanaša na pravice do različnih socialnih transferjev. Sodobno gledanje na pravico do premoščanja ovir, ki se pojavljajo v raznih življenjskih situacijah, ter uresničevanje pravic do zdravstvenih storitev, v uradne dokumente in prakso v Sloveniji prodira zelo počasi. Uradnega podatka o skupnem številu oseb s statusom invalida v Sloveniji ni, na Direktoratu za invalide, vojne veterane in žrtve vojnega nasilja⁵² pa ocenjujejo, da je bilo leta 2012 med prebivalstvom okrog 8 % oseb z različnimi oblikami »invalidnosti«⁵³. Pomanjkanje preglednih evidenc oseb, ki imajo različne oblike oviranosti, reprezentativne nevladne organizacije ocenjujejo kot problem⁵⁴, ki zelo zavira njihovo delo, še posebno možnost, da bi proaktivno iskali stike z ljudmi, ki bi potrebovali njihovo pomoč.

Osebe s posebnimi potrebami in različnimi oblikami oviranosti imajo že v izhodišču večje potrebe po zdravstvenem varstvu in oskrbi, aktivnosti v promociji zdravja pa po ocenah SZO le redko naslavljajo te skupine prebivalstva (50). Znano je, da so osnovnim nezmožnostim velikokrat pridružena tudi druga bolezenska stanja (komorbidnost), kot so na primer srčno-žilne bolezni, sladkorna bolezen, povečana tveganja za okužbe, z zdravjem povezana tvegana vedenja ipd.

Osebe z različnimi oblikami oviranosti so pogosto tudi težje zaposljive. To se še zlasti zaostrojuje v pogojih gospodarske krize in recesije. Poleg splošnega problema zaposljivosti pa te ljudi v Sloveniji pestijo še zelo nizke finančne podpore, do katerih so upravičeni zaradi zmanjšane zmožnosti, da bi si sami zaslužili potrebna sredstva za preživljanje. Po mednarodno primerljivi metodologiji ESSPROS so v letu 2010 v Sloveniji izdatki za socialne

⁵⁰ Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97, 66/2000, 24/03, 69/04, 68/06 in 47/13.

⁵¹ 52. člen Ustave izrecno govori o pravicah invalidov.

⁵² Na Ministrstvu za delo, družino in socialne zadeve.

⁵³ Statistični urad RS, spletna stran https://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=5180.

⁵⁴ Na ta problem opozarja zlasti Zveza društev slepih in slabovidnih Slovenije.

prejemke na področju »invalidnosti« znašali 626,4 milijona EUR⁵⁵. Delež teh izdatkov je predstavljal 1,76 % BDP, kar je bilo nižje od povprečja držav EU⁵⁶ (2,25 % BDP)⁵⁷. Nizek delež BDP, ki ga država namenja socialnim prejemkom pomeni, da si osebe z različnimi oblikami oviranosti težje privoščijo osebno asistenco, razne pripomočke in stroške, ki bi jim pomagali premostiti ovire pri dostopanju do javnozdravstvenih storitev, ki jih imajo zaradi hendikepa. Zaradi socialne prikrajšanosti so tako dvakrat ovirani pri dostopu do zdravstvenih storitev in težje prakticirajo zdrav življenjski slog.

Da bi izboljšali način in kakovost življenja tega prebivalstva, je Generalna skupščina Združenih narodov sprejela Standardna pravila za izenačevanje možnosti oseb z različnimi oblikami oviranosti (Resolucija GS OZN 48/96). Slovenija je bila med prvimi državami članicami EU, ki so ratificirale Konvencijo o pravicah invalidov in Opcijski protokol k mednarodni konvenciji o pravicah invalidov, ki sta začela veljati leta 2008. Ukrepi kot so zagotavljanje fizične dostopnosti, enakost pred zakonom, samostojno življenje in vključenost v skupnost, izobraževanje, zdravje, rehabilitacija, delo in zaposlovanje, ustrezna življenjska in socialna varnost, so zapisani v obliki, ki je za države, ki ratificirajo konvencijo, pravno zavezujoča. Slovenija je temu sledila s sprejemom vrste dokumentov – zakonov, predpisov, uredb, resolucij, programov – ki naj bi uredili pravico oseb z različnimi oblikami oviranosti do enakopravnega dostopa do javnih storitev - tudi do zdravstva. Vendar se v praksi žal vsi ti sprejeti dokumenti le delno uresničujejo (51, 52, 53, 54).

Osebe z različnimi oblikami oviranosti se srečujejo s predsodki v okolju in pomanjkljivim poznavanjem in razumevanjem njihovih težav. Pomanjkanje znanja s področja hendikepa in veščin, kako odstranjevati ovire, pesti tudi zdravstvene delavce vseh profilov in prav to je ena poglobitnih ovir, da bi bili ljudje s hendikepom deležni ustrezne podpore pri uveljavljanju svojih pravic do zdravstva. Potreb ljudi z različnimi oblikami oviranosti zdravstveni delavci pogosto ne prepoznavajo, niti niso strokovno usposobljeni za to, da bi pomagali ovire, ki jih imajo, premoščati. Na to opozarjajo že izvedeni projekti na področju zagotavljanja enakih možnosti (52), pa tudi nevladne organizacije.

Podobne ugotovitve izhajajo iz terenske raziskave ter iz dveh delavnic potrebah oseb z različnimi oblikami oviranosti⁵⁸ in anketne raziskave stališč in mnenj reprezentativnih organizacij⁵⁹. Predstavniki Zveze gluhih in naglušnih Slovenije, so v poročilu o delavnici

⁵⁵ Vključeni so izdatki za prejemke, ki so jih prejeli moški stari manj kot 65 let in ženske stare manj kot 60 let.

⁵⁶ Največ sta med evropskimi državami za tovrstne izdatke namenili Danska (4,81 % BDP) in Norveška (4,36 % BDP).

⁵⁷ Statistični urad RS, spletna objava: https://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=5180, vpogled dne 20. 5. 2014

⁵⁸ Prva delavnica »Izkušnje oseb s hendikepom pri dostopanju do zdravstvenih storitev«, je potekala na konferenci projekta »Skupaj za zdravje«, 8.10.2013. Delavnice so se udeležili predstavniki Zveze društev gluhih in naglušnih Slovenije, Zveze društev slepih in slabovidnih Slovenije in Zveze paraplegikov Slovenije. Druga pa je bila 2.7. 2014, kot del programa Poletne šole javnega zdravja 2014 v Moravskih toplicah.

⁵⁹ Anketna raziskava je bila izvedena aprila 2014. Vprašalniki s spremnimi dopisi so bili poslani vsem reprezentativnim organizacijam v Sloveniji z izjemo študentske (študenti kot posebna populacija niso zajeti v projektu Skupaj za zdravje). Izpolnjene vprašalnike je do 14. maja vrnilo pet organizacij: Zveza

zapisali: »Prisotne smo seznanili s težavami, s katerimi se soočamo ljudje z okvarami sluha. /.../ Ugotovili smo, da je naša prepoznavnost v zdravstvu izjemno nizka. Večina udeležencev je prvič slišala za FM sistem, ki bi nam bil sicer v vsakem zdravstvenem domu veliko pomoč. /.../ Nekateri so bili prvič v stiku s tolmačem v znakovni jezik in so šele na delavnici izvedeli, kako poteka sodelovanje s tolmačem.«⁶⁰

Iz pogovorov s sogovorniki in sogovornicami tudi izhaja, da je na videz najlažje reševati ovire, ki pestijo gibalno ovirane – pa še pri tem smo v praksi daleč od stanja, začrtanega v uradno sprejetih dokumentih. Bolj zapletene so ovire zaradi senzoričnih motenj in težav pri govoru, še posebno zahtevno pa je premoščanje ovir zaradi zmanjšanih kognitivnih zmognosti. Intelktualne ali kognitivne motnje so definirane kot podpovprečni IQ in z omejitvami v komunikaciji, skrbi za sebe, socialnih spretnostih in veščinah ter učnih in delovnih aktivnostih. Obstajajo različne stopnje prizadetosti, ki segajo od lažje do težje. Osebe z motnjami v duševnem razvoju (MDR) imajo težave pri učenju in razumevanju. Kot izhaja iz terenske raziskave, se z zelo podobnimi težavami srečujejo tudi ljudje, ki so iz različnih razlogov (bolezni, nesreč itd.) utrpeli poškodbe možganov in imajo zato prizadete kognitivne zmognosti.

Ljudje z intelektualnimi ali kognitivnimi motnjami imajo morda/lahko primanjkljaj v spominu, zaradi česar imajo lahko težave s prepoznavanjem in opisovanjem svojih zdravstvenih težav. Vse to lahko vpliva na enakopravno uživanje zdravstvenih programov, še posebno, če so njihove težave manj očitne ali prikrite, kar se pogosto dogaja. Lažje kognitivne motnje namreč sodijo v skupino tako imenovanih »prikritih invalidnosti«, ki jih je težje opaziti tudi zato, ker jih prizadeti navadno po svojih močeh prikrivajo, nekateri pa so do svojih omejitev nekritični ali pa se jih niti ne zavedajo (55, 56, 57).

Če strnemo ugotovitve iz terenske in anketne raziskave ter obeh delavnic, lahko za osebe z različnimi oblikami oviranosti prepoznamo naslednje ključne ovire:

1. Težave z dostopnostjo

- pomanjkanje prilagojenega javnega prevoza, kar je posebno pereče v odročnih, podeželskih krajih, pomeni za marsikoga hudo oviro,
- zdravstveni domovi in objekti, kjer delajo koncesionarji na področju osnovnega zdravstvenega varstva, pogosto nimajo ustrezno urejenega dostopa do vseh prostorov in storitev za gibalno ovirane ljudi. Zelo pogosta težava so ozki hodniki, ki so hkrati čakalnice: ker ljudje ob stenah sedijo (ali stojijo), je prehod z vozičkom pogosto otežen ali onemogočen, česar pa ni mogoče razbrati iz načrtov stavbe. Pomembno je ugotoviti, kakšna je dejanska raba prostorov. Zelo pogosto so za gibalno ovirane neustrezni sanitarni prostori. Marsikje so neprimerna dvigala, ki ne

društev slepih in slabovidnih Slovenije (ZDSSS), Zveza Sožitje – zveza društev za pomoč osebam z motnjami v duševnem razvoju Slovenije (ZS), Zveza gluhih in naglušnih Slovenije (ZGNS), Društvo distrofikov Slovenije (DDS) in Zveza paraplegikov Slovenije (ZPS).

⁶⁰ Darja Pajk in Boris Horvat, udeleženca delavnice o potrebah oseb s hendikepom v zdravstvu na konferenci Skupaj za zdravje 8. oktobra 2013. Spletni vir: <http://www.auris-kranj.si/index.php/obiskali-smo/593-mednarodna-konferenca-skupaj-za-zdravje>. Vpogled 9.10.2014

omogočajo ustrezne rabe osebam na vozičku, pogosto ni oznak v brajici ali zvočnih informacij o nadstropjih zgradbe,

- pomanjkanje parkirnih prostorov za hendikepirane,
- ljudje, ki imajo spremljevalca (slepi, gluhi), pri sprejemu v ambulanto pogosto nimajo prednosti. Te osebe imajo omejen čas plačanega spremstva in lahko se zgodi, da v času, ko imajo na voljo spremljevalca, ne pridejo na vrsto za pregled. Medicinske sestre, ki sprejema v ambulanto, ostalim čakajočim tudi običajno ne pojasni, zakaj ima oseba s spremljevalcem prednost, zato so ti posamezniki neredko tarča jeze ostalih čakajočih. Kljub spremljevalcu je potrebno spoštovati zasebnost pacienta.
- Če zdravstvena ustanova nima displejev nad vrati, kjer je izpisano ime naslednjega pacienta, ki je na vrsti, so zdravstveni delavci premalo pozorni na to, da pacientov, ki slabo slišijo ali so gluhi, ne kličejo, ampak jih pridejo iskat,
- Obstoječi preventivni programi niso ustrezno prilagojeni, da bi jih bili lahko deležni tudi ljudje z različnimi oviranosti. Posledično se osebe z različnimi oblikami oviranosti izredno redko udeležujejo preventivnih programov – čeprav so do njih enako upravičeni, kot vsi ostali zavarovanci⁶¹.

2. Težave z viri informacij

- Ljudje z različnimi oblikami oviranosti so pogosto mnogo slabše seznanjene s svojim stanjem, s potrebnimi ukrepi in priporočili, celo z zdravili in postopki jemanja predpisane terapije. Praviloma namreč viri informacij o zdravstvenih programih, zdravilih in zdravljenju niso prilagojeni tej populaciji. Poleg tega imajo težave tudi z množično dostopnimi informacijami (v medijih) in so zato slabše seznanjeni tudi s preventivo.
- Velika ovira je lahko neprimerna ureditev in osvetlitev ambulant – pravilna razmestitev v prostoru in kakovostna osvetlitev bistveno vpliva na možnost branja z ustnic, kar je pomembno za gluhe in naglušne.
- Mnogi si ne morejo pomagati s tiskanimi gradivi, ki so priložena zdravilom in navodilom za izvajanje raznih postopkov – za slepe in slabovidne so sploh nerabna, za mnoge pa daleč prezapletena. Ker so navadno ljudje s hendikepom introvertirani in nočejo pokazati svojih specifičnih težav, se zdravstveni delavci pogosto ne zavedajo, da njihovi pacienti ne razumejo navodil ali pa le zelo okvirno. Podobno je s pisnimi izvidi. Tem osebam zato zelo veliko pomeni dodatna pozornost pri razlagah o stanju in potrebnih korakih pri zdravljenju.
- Informacije v zdravstvenih domovih bi morale biti multisenzorične (na primer številke ambulant, napisi, oznake v dvigalih in na stopniščih, smerniki ...), vendar se to dogaja samo izjemoma.

3. Težave pri komunikaciji z zdravstvenim osebjem in drugimi deležniki v procesu

⁶¹ Izvajalke delavnic za spreminjanje življenjskega sloga v okviru Nacionalnega programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni v zdravstvenih domovih v pogovorih na implementacijskih srečanjih redno ugotavljajo, da je k njim napoteni izjemno malo ljudi z oviranostmi, še manj pa je takih, ki se delavnic po napotitvi udeležujejo. Smernice za izvajanje delavnic tudi ne zajemajo prilagoditev za osebe z oviranostmi.

zdravljenja ter odnosu zdravstvenih delavcev do njihovih težav

- Premajhno usposobljenost zdravstvenih delavcev za delo z invalidnimi osebami je ena najhujših ovir, ki jih občutijo tako uporabniki kot zdravstveni delavci.
- Osebe s hendikepom potrebujejo za kakovostno komuniciranje več časa in pozornosti –pomanjkanje časa zaradi preobremenjenosti zdravstvenih delavcev je huda ovira,
- Neredko je opaziti, da zdravstveni delavci ne komunicirajo s pacientom, ampak samo s spremljevalcem. Tudi senzorično ali kognitivno prikrajšana oseba ima pravico do odločanja o sebi v okviru svojih miselnih zmožnosti – pa čeprav za to potrebuje prilagojena pojasnila. V praksi se zelo pogosto dogaja, da zdravstveno osebo bodisi onemogoča prisotnost tolmača ali spremljevalca, ki ga oseba želi, ali pa nasprotno silijo hendikepirane, da je tudi takrat, ko tega ne želijo, poleg spremljevalca – ker se na videz z njim lažje sporazumejo. Ključno bi bilo, da bi se glede tega ravnali po želji pacienta in ne vsiljevali svoje volje.
- Pri stikih z zdravstvenim osebjem osebe z različnimi oblikami oviranosti pogosto pogrešajo odprt, odkritosrčen odnos in pripravljenost, da bi se zdravstveni delavci približali njihovim specifičnim potrebam. Posebno zahtevni so primeri, ko gre za osebe z več težavami hkrati. Posledica pomanjkljivega poznavanja potreb hendikepiranega pacienta je neredko aroganca. Ob nenehnem pomanjkanju časa je to za delavce v zdravstvu velik izziv.
- Med zdravstvenimi delavci je opazno premalo zavedanja, da je slovenski znakovni jezik pogosto prvi jezik povsem gluhih in da imajo pravico do sporazumevanja v tem jeziku, ki jim je najbližji. Pogosto zdravstveni delavci ne vedo, da je uporaba tolmača pravica in da stroške tolmačenja krije zdravstvena zavarovalnica. Niso redki primeri, ko tolmač v slovenski znakovni jezik ni zagotovljen.
- Zdravstveni delavci so premalo seznanjeni z novimi tehničnimi možnostmi za premoščanje ovir in njihovo uporabo, tako na primer s frekvenčno moduliranim radijskim sistemom ali krajše FM sistemom za močno naglušne. Prav tako v postopkih premalo upoštevajo specifične rešitve za določeno oviranost – na primer to, da gluhi ne uporabljajo telefona, ampak drugačne načine sporazumevanja na daljavo. Zdravstveni delavci tudi premalo poznajo bralne pripomočke za slepe in jim ne prilagajajo gradiv, ne poznajo pripomočkov za multisenzorično obveščanje ipd.

3.8 Sklep

Na osnovi vsega zapisanega lahko naštejemo nekaj pomembnih ovir v zdravstvu, s katerimi se soočajo posamezniki in posameznice, ki smo jih na osnovi raziskave uvrstili med zdravstveno marginalizirane skupine. Naj pri tem ponovno poudarimo, da so nekatere izmed teh ovir dobro poznane tudi drugim delom prebivalstva – razlika je predvsem v tem, da so za »ranljive« skupine te ovire pogosto globlje in težje premostljive. Čeprav bomo v spodnjem besedilu izpostavili predvsem zdravstvene ovire, je potrebno imeti v mislih, da so te običajno posledica večplastne izključenosti na drugih področjih (ekonomskem, socialnem, političnem, administrativnem, kulturnem in jezikovnem).

- **Ovire v dostopu do zdravstvenih ustanov**

1. Geografska oddaljenost od zdravstvenih ustanov: »ranljivi« posamezniki in posameznice (brezposelni, prekarni delavci, migranti idr.) so pogosto soočeni z velikimi finančnimi težavami, zato si težko privoščijo poti v kraj, v katerem je zdravstvena ustanova. To oviro še težje premoščajo starejši in/ali kronični bolniki, ki pot tudi fizično težje prenesejo. Za osebe z različnimi oblikami oviranosti v geografsko bolj oddaljenih krajih je dodatna ovira pomanjkanje prilagojenega javnega prevoza.
2. Nepripravljenost zdravstvenih ustanov za osebe z različnimi oblikami oviranosti: gibalno ovirane osebe (pa tudi druge) pogosto nimajo ustrezno urejenega dostopa do vseh prostorov in zdravstvenih storitev.
3. Dolge čakalne dobe.
4. (Pre)draga doplačila za zdravstvene storitve in zdravila: za vse obravnavane »ranljive« skupine velja, da so zanje - tudi v primeru urejenega zdravstvenega zavarovanja (OZZ in DZZ) - dodatna plačila za zdravila in zdravstvene storitve (npr. zobozdravstvene, ortopedske pripomočke idr.), povezana s previsokimi stroški. Posledično si jih mnogi ne morejo privoščiti, zato ostanejo brez (nujno) potrebnega zdravljenja.
5. Težko dostopno ali nedostopno zdravstveno zavarovanje, zaradi:
 - f) povezovanja denarne socialne pomoči (DSP) in osnovnega zdravstvenega zavarovanja (OZZ). Mnoge »ranljive« osebe (brezposelni, propadli samozaposleni, brezdomni, uporabniki nedovoljenih drog) živijo pod pragom revščine, a zaradi vse strožjih kriterijev za upravičenost do prejemanja DSP ne zadostijo tem kriterijem, posledično pa niso upravičeni do OZZ, ki ga krije občinski proračun;
 - g) zaradi zastarelega sistema zdravstvenega zavarovanja, ki ni prilagojeno naraščajočemu številu delavcev v negotovih oblikah zaposlitve. Prekarni delavci in samozaposleni z nizkimi finančnimi prilivi odvajajo od avtorskih in podjetniških pogodb delež (6,36 %) v zdravstveno blagajno, kar pa jim ne daje pravice do OZZ, temveč le pravice do kritja stroškov v primeru nezgode na delovnem mestu, zaradi česar lahko vstopajo v sistem zdravstvenega zavarovanja le kot samoplačniki;
 - h) določila o »zamrzovanju« oziroma »zadrževanju pravice do zdravstvenih storitev«, ki predvideva, da se lahko oseba, ki ni poravnala prispevkov za zdravstveno zavarovanje (OZZ in/ali DZZ), zavaruje le, če za nazaj poravnava svoj dolg. V primeru DZZ se zaradi neplačevanja prispevkov premija poviša. Za mnoge »ranljive« posameznike (brezposelne, prekarne delavce, samozaposlene, migrante idr.), ki običajno ne zmorejo plačevati prispevkov sproti, pomeni zadolževanje pri zdravstvenih zavarovalnicah dodatno poglobljanje revščine;
 - i) administrativnih preprek in nespoštovanja zakonskih določil:

- Številne brezdomne osebe, ki imajo po zakonu pravico do prijave stalnega prebivanja na naslovu ustanove, ki jim nudi materialno pomoč (CSD, RK, Karitas idr.), te pravice ne morejo udejanjiti. Brez naslova stalnega prebivanja pa ne morejo pridobiti pravice do OZZ, ki bi jim bilo krito iz občinskega proračuna;
 - Otroci migrantov, ki imajo v Sloveniji dovoljenje za zadrževanje ali za začasno bivanje in niso zaposleni, pogosto nimajo dostopa do OZZ, čeprav po zakonu vsem otrokom do 18. leta v Sloveniji pripada pravica do OZZ.
- j) izključenosti določenih kategorij migrantov (nedokumentirani migranti, prosilci za mednarodno zaščito, osebe z dovoljenjem za zadrževanje, nezaposlene osebe z dovoljenjem za začasno bivanje), ki nimajo dostopa do OZZ, zato se lahko v Sloveniji zavarujejo le preko komercialnih zavarovanj. Za mnoge predstavlja to previsok strošek, zato ostajajo nezavarovani.

- **Ovire znotraj zdravstvenih ustanov**

1. Oviran dostop do nujne medicinske pomoči:

- čeprav je po zakonu vsakdo, ne glede na zdravstveno zavarovanje, lahko deležen brezplačnega nujnega zdravljenja, v nekaterih primerih zdravstveni delavci nezavarovanim osebam zdravljenje odrečejo ali jih obravnavajo kot samoplačnike, kljub temu, da gre za nujno zdravljenje;
- v primeru, da oseba ni zmožna plačati stroškov zdravljenja, ki se izkaže za nenujno, mora zdravstvena ustanova sprožiti dolgotrajen postopek izterjave od posameznika, šele nato Ministrstvo za zdravje povrne stroške zdravljenja, a ne tudi stroškov postopka izterjave. Za zdravstvene ustanove to pomeni veliko dodatnega administrativnega dela in visoke izdatke.

2. Pomanjkanje strokovnega kadra: zaradi pomanjkanja strokovnega kadra (npr. pedopsihiatrov, kliničnih psihologov, psihoterapevtov) imajo določene »ranljive« skupine (osebe s težavami v duševnem zdravju) oviran dostop do kvalitetne strokovne obravnave.

3. Neenaka obravnava »ranljivih« skupin: vse obravnavane »ranljive« skupine so poročale o primerih neenake, diskriminatorne obravnave v zdravstvenih ustanovah. Pogosto je taka obravnava posledica nepoznavanja in neinformiranosti zdravstvenih delavcev o specifičnih težavah in potrebah »ranljivih« posameznikov in posameznic, ki se običajno odzivajo z nezaupanjem do zdravstvenih delavcev, izogibajo zdravstvenim ustanovam in odlašajo z zdravljenjem.

4. Kulturni in jezikovni nesporazumi:

- zaradi nepoznavanja kulturnega ozadja in pomanjkanja kulturne kompetence zdravstvenih delavcev prihaja pri določenih »ranljivih« skupinah (migranti, Romi) do vrste kulturnih nesporazumov, ki dodatno poglobljajo kulturno distanco in prispevajo k negativnim izkušnjam posameznikov z zdravstvenim sistemom;
- zaradi odsotnosti usposobljenih tolmačev in/ali prevajalcev v zdravstvenih ustanovah se med zdravstveni delavci in nekaterimi »ranljivimi« skupinami (migranti, Romi, osebe z različnimi oblikami oviranosti) pojavljajo jezikovne ovire ter vrsta jezikovnih nesporazumov, ki prispevajo k manj kvalitetni zdravstveni obravnavi.

- **Ovire v dostopu do preventivnih programov**

Večina obravnavanih »ranljivih« skupin ima težave z dostopom do OZZ, zato mnogi posamezniki in posameznice niso vključeni v preventivne programe. Čeprav se bi preventivnih programov načeloma želeli udeležiti, pa posvečajo predvsem pozornost reševanju ovir, da bi imeli dostop do najbolj osnovnih zdravstvenih potreb. Poleg tega nekateri (npr. Romi, osebe z različnimi oblikami oviranosti) poudarjajo, da so obstoječi preventivni programi zanje premalo dostopni tudi zaradi jezikovnih in kulturnih ovir, drugi (npr. prekarni delavci) pa izpostavljajo pomanjkanje preventivnih programov, ki bi se bolj odzivali na njihove potrebe.

Viri:

1. Leskovšek, Evita. 2007, 'Javnozdravstveni vidiki obravnave ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva.' V: *Javnozdravstveni vidiki obravnave ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Str. 8-13.
2. Zaletel-Kragelj, Lijana, 2012. Uvod v javno zdravje. Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje. Dostopno na: <http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/d3d7d59106665573c5fe1076e6d0839b.pdf>.
3. Holtz, Timothy H., Seth M. Holmes, Scott Stonington in Leon Eisenberg. 2006. Health is Still Social: Contemporary Examples in the Age of the Genome. *PLoS Medicine* 3(10): 1663-1666.
4. Javnozdravstveni vidiki obravnave ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2007.
5. Maučec Zakotnik J, Tomšič S, Kofol Bric T, Korošec A, Zaletel Kragelj L. Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije – trendi v raziskavah CINDI 2001-2004-2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2012.
6. Kraševac Ravnik, Erna. 1996. 'Zdravje socialno ogroženih in brezposelnih.' V: Erna Kraševac Ravnik,

ur. *Varovanje zdravja posebnih družbenih skupin v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja in Slovenska fondacija. Str. 43–72.

7. Beland F, Birch S, Stoddart G. Unemployment and health: contextual-level influences on the production of health in populations. *Social Science & Medicine*, 2002; 55: 2033 – 2052.

8. Galo WT, Bradley EH, Siegel M, Kasl SV. Health Effects of Involuntary Job Loss Among Older Workers: Findings From the Health and Retirement Survey. *Journal of Gerontology*, 2000; 55B (3): S131 – S140.

9. Dahlgren G, Whitehead M. European Strategies fo tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. WHO, 2006.

10. Dahlgren G, Whitehead M. European Strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. WHO, 2006.

11. Schofield D. The impact of employment and hours of work on health status and health service use. Discussion Paper No. 11. Canberra: National Centre for Social and Economic Modelling, 1996.

12. Mathers CD, Schofield DJ. 'The health consequences of unemployment: the evidence. *The Medical Journal of Australia*', 1998; 168: 178 – 182.

13. Coppins T, Skinner D. Effect of Combining Cognitive Behavioural Therapy With a Lifestyle Program in Assisting the Unemployed: A Pilot Program. *Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, 2008; 14 (1): 36 – 52.

14. Eliason M, Storrie D. Job loss is bad for your health – Swedish evidence on cause-specific hospitalization following involuntary job loss. *Social Science & Medicine*, 2009; 68 (8): 1396 – 1406.

15. Hlastan Ribič C. et al. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije: rezultati raziskave Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije 2008 - z zdravjem povezan vedenjski slog. Ljubljana : Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2010.

16. Statistični urad Republike Slovenije. Aktivno prebivalstvo, Slovenija, marec 2014 - končni podatki . http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=6241 (16.5.2014)

17. Lorey I. Governmentality and Self-Precarization. On the Normalization of Cultural Producers. Pridobljeno 2.9.2013 s spletne strain: <http://eipcp.net/transversal/1106/lorey/en/print>.

18. First Stutterings of "Precarias a la Deriva". Pridobljeno 15.6.2013 sspletne strani: http://www.sindominio.net/karakola/antigua_casa/precarias/balbucesos-english.htm.

19. Prekarni osir. Fokusnes kupine in diskusije, 2012 -2013. Neobjavljeno gradivo.

20. Lipovec Čebren, Uršula, 2010 'Slepa pega evropskega zdravstva: analiza nekaterih vidikov zdravja migrantov.' V: *Migranti v Sloveniji – med integracijo in alienacijo*. Karmen Medica, Goran Lukič in Milan Bufon, ur. Koper: Založba Annales. Str. 51-87.

21. Mladovsky, Philipa 2007 »Migrant health in the EU.« *Eurohealth* 13(1): 9–13.

22. Bofulin, Martina in Romana Bešter, 2010, 'Enako zdravstvo za vse?: imigranti v slovenskem zdravstvenem sistemu.' V: *Državljeni tretjih držav ali tretjerazredni državljani?: integracija državljanov tretjih držav v Sloveniji*. Mojca Medvešek in Romana Bešter, ur. Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja. Str. 270-311.
23. Helman, Cecil, 2007, *Culture, Health and Illness*. New York: Oxford University Press.
24. T-Share, 2011, 'T-SHaRE Transcultural Standards and Guidelines for Practice and Training'. Neobjavljeno projektno poročilo.
25. Castañeda, Heide, 2008, 'Perspectives on Gender, Health Care, and Illegal Migration in Germany and the United States.' V: *Gender and Illegal Migration in Global and Historical Perspective*, Marlou Schrover, Joanne van der Leun, Leo Lucassen, and Chris Quispel, ur. Amsterdam: IMISCOE/Amsterdam University Press. Str. 171-188.
26. Fassin, Didier in Estelle D'Halluin, 2005, 'The Truth from the Body: Medical Certificates as Ultimate Evidence for Asylum Seekers.' *American Anthropologist* 107(4): 597-608.
27. Calavita, Kitty, 2005, *Immigrants at the Margins: Law, Race, and Exclusion in the Southern Europe*. Cambridge: Cambridge University Press.
28. Holmes, Seth M., 2006, 'An Ethnographic Study of the Social Context of Migrant Health in the United States.' *PLoS Medicine* 3(10): 1776-1793.
29. Brovč, Majda, Janja Ahčin, Marija Šlajpah in Danica Rotar-Pavlič, 2009, 'Ekonomski imigranti v Sloveniji in njihova stališča o boleznih – kvalitativna raziskava.' *Zdravstvenovarstvo* 48(1): 26-32.
30. Integracijski paket za brezposelne migrante, prosilce za azil in begunce, 2012, 'Poročilo.' Neobjavljeno gradivo. Ljubljana: ZSSS.
31. Ticktin M. 2006. 'Where ethics and politics meet: The violence of humanitarianism in France'. *American Ethnologist*, let. 33, št. 1, str. 33-49.
32. Lipovec Čebren, Uršula, 2009, 'Od kulture nezaupanja do selektivnega sočutja: prosilci in prosilke za mednarodno zaščito v slovenskem zdravstvenem sistemu.' *Časopis za kritiko znanosti* 37(235-236): 190-202.
33. Lipovec Čebren, Uršula, 2011 'The Construction of a Health Uninsured: People without Medical Citizenship as Seen by Some Slovene Health Workers.' *Studiaethnologicacroatica* 22(1): 187-212.
34. Lipovec Čebren, Uršula, 2012 'Izbrisani prebivalci brez zdravstvenega državljanstva: medicinskoantropološka študija.' Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta. Neobjavljena doktorska disertacija.
35. Krek, Milan, 2010, *Ko si na dnu*. Koper: Zavod za zdravstveno varstvo Koper.
36. Razpotnik, Špela in Bojan Dekleva, 2009 *Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

37. Shaw, Mary Danny Dorling in George Davey Smith, 2006, 'Poverty, social exclusion, and minorities.' V: *Social Determinants of Health*. Michael Marmot in Richard G. Wilkinson, ur. Oxford in New York: Oxford University Press. Str. 196-223.
38. Nolimal, Dušan, 1999, 'Terensko delo z uživalci drog.' *Socialno delo* let. 38, št. 4-6, str.293-297.
39. Klančar, Darinka, 2007, 'Bolnik z duševno boleznijo v očeh zdravnika družinske medicine.' V: *Javnozdravstveni vidiki obravnave ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Str. 85-92.
40. Bon, Jurij, 2007, 'Stigma bolnikov s psihotičnimi motnjami.' V: *Javnozdravstveni vidiki obravnave ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Str. 93-96.
41. Klopčič, Vera, 2010, 'Položaj Romov v Sloveniji in v Evropi.' V: *Romi in zdravje*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Str. 23-28.
42. Korpič Horvat, Etelka, 2010, 'Zaposlovanje Romov v Sloveniji.' V: *Romi in zdravje*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Str. 37-40.
43. Amnesty International, 2011, 'Vzporedna življenja.' Amnesty International Slovenija. Dostopno na: http://www.amnesty.si/media/uploads/files/vzporedna_zivljenja.pdf.
44. Belović, Branislava, 2010, 'Življenjski slog romske populacije – osnova za programe krepitev zdravja.' V: *Romi in zdravje*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Str. 57-60.
45. Horvat, Jure, 2014, 'Slika zdravja Romov v naselju Pušča v Pomurju, prispevek na 4. Nacionalni konferenca o zdravju Romov.' Neobjavljen prispevek na konferenci.
46. Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (International Classification of Functioning, Disability and Health), 2006, Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ RS) in Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo (IRSR).
47. World Health Organisation, 2011, 'World report on disability.' Pridobljeno 9.10.2014 s spletne strani http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/.
48. World Health Organisation, 2011, 'World report on disability. Technical appendix A.' Pridobljeno 9.10.2014 s spletne strani http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/.
49. Frenk J., Chen L., Bhutta Z., Cohen J., Crisp N., Fineberg H., et.al., 2010, Health professionals for a New century: transforming education to strengthen health systems in an independent world. *Lancet* 376. Str. 1923-1958.
50. World Health Organization, 2013, 'How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment.'. Geneva: WHO.
51. Sendi Richard et al., 2012, Spletni vodnik za invalide in tehnično orodje za ocenjevanje dostopnosti objektov v javni rabi. Urbani izziv, Posebna izdaja. Str. 98-115

52. Sendi Richard, Kobal Barbara, 2010, (Ne)Dostopna Slovenija? Grajene in komunikacijske ovire, s katerimi se srečujejo invalidi. Ljubljana: Urbanistični inštitut Republike Slovenije in Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.
53. Marčič Renata, Smolej Simona, Dremelj Polona, Kobal Tomc Barbara, 2011, Vmesna evalvacija Akcijskega programa za invalide 2007 – 2013. Končno poročilo. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo
54. Invalidi in osebe z zmanjšano mobilnostjo v javnem potniškem prometu - Priročnik za prevoznike, 2014, Ljubljana: Ministrstvo za infrastrukturo in prostor, Direktorat za promet. Spletna verzija: http://www.mzip.gov.si/si/delovna_podrocja/promet/javni_potniski_promet/.
55. Marušič Andrej in Temnik Sanja, 2009, Javno duševno zdravje. Celje: Celjska Mohorjeva družba, Društvo Mohorjeva družba, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije Univerze na Primorskem.
56. Michael Jonathan, 2008, Health care for All: Report of the independent inquiry into access to healthcare for people with learning disabilities. London : National Health Service
57. Rimmer JH, Braddock D. ,2002, Health promotion for people with physical, cognitive and sensory disabilities: An emerging national priority. *American Journal of Health Promotion*, 16 (4): 220-4, ii

4 OCENA POTREB IN STANJA: (ZDRAVI) ODRASLI IN KRONIČNI BOLNIKI

Poglavje uredila: Jana Šimenc

Gradivo prispevali:

Jana Šimenc, izsledki kvalitativne raziskave

Borut Jug za DSK za samooskrbo srčno-žilnih bolezni

Nataša Sedlar za DSK za samooskrbo depresije

Tjaša Knific, Janet Klara Djomba, Miroljub Jakovljevič za DSK za samooskrbo funkcijske manjzmožnosti

Poglavje je sinteza kritičnih pogledov in aktualnih razmišljanj tako uporabnikov preventivnih programov za odrasle kot stroke, saj vsebuje:

- a) ključne izsledke kvalitativne raziskave »Ocena potreb uporabnikov preventivnih programov«, ki je bila za namen projekta »Skupaj za zdravje« izpeljana med zdravimi odraslimi, kronično bolnimi ter ranljivimi skupinami;
- b) stališča za namen projekta oblikovanih delovnih strokovnih skupin o sekundarni preventivi in samooskrbi bolnikov s srčno-žilnimi boleznimi, sladkorno boleznijo tipa 2, depresijo ter starostnikov s funkcijsko manjzmožnostjo.

KVALITATIVNA RAZISKAVA

Aprila, maja in junija 2014 je bila po Sloveniji izvedena kvalitativna raziskava »Ocena potreb uporabnikov preventivnih programov« z dvema ciljnim skupinama: zdravo odraslo populacijo ter kroničnimi bolniki. Načrt izvedbe raziskave je bil razvit v skladu s projektnimi zahtevami. Uporabljena je bila metoda izvajanja fokusnih skupin. Skupine so bile izpeljane s pomočjo vprašalnika, ki je deloval kot ogrodje za pol-strukturirane pogovore in je dovoljeval prilagajanje specifičnim (tako krajevnim kot bolezenskim in drugim) okoliščinam. Vsem sodelujočim je bila zagotovljena anonimnost.

DELOVNE SKUPINE

V sklopu projekta so bile za kritično oceno stanja in nadgradnjo preventive kroničnih bolnikov izoblikovane delovne skupine strokovnjakov po posameznih področjih: srčno-žilne bolezni, diabetes tipa 2, depresija in funkcijska manjzmožnost. Predstavljene so ključne ugotovitve in priporočila posameznih delovnih skupin.

RAZISKAVA OCENA POTREB ZDRAVIH ODRASLIH V PREVENTIVNIH PROGRAMIH

Raziskava je bila osredotočena na področje podpiranja zmanjšanja pojavljanja kroničnih nenalezljivih bolezni, ki so povezane z nezdravim življenjskim slogom. K sodelovanju v raziskavi so bili vabljeni odrasli, tako moški kot ženske v starosti od 25 do 70 let, ki niso kronični bolniki. V sodelovanju z območnimi enotami Nacionalnega inštituta za javno zdravje ter zunanjimi sodelavci je bilo izpeljanih devet fokusnih skupin v več krajih Slovenije: v Ljubljani, Gornjih Petrovcih, Sevnici, Celju, Šentrupertu (pri Novem mestu), Kalu nad Kanalom, Mariboru, Kropi ter Radljah ob Dravi. Zajeli smo mnenja, izkušnje in potrebe 76 sogovornikov. Fokusni skupini v Ljubljani in Mariboru sta bili izvedeni s sodelujočimi iz urbanega okolja. Na preostale pogovore pa so bili načrtno vabljeni predvsem prebivalci iz ruralnih (oziroma bolj odročnih) geografskih območij. Skoraj vsi sodelujoči pri fokusnih skupinah so bili zelo zdravstveno motivirani, aktivni in osveščeni.

Zanimivo je, da so v raziskavi glasovi zdravih odraslih (predvsem moških) v starostnem obdobju od 25 do 34 let zajeti v manjšini. A tako mlajše moške kot tudi mlajše ženske je bilo težko (oziroma nemogoče) motivirati za sodelovanje pri fokusnih skupinah. Okoliščine nakazujejo na nezanimanje mlajše, zdrave, delovne populacije za institucionalno zdravstveno preventivo.

4.1 Izsledki raziskave »Ocena potreb (zdravih) odraslih v preventivnih programih«

Raziskava nakazuje, da je preventivna medicina izjemno kompleksna in široka dejavnost. Umeščena je v širše družbene kontekste, ki presegajo zgolj odnos med posameznikom in preventivnim zdravstvenim varstvom: razumeti jo je potrebno znotraj kontekstov obstoječih družbenih, predvsem zdravstvenih razmer in sistema.

Najpogosteje izpostavljene kritike in potrebe (tako zdravih odraslih kot kronično bolnih) so se navezovala na obstoječi zdravstveni sistem; predvsem na varčevalne ukrepe (ki jih občutijo, saj obseg plačljivih storitev in doplačil narašča, pogostost pregledov ter terapij pa zmanjšuje), nepovezanost med institucijami, birokratske zaplete ter skrhane medosebne odnose v zdravstvu. Tudi če upoštevamo že folklorno jamranje nad zdravstvom v Sloveniji, konkretne izkušnje pripovedovalcev potrjujejo, da je ena ključnih in temeljnih potreb uporabnikov izboljšana komunikacija z zdravstvenim osebjem. Uporabnike moti predvsem površna in hitra obravnava pri osebnem zdravniku (ki ima čas omejen na minute) ter številni komunikacijski šumi oziroma površna, hitra komunikacija. A vendar uporabniki kljub zgoraj navedeni obremenjenosti zdravstvenih delavcev omenjajo tudi precej dobrih in pozitivnih izkušenj pri obravnavi v zdravstvu.

Druga temeljna potreba vseh uporabnikov je izboljšana ter enakopravnejši dostop do specialističnih obravnav in pregledov. Uporabniki, ki imajo izkušnje z udeležbo na preventivnih pregledih, namreč navajajo problematiko dolgih čakalnih vrst za specialiste: v

primeru, da se pri preventivnem pregledu nakaže potreba po dodatnih preiskavah in obiskom pri zdravniku specialistu, so čakalne dobe za marsikatero specialistično obravnavo nesprejemljivo dolge. Po drugi strani si finančno zmogljivejši posamezniki lahko privoščijo takojšnjo (oziroma s kratko čakalno dobo) obravnavo proti plačilu pri zasebnem izvajalcu. Menijo, da v sodobnosti zdravje lahko enačimo z denarjem: denar omogoča dostop do vseh storitev za zdravljenje. Neredko omenjajo tudi pomen zvez in poznanstev, ki prav tako omogočajo preskakovanje čakalnih vrst.

»... in tko, de zdravje zdej je za denar, če maš denar, maš vse ...«.

Rezultati s terana kažejo, da je udeležba in zanimanje za preventivne programe raznoliko. Raziskava je namreč pokazala, da ima vsak sodelujoči kraj geografske in družbene specifičnosti, ki se posledično lahko kažejo tudi pri udeleževanju v preventivnih programih: npr. v večjih urbanih središčih (kot sta Ljubljana in Maribor) se v množtvu rekreativnih in komercialnih (zdravstvenih) prireditvev, delavnic in predavanj informacije glede institucionalnih preventivnih programov lahko izgubijo. Na podeželju je odzivnost ter udeležba uporabnikov potencialno večja zaradi omejenega in manjšega števila kulturnih, družabnih in zdravstvenih dogodkov. Pri uporabnikih, ki prebivajo v odročnejših krajih, predstavlja ključno dodatno oviro za udeležbo na preventivnih programih strošek poti (oziroma slabe povezave z vrstami javnega prevoza) do večjega mestnega središča, kjer se izvajajo preventivni pregledi ali programi.

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

Uporabniki z odročnejših krajev se glede preventivne zdravstvene oskrbe počutijo zapostavljene oziroma izključene. Več programov je na voljo v večjih središčih (kot so Murska sobota, Trebnje, Nova Gorica, Ljubljana), vendar pravijo, da je to za marsikoga predaleč. Sogovorniki še opozarjajo, da mora marsikdo natančno paziti na finance, da se prebije čez mesec. Pot (kilometrini) pa predstavlja določen strošek in potreben je premislek, če je pot res nujna ali ne. Preventivne aktivnosti ponavadi ne obravnavajo kot nujne.

Nadalje obstaja tudi več vrst »motivatorjev« za udeležbo na preventivnih programih: od Zdravstvenega doma, Občine, Zavoda za zdravstveno varstvo, posameznice ali posameznika (npr. glavna medicinska sestra v ZD, direktor-ica ZD, predsednik lokalnega športnega društva, vidnejši član Rdečega križa ...) do močne ljudske iniciative oziroma »aktivizma«. Uporabniki so tudi spontano navajali, da izven institucionalne preventive obstaja množstvo preventivnih programov in dobrih praks, ki se jih udeležujejo in jih izvajajo razne nevladne organizacije, društva, posamezniki, prostovoljci, občine ... Raziskava nakazuje, da gre za pomembne

kontekste, ki omejujejo preventivne programe ter uporabnike tako motivirajo kot tudi odvrčajo od preventivnega zdravstva.

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

Temeljne potrebe vseh uporabnikov so:

- 1. boljša, prijaznejša komunikacija z zdravstvenim osebjem,**
- 2. več razpoložljivega časa za pogovor in posvet z zdravnikom,**
- 3. hitrejši in enakopravnejši dostop do specialističnih obravnav,**
- 4. zmanjšanje čakalnih dob,**
- 5. izboljšana krajevna dostopnost do preventivnih programov,**
- 6. boljša in uporabnikom prilagojena informiranost glede obstoječih preventivnih programov,**
- 7. učinkovitejši sistem javnega, tako kurativnega kot preventivnega zdravstva.**

Pomembna ugotovitev raziskovalnega terenskega dela je, da osebni zdravnik ostaja avtoriteta: njegova priporočila imajo največjo veljavo in večina bi se odzvala na osebno (ustno, pisno ali elektronsko) zdravnikovo vabilo oziroma priporočilo na preventivni pregled/program.

Osebni zdravnik naj bo ključna vez med uporabniki in preventivnimi programi!

Pri snovanju bodočih programov se je potrebno prilagoditi raznovrstnosti potreb uporabnikom. Za uspeh in dobro udeležbo je ključna tudi krajevna bližina/dostopnost dogodkov ter ustrezni načini obveščanja zelo raznolikih javnosti. Med drugim je potrebno upoštevati okoliščine, da interneta in spletnih tehnologij še ne uporabljajo vsi uporabniki; predvsem starejši so manj vešč pri uporabi spleta oziroma nimajo računalniške opreme. Po drugi strani je življenjskih slog mlajše odrasle populacije močno prepleten z uporabo spleta. Integracija spletnih tehnologij v strategije osveščanja in informiranja javnosti je potrebna, vendar zelo preiščljeno, saj tovrsten način ne doseže celotnega deleža uporabnikov.

Za zmanjševanje neenakosti na področju preventivnega zdravstva je ključen tudi dostop do informacij. Potrebno je razvijati ustreznejše in kompleksnejše pristope v komuniciranju z uporabniki.

OCENA POTREB – ZDRAVI ODRASLI

Raziskava nakazuje, da je zdravje zelo pomembno za vse uporabnike. Pri strategijah ohranjanja dobrega počutja in zdravja dajejo največji poudarek ustrezni prehrani, rednem

gibanju ter obvladovanju stresa. Sogovorniki menijo, da so precej dobro informirani o preventivi. Vsi se strinjajo, da lahko določene bolezni z ustreznim življenjskim slogom preprečimo oziroma premaknemo v kasnejše življenjsko obdobje. A hkrati razmišljajo, da smo omejeni pri nadzoru bolezni, saj vseh potekov dogodkov in bolezni vseeno ne moremo nadzorovati in preprečiti.

»...ne lahko tud živiš zdravo, de si misliš, de je vse uredi, ma glih tko zbolíš, ne«.

» ... marsikaj se da preprečiti, ne. Mogoče ne vse, vse ne, ampak marsikaj«.

Glede informiranosti raziskava nakazuje, da zdrava odrasla populacija, ki tudi po več let ne zaide v zdravstveni dom (ZD), ne zasledi dosti informacij o institucionalnih preventivnih programih oziroma vseh možnostih in razpoložljivih delavnicah, predavanjih, testih in podobnem.

»Ampak jaz pa tole pogrešam; mislim, da nas zdravstvo premalo obvešča, kaj nam to nudi ...«.

V poplavi potrošniško naravnanih in oglaševalsko agresivnejših ponudnikov zdravega življenja se informacije o institucionalnem preventivnem zdravstvu izgubljajo.

Mogoči vzroki za neudeležbo na preventivnih programih so posledice nezaupanja v medicino, neurejenih sistemskih razmer v zdravstvu, dolgih čakalnih vrst za specialiste ter drugih osebnih okoliščin: strahu pred rezultati pregleda ter morebitnemu odkritju obolenja, nezanimanja in ne-posvečanje pozornosti osebnemu zdravju (na podeželju je pogosto prisotna miselnost, ki se vleče od starejših rodov: prvo je delo in potem delo ...; k zdravniku se ne gre kar tako, temveč zgolj v najbolj nujnih primerih; nekateri verjamejo v rek, da »tam te čaka smrt«); uporabniki, ki delajo v tovarnah ali več-izmenskem delu po 10, 12 ur navajajo tudi problem časa ter strahu pred jemanjem bolniške (npr. za udeležbo na preventivnem pregledu), saj se bojijo odpuščanja.

»Kr si bolan si zadaš nalogu, de boš začeu živet drugače, če boš uzdravu. Samu kr pridš n stare tire tu se pozabi«.

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

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

»Ti, ki pa maš tolko cajta, da okol hodiš, prit k men raje pomagat delat.« ... »Mislim, da se je ta miselnost zelo spremenila, 20 let nazaj je blo res tko, v nedeljo si šel, da boš šel na

sprehod, ampak še to do britofa, da smo, uuu, če ti je kdo rekel, da si rekel: »Grem na britof«. Ampak, zdaj pa že tud starejši kmečki ljudje rečejo: »Moram it pa malo na sprehod.«

Zgleden primer dobre prakse je presejalni program Svit. Po mnenju uporabnikov ga odlikuje dobra organizacija, točnost, jasnost v navodilih, osebni način vabljenja, učinkovitost. Med uporabniki je najbolj prepoznaven in izjemno pohvaljen.

POTREBE UPORABNIKOV IN PREDLOGI ZA IZBOLJŠAVE

1. Želijo si boljšega stika in več komunikacije z zdravstvenimi delavci, predvsem zdravniki. V zdravstveni obravnavi je za uspehe s stališča uporabnika (še vedno) najpomembnejši osebni stik, humanost, razumevanje ter dobra komunikacija.
2. Največ zanimanja je za področji zdrave prehrane in gibanja. Želeli bi si tudi delavnice o uporabi zdravih zelišč v preventivne namene, predavanja o demenci, preventivi glede rakavih obolenj.
3. Menijo še, da so informacije o preventivi zelo razpršene; moti jih tudi naraščajoča in tržno naravnana ponudba z zdravim življenjem povezanih proizvodov in storitev. Hkrati opažajo, da se tudi strokovne smernice spreminjajo ter da glede določenih tem strokovnjaki nimajo enotnega mnenja. Pogrešajo in predlagajo ustanovitev stične informativne točke, kjer bi lahko pridobili kredibilne podatke o zdravju, zdravih živilih in zdravem življenjskem slogu.
4. Opažajo porast psihičnih težav, tako med mlajšo kot starejšo populacijo. Menijo, da bi bilo dobro več pozornosti nameniti preventivi oziroma osveščanju na področju duševnega zdravja.
5. Ugotavljajo, da je premalo preventive na področju zlorabe alkohola (še posebej v vinorodnih okoliših): alkoholizem je postal del folklore, ne namenja se mu dovolj pozornosti oziroma ne zaznavajo dovolj pomoči svojcem in alkoholikom.
6. V krajih, kjer so bile izpeljane delavnice »Živimo zdravo« so uporabniki zelo zadovoljni in navdušeni nad načinom izvedbe predavanj ter vsebinami. Projekt je imel kratkoročne in dolgoročne pozitivne učinke. Kot ključno pozitivno noto projekta pa navajajo lokacijo izvajanja: projekt se jim je lokacijsko približal in tudi zato je bila udeležba dobra. Povsod, kjer so ga že izvajali, si želijo nadaljevanja oziroma vsebinske nadgradnje.
7. Predlagajo, da bi bili preventivni programi oziroma delavnice manj stroge in bolj fleksibilne glede pogojev za udeležbo z možnostjo vključitve sredi programa in brez starostnih omejitev.
8. Kritični so do programov odvajanja od kajenja, za katere navajajo, da so nepotrebni. Dokaj enotno so vse skupine izražale mnenja, da je prenehanje kajenja odvisno od posameznika, ki mora sprejeti odločitev. Menijo, da obstaja že več drugih ukrepov (npr. opozorila na cigaretnih škatlicah, prepoved kajenja na javnih prostorih ...), pa ljudje še vedno kadijo. Zato menijo, da na se raje kot odvajanju od kajenja nameni več pozornosti drugim preventivnim programom.

9. Izpostavljajo problematičnost starostne meje pri več preventivnih programih: to se jim zdi diskriminatorno; starejši se počutijo izključene. Predlagajo, da se starostne omejitve »raztegnejo« in prilagodijo demografskim trendom podaljševanja življenjske dobe.
10. Izražajo nezadovoljstvo, ker je merjenje gostote kosti plačljivo.
11. Primeri dobre prakse iz socializma so bili redni sistematski pregledi: uporabniki se strinjajo, da bi bilo zelo koristno obnoviti koncept rednih pregledov vsakih 5 let. Sicer je pri navajanju izkušenj z rednimi preventivnimi sistematskimi pregledi zaznati veliko sistemskih razlik in nedoslednosti.
12. Predlagajo intenzivnejši angažmaji stroke na področju osveščanja tako javnosti kot industrije glede vsebnosti sladkorjev v pijačah in soli v prehranskih izdelkih.
13. Priporočajo tudi intenzivnejše in bolj integrirano povezovanje stroke z relevantnimi društvi in nevladnimi organizacijami, ki tudi izvajajo preventivne programe. Predlagajo uvedbo načinov za integracijo obstoječih dobrih praks v institucionalni sistem preventivnega zdravstva.

PRIPOROČILA ZA ODLOČEVALCE

1. Pogoj za dobro udeležbo na preventivnih programih je enostavna dostopnost in krajevna bližina dogodka. Kot nakazuje raziskava je neustrezna predpostavka, da bodo dogodki, ki so organizirani v zdravstvenih domovih oziroma občinskih enotah NIJZ-ja dosegli in dosegljivi vsem enako. Za zmanjševanje neenakosti na področju zdravja bi se morali preventivni programi krajevno bolj približati uporabnikom, ki predlagajo, da bi se npr. za merjenje sladkorja, holesterola, gostote kosti in podobnega organizirale mobilne enote. Priporočajo še, da bi zdravnik oziroma specialist na določene termine prišel k njim (v vas, odročnejše kraje).

»Zdrav življenjski slog je luksuz« ... »Še sploh, če še moraš daleč vozit do nega, ...«.

2. Dodaten ključen pogoj za dobro udeležbo ter tudi zmanjševanje neenakosti je ustrezna informiranost uporabnikov. Načini obveščanja morajo biti prilagojeni raznovrstnosti uporabnikov, kjer je potrebna integracija sodobnih spletnih rešitev ter tradicionalnih oblik obveščanja. Pri snovanju komunikacijskih strategij bi bilo priporočljivosti, da se upošteva še sledeča opažanja s terena: spletne strani zdravstvenega doma uporabniki ne pregleduje z namenom pridobivanja informacij o preventivnih programih. Sogovorniki opažajo, da sta na podeželju zdravnik in župnik še vedno osebi z največjo avtoriteto: njuna sporočila imajo največjo moč mobilizacij ter aktivacije ljudi. Na podeželju je še ključno informiranje preko lokalnih časopisov (ki jih vsi prejmejo v nabiralnike), občine in občinskih oglasnih desk ter tudi preko cerkvenih oznanil. Večina meni, da bi bilo najučinkovitejše obveščanje (tako pisno kot ustno) preko osebnega zdravnika.

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

3. Na podežlju, tudi med kmečkim prebivalstvom, uporabniki opažajo spremembe pri ozaveščenosti glede gibanja, telovadbe. Več ljudi hodi, se udeležuje vadb, bolj pazi na prehrano in podobno. Kljub temu je potrebna kontinuiteta in vztrajanje, tudi tam, kjer takojšnji odzivi ljudi niso najboljši.
4. Za zmanjševanje neenakosti na področju zdravstva bi se sistem moral tudi bolj približati ranljivi (in zgarani) delavski populaciji: npr. z izobraževanji v tovarnah, mobilnimi enotami za meritve, vpeljevanjem obveznih vaj med delovnim časom za ustrežnejšo držo in »zdravo« hrbtenico in podobnim.
5. Izboljšati je potrebno koordinacijo dela in sodelovanje z občinami, zdravstvenimi domovi, centri za javno zdravje, centri za socialno delo, društvi in drugimi nevladnimi organizacijami.

4.2 Izsledki raziskave »Ocena potreb kroničnih bolnikov v preventivnih programih«

OCENA POTREB KRONIČNIH BOLNIKOV V PREVENTIVNIH PROGRAMIH

Raziskava je bila zasnovana z osredotočenjem na tri večje bolezenske skupine: srčno-žilne bolezni, sladkorno bolezen (tipa 2) ter depresijo. Fokusne skupine so bile izpeljane ločeno za posamezna kronična obolenja. V Ljubljani, Celju in Sevnici je bilo izvedenih sedem fokusnih skupin, pri katerih je sodelovalo 66 kronično bolnih. Čeprav je pogosto, da se kronični bolniki soočajo z eno ali več pridruženimi obolenji, področje integracije ter organizacijsko-konceptualnih možnosti nadgradnje celostne preventive ni specifično obravnavano. Pogovori so se osredotočali na vzdrževalne programe pri določenem kroničnem obolenju ter na splošno preventivno zdravstvo. Področje celostne preventive je zato zajeto, kolikor so ga udeleženci sami izpostavili.

Preslikava stanja s terena ne daje slike systemskega in celovitega pristopa pri programih sekundarne preventive pri kroničnih bolnikih. Obstajajo pa posamični izjemni primeri dobrih praks, tudi integrativne preventive ter odličnega (zgodnega) sodelovanja med medicinsko stroko ter društvi bolnikov. A tovrstni primeri so večinoma rezultat dela ter iniciativnosti posameznikov v določenem kraju ali regiji.

Kronični bolniki dokaj enotno navajajo, da imajo že tako in tako zaradi primarnega kroničnega obolenja in drugih pridruženih bolezni veliko opravka z zdravili, zdravniki in zdravstvenim sistemom, kar posledično vodi v večje nezanimanje za preventivo. Nadalje menijo, da je tudi stresno neprestano ukvarjat se z zdravjem, je potrebno tudi na kaj drugega mislit.

Raziskava še nakazuje, da pomeni pri kroničnih bolnikih izjemno dodatno vrednost članstvo v društvu bolnikov. Med skupinami so se namreč pokazale pomembne razlike v navezavi na sekundarno preventivno: pri fokusnih skupinah s člani določenega društva so udeleženci veliko bolj informirani o svojem kroničnem obolenju, bolje ga obvladujejo, poznajo potek bolezni ter mogoče zaplete, so opolnomočeni ter veliko bolj motivirani za primarno in sekundarno preventivo. Pogovarjali smo se s člani Koronarnega kluba Ljubljana in Sevnica (s

srčno-žilnimi bolniki), predstavniki društva DAM (Društva za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami) ter člani Društva diabetikov Posavje-Brežice.

Člani Koronarnega kluba Ljubljana menijo, da društvo zadovoljuje vse njihove potrebe glede gibalnih aktivnosti (ki so prilagojene zmožnostim in potrebam), strokovnih predavanj, psihološke pomoči, druženja ter sekundarne preventive. Prepričani so, da klub opravlja izjemno delo z dejanskimi rezultati na področju sekundarne preventive srčno-žilnih bolezni; da gre za izjemen primer dobre prakse, ki na način razbremenjuje institucionalni sistem preventive in bi ga zato morali uradno priznavati in tudi finančno podpreti. Pomembna je tudi okoliščina, da gre pri strukturi članov za starejše starostnike. Koronarni klubi zelo dobro pokrivajo potrebe starejše kronično bolne populacije.

V društvih najdejo tako preventivo (ustrezno vadbo, predavanja, delavnice) kot tudi zelo pomembno druženje, oporo, motivacijo, pomiritev, priložnosti za potovanja (in npr. boljše okrevanje v toplicah) ter medsebojno psihološko podporo. Večina ne ve, kako bi se znašla, kako bi preživela marsikatere kritične in težke trenutke brez podpore društva. Česa podobnega ne dobijo od zdravstvenega sistema, doma, zdravnikov, sester ... Društvo jim zagotavlja popolno preventivno podporo.

»No, pa tut je od velike koristi, ko se med samo pogovarjamo, informacije en od drugega dobivamo, še poleg tistih strokovnih.«

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

Člani klubov opažajo, da jih raznovrstne klubske aktivnosti izjemno podpirajo in motivirajo pri pozitivnih spremembah v življenjskem slogu.

Nasprotno pa se uporabniki, ki niso vključeni v društva, počutijo prepuščeni sami sebi, brez ustrezne podpore, varnosti in izključeni iz sistema. So tudi manj motivirani za primarno in sekundarno preventivo ter dokaj izolirani in manj večji ter samozavestni pri obvladovanju določenega kroničnega obolenja in morebitnih spremljevalnih zdravstvenih zapletov. Za mnoge je bila že izkušnja fokusne skupine zelo pozitivna ter priložnost za pogovor z ljudmi s sorodnimi težavami in problemi (kar bi si želeli, da bi bilo organizirano pogosteje). V izražajo svojih potreb so zelo skromni; ne pričakujejo veliko od institucionalnega preventivnega sistema.

»A veste, to je tak, kirurgi svoje naredijo in potem te odpošljejo. Pol se pa znajdi. Direktno, pri meni je blo tko.«

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

Kot torej nakazuje pripovedovanje udeležencev pri raziskavi, se tudi potrebe članov in nečlanov društev razlikujejo. Kljub temu je mogoče izluščiti (poleg že navedenih temeljnih 7) skupne potrebe uporabnikov vseh kroničnih bolnikov sodelujočih pri fokusnih skupinah.

POTREBE KRONIČNIH BOLNIKOV – SKUPNE

1. Želijo si bolj celostno (integrirano) obravnavo v zdravstvu.
2. Predlagajo večjo integracijo ljudi z izkušnjami kronične bolezni v preventivne programe: posamezniki z izkušnjo bolezni in pridobljenih znanjem bi lahko delovali kot vezni člen med preventivnim zdravstvom ter uporabniki.
3. Priporočajo intenzivnejše in sistemsko povezovanje stroke in preventivnih programov z društvi pacientov. Potrebna bi bila integracija in priznavanje njihovega dela ter drugih dobrih praks znotraj institucionalnega sistema; zaželeno bi bilo tudi nudenje društvom ustrezno strokovno podporo oz. nadgradnjo.
4. Starostne omejitve pri preventivnih pregledih bi se morale ukiniti oziroma prilagoditi demografskim trendom.
5. Predlagajo vzpostavitev posvetovalnic za kronične bolnike po celi Sloveniji (tudi in predvsem v bolj odročnih krajih), kjer se bodo uporabniki lahko „v miru“ posvetovali o stanju, o navzkrižnem delovanju zdravil, o prepletanju in vzdrževanju njihovih bolezni; posvetovalnice ne smejo biti organizirane zgolj v zdravstvenih domovih.
6. Menijo, da bi bilo nujno redno (in bolj sistematično urejeno) osveščanje in informiranje o možnostih sekundarne preventive pri osebnem zdravniku.
7. Prav tako predlagajo sistemsko informiranje bolnikov ob odpustu iz bolnišnice o obstoju podpornih društev bolnikov. Na osnovi osebnih izkušenj pravijo, da je takrat posameznik najbolj prestrašen in tudi dovzeten za informacije, ki bi mu pomagale pri spremembah v življenjskem slogu.
8. Pri kroničnih boleznih so ključni tudi svojci: predlagajo, da se nudi določeno podporo tudi njim z delavnicami, predavanji (npr. kako ravnati, kako obvladovati določene situacije).

»Ja samo nikogar pa ni, da bi preveril, aha tale zdravila si vzela, kaki so učinki, če je v redu, ne če se ti fajn počutiš, al slab, ampak ti si imel prej take izvide, zdaj si jemal tak dolgo zdravila, bomo preverili izvide, kake učinke so imela ta zdravila«.

4.3 Bolezni srca in žilja

Za prepoznavanje stanja in oceno potreb z vidika izvajalcev zdravstvenih storitev je bila izoblikovana projektna delovna strokovna skupina za sekundarno preventivo in samooskrbo srčno-žilnih bolezni, ki se je osredotočila na analizo obstoječega programa rehabilitacije bolnikov po srčnem infarktu ter Nacionalnega programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni.

V Sloveniji imamo dolgoletne izkušnje in razvejano infrastrukturo institucionalnih preventivnih programov, ki pa imajo tudi svoje pomanjkljivosti in jih je zato potrebno nadgraditi. Potrebno j vzpostaviti integriran model, ki bo vseobsegajoče in sistematično zagotavljal preventivne storitve največjemu številu bolnikov z aterosklerozo. Hkrati pa bo tudi omogočal sprotno prilagoditev strokovno-organizacijskih vidikov preventive hitro spreminjajočim načelom akutne in kronične obravnave aterosklerotičnih bolezni.

Aterosklerotične srčno-žilne bolezni so vodilni vzrok obolevnosti in umrljivosti v svetu in pri nas. Raziskave dokazujejo, da preventivni ukrepi pri bolnikih z aterosklerozo zmanjšujejo stopnjo obolevnosti in umrljivosti.

V obstoječem modelu rehabilitacije bolnikov po srčnem infarktu, ki predstavlja vsebinski model z vidika potrebnih razsežnosti sekundarnopreventivne oskrbe bolnikov, je mogoče opaziti sledeče vrzeli:

1. Spremenjen način zdravljenja koronarne bolezni v akutni fazi (kratkotrajnost hospitalizacije in razrešitev srčnomišične ishemije/nekroze, zaradi česar se v ospredje postavlja obvladovanje možnih vzrokov ter dolgoročnih posledic in zapletov ateroskleroze) ter potrebe po dolgoročnejši oskrbi (kratkotrajna hospitalizacija v akutni fazi breme oskrbe preveša na ambulantno obravnavo, obenem je obvladanost dejavnikov tveganja, zlasti tistih, ki so povezani z življenjskih slogom, izrazitejša, če je posameznik vključen v dolgoročni preventivni program) zahtevajo prilagoditve in nadgradnjo, tako z vidika vsebin, kot z vidika forme in racionalne izrabe sredstev.
2. Vzdržnost obstoječega modela, ki je v luči racionalizacijskih ukrepov doživel finančno prevrednotenje s strani plačnika zdravstvenih storitev, je vprašljiva.
3. Model se osredotoča na koronarno bolezen po akutnem dogodku, medtem ko bi morali sekundarno preventivne ukrepe razširiti na vse oblike aterosklerotičnih bolezni žilja, saj je pri vseh aterosklerotičnih bolezni primerljivo veliko tako tveganje za zaplete kot tudi učinkovitost preventivnega ukrepanja.

Nacionalni program primarne preventive pa predstavlja formalni model z vidika razvejane, integrirane in sistematične infrastrukture za prepoznavanje ogroženih posameznikov in preventivne intervencije v centrih za krepitev zdravja. Odlikuje ga sistematičnost, ki je posledica akcijske iniciacije programa (vzpostavitev s strani pristojnih zdravstvenih organov).

V Sloveniji imamo razvejano mrežo preventivnih dejavnosti; udejanjanje ukrepov na področju obvladovanja aterosklerotičnih bolezni pa se povečini odvija v štirih vozliščih preventivne dejavnosti:

1. **sekundarna raven zdravstvenega varstva:** identifikacija bolnikov z aterosklerozo, ocena ogroženosti ter začetni načrt/izvedba sekundarno preventivnega zdravljenja, ki po potrebi vključuje prehodno obdobje ambulantne rehabilitacije na sekundarni ravni;
2. **ambulanta družinske medicine/referenčna ambulanta/patronažna služba:** spremljanje bolnika in dolgoročni načrt/izvedba sekundarno preventivnega zdravljenja;
3. **centri za krepitev zdravja:** intervencija na področju dejavnikov tveganja, ki so povezani z vedenjem in/ali življenjskim slogom;
4. **društva bolnikov:** vseživljenjska sekundarno preventivna oskrba in psihosocialna opora, dolgoročna rehabilitacija.

OCENA POTREB IN PREDLOGI ZA IZBOLJŠAVE – STALIŠČE DELOVNE SKUPINE

Zmanjševanje neenakosti v dostopu do sekundarne preventive bi dosegli z:

1. **sistematično identifikacijo posameznikov, ki bi zagotavljala univerzalnost v koriščenju preventivnih storitev;**
2. **individualiziranim pristopom;**
3. **razširitvijo obstoječih programov na nacionalno mrežo, ki upošteva primanjkljaje specifičnih preventivnih storitev v posameznih geografskih regijah;**
4. **vključevanjem in širjenjem dejavnosti društev bolnikov.**

1. Sekundarna raven

Identifikacija (diagnoza aterosklerotične bolezni, bodisi po kliničnem dogodku oziroma zapletu bodisi po specialistični funkcijski in/ali slikovni preiskavi) poteka na sekundarni ravni zdravstvenega varstva, ki pa trenutno ni zmožna zagotoviti, da bi identifikacija sistematično sprožila tudi ustrezno kaskado preventivnih ukrepov.

Dolgoročno bi potrebne ukrepe zagotovili z obvezno registracijo vsakega bolnika s postavljeno diagnozo. Registracija bi sprožila napotitev na nadaljnje preglede in oceno ogroženosti glede aterosklerotične bolezni v pristojni dejavnosti za preventivno kardiologijo. Ocenjevanje ogroženosti upošteva tudi presojo, ali bolnik potrebuje ehokardiogram, obremenitveno testiranje in druge preiskave (npr. scintigrafijo srčne mišice, invazivno diagnostiko) ter njihovo izvedbo.

Neustrezna dostopnost do funkcijskih preiskav in preventivno kardiološkega mnenja je pomembna pomanjkljivost trenutne organiziranosti zdravstvene dejavnosti na področju sekundarne preventive srčno-žilnih bolezni.

Upoštevanje epidemiološke podatke to pomeni 40 dodatnih kardioloških preventivnih pregledov/dan, 10–20 dodatnih kratkih konzultacij med družinskim zdravnikom in

kardiologom/dan (po telefonu ali elektronski pošti) ter 10–20 dodatnih kardiovaskularnih funkcijskih in/ali slikovnih preiskav/dan na nacionalni ravni. Dodatno je potrebno zagotoviti ustrezno rehabilitacijsko dejavnost (nadzorovano rehabilitacijo za bolj ogrožene bolnike oziroma konzultacije za ustrezno rehabilitacijo v domačem okolju za manj ogrožene posameznike), kar pomeni vključevanje 40 bolnikov/teden, kar bi lahko zagotovili v 10–12 rehabilitacijskih centrih po Sloveniji (tj. v okviru regijskih bolnišnic).

2. Ambulanta družinske medicine

Sistematično vodenje srčno-žilnih bolnikov že poteka v skladu s sprejetimi protokoli za vodenje koronarnega bolnika v okviru družinske medicine; ponekod uspešno tudi v referenčnih ambulantah. Za izboljšanje bi bilo potrebno zagotoviti:

1. razširjene protokole za vodenje bolnikov z drugimi aterosklerotičnimi boleznimi ter udejanjiti referenčne ambulante v vseh ambulantah družinske medicine, upošteva zahteve za vodenje večje populacije pacientov (oziraje se na epidemiološko stanje); na ravni družinske medicine dostopnost do psihološke podpore bolnikom (psiholog, psihiater) zaradi zvečane prevalence duševnih motenj pri bolnikih z aterosklerozo ter do dvosmerne neposredne komunikacije s službo preventivne kardiologije (e-konzultacija o bolnikih in njihovih potrebah po nadaljnjih preiskavah ali pregledu).

Sistematična identifikacija (registracija) bolnikov bi ponudila možnost, da določimo izhodiščno tarčno populacijo in prepoznamo njene potrebe. Hkrati bi omogočala spremljanje učinka, vzroke za ne/koriščenje preventivnih storitev ter kazalnike kakovosti oskrbe, ki so sprejeti na podlagi nacionalnih smernic in strokovnega soglasja.

3. Centri za krepitev zdravja

Centri za krepitev zdravja v sekundarni preventivi udejanjajo potrebne intervencije za obvladovanje vedenjskih dejavnikov tveganja, ki se ne razlikujejo od tistih v okviru primarne preventive. Potrebno bi bilo dodelati predvsem vidik osveščanja bolnikov: osnovne informacije o aterosklerozi, dejavnikih tveganja zanjo ter njihovem pomenu, naravnem poteku bolezni, pomenu posameznih preiskav ter pomenu zdravljenja. V sklop osveščanja spadata tudi delavnici o zdravi (varovalni) prehrani sredozemskega tipa ter priporočljivi telesni aktivnosti bolnika po infarktu ali drugih bolnikov z aterosklerozo (npr. bolniki s periferno arterijsko boleznijo). Osveščanje bi bilo smiselno integrirati s pomočjo *kurikuluma potrebnih znanj*, ki bi zagotavljal potrebno strukturo in vsebino informacij, ki jih posameznik z aterosklerozo prejme na vsakem izmed vozlišč. Iz kurikuluma potrebnih znanj bi izpeljali naslednje materiale: pisne informacije za bolnike, pisne informacije za zdravstveno osebje (edukatorje in fizioterapevte) – in sicer informacije, ki jih je potrebno bolniku posredovati ob prvem in nadaljnjih obiskih, pisne informacije za druge udeležence v procesu osveščanja in opolnomočenja.

4. Društva bolnikov – primer koronarni klubi

Stroka prepoznava pomen koronarnih klubov za bolnike, saj jim ponujajo vseživljenjsko rehabilitacijo po infarktu in z vidika uporabnikov predstavljajo močan dejavnik v opolnomočenju in osveščanju bolnikov. Pomembno je, da se njihova vloga natančneje opredeli v smislu veznega člena med uporabniki in izvajalci, saj dejansko delujejo kot izvajalci vseživljenjske rehabilitacije in s tem pomagajo krepiti zdravje koronarnih bolnikov (kar sicer vsebinsko sodi v zdravstveno dejavnost), po drugi strani pa gre za samoorganizirana združenja bolnikov, ki niso upravičena do financiranja iz zdravstvenih sredstev. Z vidika izvajalca zato izpostavljajo potrebo po ustreznem vrednotenju dejavnosti; sedanji način financiranja preko sodelovanja v razpisih za sredstva nevladnim organizacijam namreč ne zagotavlja vzdržnosti in trajnosti; članarina pa je za določene bolnike preveliko finančno breme. Prednost klubov je tudi njihova vgnezenost v domače okolje, kjer pa so prostorske razmere (npr. najem telovadnic) odvisne od sodelovanja z lokalno skupnostjo.

Za uspešno integracijo vseh vozlišč preventivne dejavnosti je potrebna učinkovita komunikacijska povezava. Sedanje oblike sporazumevanja in informiranja preko klasičnih komunikacijskih poti so namreč prepočasne in neučinkovite. Potrebna je:

- a) nadgradnja informacijskega sistema, ki bi pripomogla k boljšemu koriščenju preventivnih storitev na eni strani ter onemogočila podvajanje koriščenja po drugi strani;**
- b) izboljšana komunikacija med različnimi ravni zdravstvenega varstva: elektronska komunikacija zaenkrat ni mogoča zaradi vprašljivosti varovanja osebnih podatkov in neustrezne sledljivosti; a vendar tako izvajalci na primarni in sekundarni ravni zdravstva kot eno pomembnejši potreb izpostavljajo prav potrebo po pravočasni in učinkoviti komunikaciji, ki bi bila po možnosti elektronska.**

POTREBE UPORABNIKOV IN PREDLOGI ZA IZBOLJŠAVE

Opravljen kvalitativna raziskava s terena pa govori, da so, poleg temeljnih splošnih potreb vseh kroničnih bolnikov, potrebe srčno-žilnih kroničnih bolnikov sledeče:

1. Želijo si več možnosti, prostora in časa namenjenega posvetovanju, saj imajo pri specialistih in osebnih zdravnikih premalo časa za poglobljene pogovore. Posvetovalnice bi bile namenjene temam o primarni bolezni, o drugih težavah, ki nastajajo in se pridružijo kronični bolezni ter o delovanju zdravil: nekateri jedo po 10, 20 in več različnih tablet na dan ter menijo, da jim ni dovolj dobro razloženo navzkrižno delovanje zdravil. Želeli bi si bolj integrirane oskrbe.
2. Predlagajo uvedbo podporne skupine oseb s podobnimi izkušnjami: menijo, da deljenje izkušenj, druženje deluje terapevtsko in motivacijsko.
3. Menijo, da bi jim v antikoagulacijskih ambulantah lahko povedali več o možnostih sekundarne preventive.
4. Želijo si izboljšano informiranje o programih in možnostih sekundarne preventive, ki jih imajo. Predlagajo, da bi jim osebni zdravnik oziroma medinska sestra ob pregledih podala informacije, brošure, letake o relevantnih programih in možnostih udeležbe.

»Jaz iz lastnih izkušenj lahko povem, da ko si seznanjen z infarktom, si osebno prizadet. Postane te strah. Takrat, ko ti zdravnik v bolnici reče, da nekaj narediš, to sigurno narediš. Po enem letu na to pozabiš in je konec. V bistvu pa je tako, da prideš do kardiologa je dolga čakalna doba. Leto in pol najmanj čakaš. Takrat, ko pa prideš si misliš, da si to že preživel in se potem enostavno nikam ne vključiš. Drugače pa je, ko te zdravnik napoti takoj iz bolnice, kot pa pol čez pol leta.«

4.4 Sladkorna bolezen tipa 2

Sladkorni bolniki menijo, da je sladkorna bolezen zelo kompleksno stanje, kjer izključno jemanje tablet ni učinkovito. Opažajo, da se jih ne obravnava celostno: sladkor »skače« iz različnih vzrokov, pomemben dejavnik je stres in obremenitev, zdravniki pa najbolj poudarjajo le hujšanje/prehrano. Menijo, da tudi ni dobro in koristno, če si stalno merijo sladkor in obremenjujejo s hrano. To je lahko dodatni stresor.

»Doktorji so tam zato, da vam določijo kak vi morate enakomerno jest, kolk tablet boš jemal ... Trebaš sam bit pr seb mal, sam svoj zdravnik«.

Uporabniki poudarjajo, da si z minimalnimi plačami in pokojninami ne morejo vsakokrat privoščiti ustrezne prehrane (izdelki za diabetike so praviloma dražji). Dodatna težava je, da je vedno več storitev in pripomočkov potrebno doplačevati: npr. določena zdravila, lističe za merjenje sladkorja in podobno. Kar nekaj sogovornikov navaja, da ima še druge pridružene bolezni, ki jih npr. ovirajo pri gibanju ter vzdrževanju primarnega kroničnega obolenja. Pri zdravstveni obravnavi imajo različne izkušnje: tako dobre kot slabe.

»Kar se tiče hrane pa vseh prehranskih dopolnil jaz enostavno zamižim, ker se mi neumno zdi nekaj plačevati, kar ti predpišejo, pa so neki preizkusi odzadaj, pa koristi al pa ne koristi, ko si nekdo nekaj izmisli. Enako velja za zdravila, za sladkorno pa za holesterol. Jaz mislm, da so vsepovsod dvignil oz. spustil mejo, da je treba zdravila jemat zato, da se prodajo, ne pa zato, da bi človeku koristila.«

Želijo si razumevajoče in prijazne zdravstvene delavce. Ne čutijo, da dobijo veliko zdravstveno sistemske podpore in več je dejavnikov, ki jih odvrčajo od sistema in sekundarne preventive. Menijo, da je zelo slabo, da se tako »špara« pri pacientih, da so pregledi na dve leti, da varčujejo pri terapijah (zdravilih). Pripombe imajo tudi na zdravstvene komisije, ki ne obravnavajo človeka glede na diagnozo. Nadalje je opazen dvom v delovanje zdravil (farmacevtski vzgibi) ter potreba po uporabi lastne presoji in zdrave pameti. Navajajo tudi, da se nižajo določene oziroma višajo meje za sladkor in holesterol, da opravičujejo predpisovanje zdravil in se lahko posledično povečuje njihova prodaja. V ozadju je tudi industrija.

»Ona (zdravnica op.p.) je na mene tut psihično dobr vplivala, bolj kot zdravila. Ona me je spodbujala. Rekla je: "Dobr, pač boste imeli pa neko drugo aktivnost, pa delajte tut kolikor

lahko sami in ne pretiravat, ne bit ležerni, tisto je nič." Jaz moram reči, da nisem imel slabe izkušnje z zdravnikom».

POTREBE UPORABNIKOV IN PREDLOGI ZA IZBOLJŠAVE

1. Bolj celostna, integrirana zdravstvena oskrba.
2. Želijo, da bi imeli zdravniki več časa za pogovor in bili prijazni, razumevajoči, zavzeti.
3. Želijo si, da ne bi bilo potrebno še več do/plačevati za zdravstvene pripomočke in zdravila ter da bi določena podjetja (npr. za izdelavo lističev, aparatov, prehrane ...) in zdravstvo manj služilo na račun njihovega zdravstvenega stanja.

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

4. Potrebujejo boljšo krajevno dostopnost do specialistov po celi državi: npr. v Sevnici ni diabetologa, je le Brežicah, kar je marsikoga predaleč in se zato ne udeležuje pregledov. Če ni mogoče redno, predlagajo, da bi specialisti delovali v odročnejših krajih vsaj 1x tedensko.

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

5. Potrebujejo več motivacije za spremembe v življenjskem slogu: morda bi bilo v skupinah lažje.
6. Predlagajo pomoč pri usmerjanju glede prehrane in boljše označevanj živil: predlog, da bi imela vsa živila, ki so primerna za diabetike, določen znak (označevalec), ki bo dovolj in jasno viden.
7. Menijo, da bi morala biti živila za diabetike biti cenejša in ne dražja (kot je trenutna situacija).

4.5 Depresija

Delovna strokovna skupina s področja samooskrbe depresije glede ocene trenutnega stanja ugotavlja, da je bil ob zavedanju resnosti problematike depresivne motnje v Sloveniji v okviru CINDI razvit model integriranega preprečevanja in celostne oskrbe kroničnih bolnikov odrasle populacije na primarni ravni zdravstvenega varstva. V okviru integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni (KNB) v referenčnih ambulantah družinske medicine poteka presejanje in diagnosticiranje depresije. Obenem pa se v preventivnih centrih vzpostavlja

podporna psihološka in psihoedukativna obravnava bolnikov z depresijo (v obliki psihoedukativnih delavnic 'Podpora pri spoprijemanju z depresijo').

Depresivna motnja pomembno slabi kakovost življenja, povečuje tveganje za nastanek novih bolezni ter zaplete zdravljenje prisotnih telesnih bolezni. Pogosto se pojavlja skupaj s kroničnimi boleznimi, po ocenah strokovnjakov pri osebah po miokardnem infarktu v 32 %, pri osebah s sladkorno boleznijo v 10-30 %, pri osebah z rakom pa v 25 %.

Diagnosticiranje depresije in predpisovanje antidepresivov je v domeni izbranega osebnega zdravnika družinske oziroma splošne medicine. Diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulanti družinske medicine pa ima vlogo pri odkrivanju oseb, s tveganjem za prisotnost depresije, njihovi napotitvi k zdravniku družinske medicine ter podpori in spodbudi pri zdravljenju. Z vzpostavljenim sistemom presejanja je mogoča zgodnejša diagnostika in ustrezno zdravljenje depresije in s tem dolgoročno zmanjšanje bremena bolezni. Obenem na ta način obravnava bolnikov z depresijo poteka na vseh ravneh zdravstvenega sistema, kar omogoča smotno uporabo virov: manj ovirani bolniki se zdravijo na primarni ravni, bolj ovirani se zdravijo na sekundarni in terciarni ravni. Poleg tega pa oskrbo na primarni in sekundarni ravni dopolnjujejo skupine za samopomoč, svetovalni telefoni in laične skupine.

Vendar je pri tem potrebno opozoriti, da presejalni postopek na primarni ravni še ni implementiran v vseh ambulantah družinske medicine (ki niso referenčne), obenem pa niso vzpostavljeni načini povezovanja s patronažno službo. Na primarni ravni tudi nimamo splošno sprejetih smernic in kliničnih poti za obravnavo depresivnih pacientov, zaradi česar lahko pride do večje variabilnosti pri implementaciji. Ob tem je zaskrbljujoče dejstvo, da zdravnikov na primarni ravni in psihiatrov primanjkuje prav v regijah, kjer so prebivalci izpostavljeni največjemu številu psihosocialnih tveganj za razvoj duševnih motenj (Koroška, Pomurska, Zasavska regija). Vzpostavljanje sistema obravnave depresivnega bolnika v preventivnem centru (psihoedukativna delavnica 'Podpora pri spoprijemanju z depresijo') bo v veliki meri pripomogel k zmanjšanju neenakosti med regijami, vendar pa zaenkrat izvajanje psihoedukativnih delavnic še ni utečeno. Poleg tega zdravniki splošne in družinske medicine poročajo o pomanjkanju izobraževanja glede obravnave oseb z duševno motnjo (predvsem veččin svetovanja in napotovanja) in potrebi po superviziji, sodelovanje zdravnikov splošne/družinske medicine z zdravniki specialisti psihiatri pa je pogosto pomanjkljivo.

Največje priložnosti se kažejo na področju implementacije smernic in kliničnih poti za obravnavo depresivne motnje na vseh ravneh zdravstvenega sistema (primarni ravni v splošnih ambulantah in ambulantah družinske medicine, ambulantnih psihiatrih, bolnišnici). Pri tem bi bila potrebna natančnejša opredelitev nalog, odgovornosti, vrste in načina sodelovanja med vsemi vključenimi deležniki, v procesu vzpostavljanja pa tudi izobraževanje zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev. Pozornost pa bi bilo potrebno usmeriti tudi k povezovanju s ključnimi deležniki iz lokalnega okolja (skupinami za samopomoč, laičnimi skupinami).

Več pozornosti bi bilo potrebno nameniti ozaveščanju laične in strokovne javnosti o depresiji, njenem prepoznavanju in zdravljenju. Veliko oviro namreč predstavlja podcenjevanje resnosti problematike odkrivanja in zdravljenja depresije s strani zdravstvenih delavcev, uporabnikov in odločevalcev na vseh ravneh. Obenem pa bi z ozaveščanjem javnosti o depresiji zmanjšali tudi stigmatiziranost oseb z duševno motnjo. Bolniki z depresijo in njihovi svojci namreč v strahu pred stigmatiziranostjo pogosto zanikajo resnost težav in iščejo čim bolj anonimne pomoči oz. tudi odklonijo diagnozo depresije in si sami, ne glede na izraženost simptomov, izberejo svojo raven in organizacijsko obliko zdravstvene pomoči ali pa iščejo pomoč tudi zunaj zdravstva. Pri zdravstvenih delavcih pa se stigmatizacija oseb z depresijo med drugim odraža tudi preko odklonilnega stališča do implementacije programov za bolnike.

DEPRESIJA: IZSLEDKI KVALITATIVNE RAZISKAVE

V marsičem se izsledki s terena pokrivajo z ugotovitvami stroke. Na razširjenost obolenja kaže opažanje, da se je področje depresije in duševnega zdravja izpostavilo tudi v fokusnih skupinah s splošno, zdravo populacijo. Na osnovi izkušenj in opažanj menijo, da število ljudi s težavami na področju duševnega zdravja, tako med mladimi kot starejšimi oziroma starostniki, narašča. Pogost izraz za depresijo na podeželju je, da »si živčn«, da ti »nagajajo živci«.

»Starejše, če pogledaš vaške ljudi, marsikdo, tudi kmečki ljudje, smo živčni, bom kar govorila, smo. Marsikdo se tega ne upa povedat, ker misli pač, da je tako.«

Sogovorniki navajajo, da preventivni programi s področja zgodnjega preprečevanja in prepoznavanja depresivnih motenj še ne obstajajo. Tudi specialistična obravnava je zelo omejena z nesprejemljivo dolgimi čakalnimi dobami. V akutnem stanju bolezni dobijo le tablete, kratek posvet; sicer pa so prepuščeni sebi. Mnogi so primorani priskrbeti si samoplačniško strokovno pomoč. Pri obravnavi pri osebnih zdravnikih družinske medicine imajo tako pozitivne, še več pa negativnih izkušenj: menijo, da le predpisujejo pomirjevala in anti-depresive; pogosto se zgodi, da zgrešijo pri terapiji (in je potrebno 2, 3 vrste tablet zamenjati). Doživljali so tudi podcenjujoče obravnave paciente v slogu: »ah, shujšajte, pa bo boljše; mal več seksa, pa bo ...; poglejte kok je lep dan, pejte nas prehod in se boste bolje počutili ...«. Po drugi strani navajajo tudi nekaj primerov zelo humane, dobre in zgledne obravnave v zdravstvu: omenjajo nekaj izjemnih posameznikov - specialistov, ki jim nudijo vso podporo, so jim vedno dosegljivi, razumevajoči ter jim zelo pomagajo pri obvladovanju bolezni.

Njihove izkušnje kažejo, da je depresija v družbi še vedno (tudi) stigmatizirano obolenje. To se kaže na več ravneh: govorijo, da je bilo v obdobju prepoznavanja, pred diagnozo večino strah in sram iti k zdravniku; dalj časa so zbirali pogum, da so se obrnili po zdravniško pomoč. Po diagnozi so opazili, da so bili nekateri v službah tudi degradirani, obravnavani drugače.

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

Tudi svojcem je pomembneje, kaj bodo rekli in mislili sosedje, kot pa doživljanje in bolezensko stanje osebe, ki se sooča z depresijo. Veliko se še vedno dogaja za zaprtimi vrati.

»Ja sem v Sevnici nekaj časa živela, tko da vem, da je Sevnica čist zadržnjena. Noben ne ve, da imam depresijo, ker ne želim, da se o meni pogovarjajo, da hodim psihiatru ... Pol bi še mamo in sestro verjetn grdo gledal«.

V najtežjih trenutkih jim je bil v veliko oporo društvo, posamezniki s sorodno izkušnje ter spletni forumi. Do specialistične obravnave niso imeli možnosti priti takoj. V Psihiatrični bolnišnici Begunje imajo sicer dobre programe, a so čakalne dobe za uvrstitev izjemno dolge.

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

Opažajo, da je vedno več anksioznih motenj, depresij, izgorelosti: gre za stanja, ki so medsebojno povezana. Problematično se jim zdi, da NIJZ kot vodilna javna inštitucija še vedno nima nacionalne strategije glede preventive tako pomembnega zdravstvenega problema.

POTREBE UPORABNIKOV IN PREDLOGI ZA IZBOLJŠAVE

1. Potrebna je družbena in strokovna destigmatizacija ter boljše in zgodnejše prepoznavanje depresije. Predlagajo veliko nacionalno osveščevalno akcijo za splošno javnost (dejavnosti in dobri zametki so s smrtjo dr. Marušiča zamrli). Kot primer dobre prakse navajajo akcijo »Premagal sem depresijo«. Predlagajo še, da se vključi prepoznavne (»slavne«) ljudi, da javno povedo svojo izkušnjo in tako pripomorejo k destigmatizaciji bolezni.
2. Menijo, da je zdravnike družinske medicine potrebno kontinuirano in bolj intenzivno izobraževati glede depresije in anksioznih motenj, da bi jih bolje in zgodaj prepoznavali.
3. Želijo si bolj enakopraven in razumevajoč odnos ter korektnjšo obravnavo v zdravstvu.
4. Predlagajo vpeljavo podpornih skupin za depresijo po celotni Sloveniji; potrebna je kontinuiteta delovanja skupin. Če bi osebno zdravnik napotil na delavnico/skupino, bi se udeležili.

»Jaz sem vidla recimo te skupine, ki so za samopomoč DAM, ampak nisem upala. Ko sem rekla, joj upam da bom drugič, ne. Pa je prišel spet tist dan, pa spet nisem upala. Enkrat pa sem pršla. Treba je vztrajati.«

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

5. Ustanovili bi lahko osebno asistenco – stalno (24-urno) dostopnost nekoga za pogovor, pomiritev v najbolj kritičnih trenutkih. Za tovrstno delo bi lahko zaposlili osebe z izkušnjo in jih priznali za strokovnjake.
6. Kot obliko preventive predlagajo, da se za splošno javnost pripravi predavanja/delavnice, kjer se lahko depresijo ter anksiozne motnje obravnava v širših konteksta stresa, obvladovanje čustev in podobno: s tem pripomogli k boljšem informiranju javnosti ter prepoznavanju bolezni.
7. Dobro bi bilo organizirati tudi delavnice za svojece.
8. Stroka naj sodeluje z društvu in ljudmi z izkušnjo bolezni.
9. Priporočajo organizacijo društva bolnikov na nacionalnem nivoju.

4.6 Funkcijska manjzmožnost

Kot ugotavlja delovna skupina, je funkcijska manjzmožnost pridružena skoraj vsaki kronični bolezni. Znana je korelacija med funkcijsko manjzmožnostjo in diabetesom tipa 2, srčno žilnimi boleznimi ter skoraj vsako duševno motnjo, še posebej depresijo.

Funkcijska manjzmožnost je posledica funkcijske okvare, ki jo Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (MKF) v kontekstu doživljanja zdravja opredeljuje kot vsako izgubo ali nenormalnost psihične, fiziološke ali anatomske zgradbe ali njihove funkcije. Torej okvaro označujejo izgube ali nepravilnosti, ki so lahko začasne ali trajne in ki vključujejo obstoj ali pojavljanje anomalije, defekta ali izgubo uda, organa, tkiva ali druge sestavine telesa, vključno s sistemi psihične funkcije.

Nacionalni program presejanje posameznikov za funkcijsko manjzmožnost še ni razvit; obravnava bolnikov s funkcijsko manjzmožnostjo v zdravstvenem sistemu prav tako ne poteka. Program odkrivanja in obravnave je potrebno vzpostaviti ter ga ustrezno umestiti v sistem primarnega zdravstvenega varstva z racionalnim izkoristkom obstoječih prostorskih in

kadrovskih kapacitet. Kot potrjujejo raziskave pomeni izvajanje celostne ocene starejših ljudi tudi višje preživetje, skrajšan čas prebivanja v bolnišnici, zmanjšane stroške zdravstvene oskrbe in boljšo funkcijsko sposobnost. Dosledna obravnava starejših oseb v primarnem zdravstvu bi torej omogočala zgodnje odkrivanje tveganja za starostno telesno šibkost in krhkost, kar bi zagotavljalo tudi zgodnje ukrepanje.

Vzporedno s pojavom podaljševanja življenjske dobe se pojavlja tudi sindromu upadanja telesnih zmogljivosti oziroma nezmogljivosti starostnikov. Nezmogljivost v starosti je združena s slabo kakovostjo življenja, odvisnostjo od neformalnih in formalnih skrbnikov in pogosto z visokimi stroški medicinskih in negovalnih storitev. Funkcijsko manjzmožni starostniki so pod velikim tveganjem za razvoj nadaljnega upada funkcij, akutnih bolezni in poškodb, padcev, ponavljajočih se hospitalizacij in zvišano stopnjo umrljivosti.

OCENA POTREB IN PREDLOGI ZA IZBOLJŠAVE – STALIŠČE DELOVNE SKUPINE

Delovna skupina za samooskrbo funkcijske manjzmožnosti predlaga vzpostavitev Nacionalnega presejalnega programa za funkcijsko manjzmožnost starejših oseb.

1. Telesna zmogljivost starejših oseb je dinamičen pojav, zato bi jo bilo treba pri njih pogosteje obsežno ocenjevati v rednih časovnih obdobjih, kar naj bi opravljalo osnovno zdravstvo. Ocenjevanje bi moralo zajemati premičnost, hojo, ravnotežje, gibčnost in okoljske dejavnike tveganja. Izvajanje na tem ocenjevanju zasnovanega programa, ki bi ga oblikovala zdravstvena skupina, bi moral spodbujati izbrani zdravnik.
2. Nacionalni program bi vseboval sledeče stopnje:
 - presejanje celotne populacije v starosti nad 65 let ter bolnikov s srčno-žilnimi boleznimi, sladkorno boleznijo in depresijo,
 - testiranje posameznikov, pri katerih je med presejanjem bila odkrita ogroženost za funkcijsko manjzmožnost,
 - obravnava posameznikov s funkcijsko manjzmožnostjo,
 - svetovanje posameznikom, ki so ogroženi za pojav funkcijske manjzmožnosti.
3. Za potrebe financiranja dejavnosti je potrebno opredeliti:
 - obseg storitev, ki jih želimo zagotoviti bolnikom,
 - število in stroške kadra glede na obremenitev (št. bolnikov) in obseg storitev,
 - stroške opreme,
 - stroške usposabljanja in izobraževanja kadra.
4. Za optimalen potek dela skozi celoten proces ocene stanja funkcijsko manjzmožnega posameznika potrebujemo multidisciplinaren kader. Poleg telesnega vidika funkcijske manjzmožnosti, ki ga obravnavajo fizioterapevti, je v obravnavi potrebno upoštevati še naslednje vidike: prehranski vidik (dietetik), duševni vidik (psiholog) in socialni vidik (socialni delavec, delovni terapevt). DMS bi lahko po opravljenih obveznih izobraževanjih, ki jih določi NIJZ, podpirale začetni del ocene in svetovanje posameznikov, ogroženih za funkcijsko manjzmožnost.

5. Za učinkovito implementacijo programa v obstoječi zdravstveni sistem bi se bilo potrebno povezati delovanje obstoječih društev in organizacij, ki se že ukvarjajo s funkcijsko manjzmožnimi starostniki (npr. Zveze društev upokojencev Slovenije, Zveze društev diabetikov Slovenije, raznimi invalidskimi organizacijami, Mrežo zdravih društev in drugimi).

Viri:

1. Leader MH, Cowen PJ. Depression. *Bri Med Bull* 2001; 87: 5-12.
2. Dernovšek MZ, Tavčar R. Prepoznavmo in premagajmo depresijo: priročnik za depresivne osebe in njihove svojce. Ljubljana: IVZ RS; 2005.
3. Zdravstveni statistični letopis 2002-2006. Ljubljana: Ministrstvo za zdravstvo RS, IVZ RS; 2002-2006.
4. Poročilo primarne ravni zunajbolnišnične zdravstvene statistike (ZUBSTAT). Ljubljana: NIJZ; 2014.
5. Hostnik U. Ambulantno predpisovanje antidepresivov v Sloveniji v obdobju 2002 – 2006. Diplomsko delo. Ljubljana: UL, Fakulteta za farmacijo; 2009.
6. Ambulantno predpisovanje zdravil v po ATC klasifikaciji. Ljubljana: NIJZ; 2014.
7. Turk E. Ekonomsko breme duševnih bolezni. *Zdrav Vestn*, 2010; 79: 531-536.
8. Lesperence F, Frasure-Smith N, Talajic M. Major depression before and after myocardial infarction: its nature and consequences. *Psychosom Med*, 1996; 58(2): 99-110.
9. Anderson RJ, Freeland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001; 24(6): 1069-78.
10. Massie MJ, Holland JC. Depression and the cancer patient. *J Clin Psychiatry*, 1991; 51 Suppl: 12-17.
11. Razvoj modela integriranega preprečevanja in celostne oskrbe kroničnih bolnikov odrasle populacije na primarni ravni zdravstvene dejavnosti. Poročilo Ministrstvu za zdravje. Ljubljana: IVZ; 2008.
12. Novak T, Šprah L, Dernovšek MZ. Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije. Analiza tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije v posameznih statističnih regijah s pomočjo prilagojene metodologije Indeksa boljšega življenja. Ljubljana: Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU; 2011.
13. Rotar Pavlič D, Švab I, Selič P, Rifel J, Serec M. Sodelovanje med zdravniki družinske medicine in specialisti psihiatri pri zdravljenju bolnikov z depresijo. *Zdrav Vestn*, 2011; 80: 734-9.
14. Vrbovšek S, Čuš B, Maučec Zakotnik J, Štern B (Ur.). Izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine. Priročnik za diplomirane medicinske sestre. Ljubljana: NIJZ; 2014.

15. Moravec Berger D, ur. Mednarodna klasifikacija okvar, prizadetosti in oviranosti: priročnik za klasifikacijo posledic bolezni. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 1997.
16. Moravec Berger D, ur. Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja : MKF. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija; Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ RS): Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo (IRSR), 2006.
17. Manton KG. A longitudinal study of functional change and mortality in the United States. *J Gerontol Med Sci* 1988; 43 :M5153-M5161.
18. Fried LP, Bush TL. Morbidity as a focus of preventive health care in the elderly. *Epidemiol Rev* 1988; 10: 48-64.
19. Nevitt MC, Cummings SR, Kidd S, Black D. Risk factors for recurrent nonsyncopal falls: a prospective study. *JAMA* 1989; 261: 2663-2668.
20. Tinetti ME, Williams, TF, Mayewski R. Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *Am J Med* 1986; 80: 429-434.
21. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med* 1988; 319: 1701-1707.
22. Corti MC, Guralnik JM, Salive ME, Sorkin JD. Serum albumin level and physical disability as predictors of mortality in older persons. *JAMA* 1994; 272:1036-1042.
23. Warren MD, Knight R. Mortality in relation to the functional capacities of people with disabilities living at home. *J Epidemiol Comm Health* 1982; 36:220-223.
24. Forgács SS. Diabetes mellitus and rheumatic disease. *Clin Rheum Dis* 1986; 12: 729–753.
25. Hordon LD, Wright V. Endocrine disorders. *Curr Opin Rheumatol* 1992; 4: 84–89.
26. Rosenbloom AL, Silverstein JH. Connective tissue and joint disease in diabetes mellitus. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1996; 25: 473–483.
27. Peterson Kim R, Edelman SV, Kim DD. Musculoskeletal complications of diabetes mellitus. *Clin Diabetes* 2001; 19: 132–135.
28. Mintz J, Mintz LI, Arruda MJ, Hwang SS. Treatments of depression and the functional capacity to work. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49(10): 761-8.
29. Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry* 2000; 157(11): 1873-5.
30. Stewart AL, Greenfield S, Hays RD, et al. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*. 1989; 262(7): 907-13.

31. Jerše M, Keber D, Keber I, Šorli J. Vračanje življenja srčnim bolnikom : temelji preventive in rehabilitacije. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, 1984.
32. Lord SR, Fitzpatrick RC. Choice stepping reaction time: A composite measure of falls risk in older people. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56 A: M627–M632.
33. Lord SR, Murray SM, Chapman K et al. Sit-to-stand performance depends on sensation, speed, balance, and psychological status in addition to strength in older people. *J Am Geriatr Soc* 2002; 57: M539–43.
34. Rikli RE, Jones CJ. The development and validation of a fitness of older adults. *The Journal on Active Aging* 2002; March April: 24–30.

5 OCENA POTREB IZVAJALCEV PREVENTIVNIH PROGRAMOV ZA ODRASLE

Poglavje uredila: Barbara Hrovatin

Gradivo prispevali:

Barbara Hrovatin, izsledki kvalitativne raziskave

Jana Govc-Eržen za DSK za primarno in sekundarno preventivo v ambulanti družinskega zdravnika in referenčni ambulanti družinske medicine (vidik zdravnikov družinske medicine)

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

Marija Milavec Kapun, Martina Horvat za DSK za podporo preprečevanju in obvladovanju kroničnih nenalezljivih bolezni na domu in v lokalni skupnosti

Sanja Vrbovšek za DSK za nemedikamentozne obravnave

Poglavje zajema sintezo mnenj, izkušenj in priporočil izvajalcev preventivnih programov za odrasle. Opis stanja in potreb je **sinteza zaključkov delovnih skupin in kvalitativne raziskave**, ki je zajela izvajalce preventivnih programov za odrasle na primarni ravni kot tudi ključne predstavnike s preventivnimi programi povezanih institucij* – Ministrstvo za zdravje (MZ), Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS).

Potrebno je upoštevati, da so bili sogovorniki vnaprej izbrani s strani NIJZ in predstavljajo s preventivo bistveno močnejše seznanjen del strokovne javnosti – jo aktivno izvajajo, nadzorujejo in/ali koordinirajo v okviru svojega dela, večina jih je v preventivne programe vpetih že vrsto let, mnogi so tudi aktivno sodelovali pri samem snovanju programov preventive odraslih (npr. projekt referenčnih ambulant, program preventive bolezni srca in žilja).

KVALITATIVNA RAZISKAVA

Z namenom, da bi slišali in bolje razumeli aktualne potrebe, želje, predloge oziroma kritike obstoječih preventivnih programov za odrasle, je bila v sodelovanju z NIJZ v aprilu in maju 2014 v okviru projekta »Skupaj za zdravje« izvedena kvalitativna raziskava »**Ocena potreb izvajalcev preventivnih programov**«. Uporabljeni sta bili metodi fokusnih skupin in strukturiranih intervjujev. Raziskava je skupno zajela 52 izvajalcev: zdravnike družinske medicine (ZDM), diplomirane medicinske sestre v referenčnih ambulantah družinske medicine (RADM), medicinske sestre v zdravstveno-vzgojnih centrih (ZVC), patronažne medicinske sestre (PZV) ter predstavnike s preventivo povezanih institucij (NIJZ, MZ, ZZZS). Izbiro sogovornikov je vodil NIJZ. Udeleženci so bili povabljeni h kritičnemu razmišljanju v smislu izboljšanja obstoječih programov preventive za odrasle, zagotovljena jim je bila anonimnost.

DELOVNE SKUPINE

V okviru projekta so bile za oceno stanja in nadgradnjo preventivnih programov za odrasle oblikovane delovne skupine (DSK) po posameznih poklicnih področjih: *DSK za primarno in sekundarno preventivo v ambulantni družinskega zdravnika in referenčni ambulantni družinske medicine* (zdravniki družinske medicine, regijski voditelji NPPPSŽB, diplomirane medicinske sestre v RADM), *DSK za podporo preprečevanju in obvladovanju kroničnih nenalezljivih bolezni na domu in v lokalni skupnosti* (patronažne medicinske sestre), *DSK nemedikamentozne obravnave* (medicinske sestre v ZVC). Predstavljeni so njihovi povzetki potreb ter priporočil.

*za jasnejšo berljivost je za obe skupini v raziskavo zajetih sogovornikov uporabljena beseda »izvajalci«.

5.1 Rezultati kvalitativne raziskave – povzetek

Raziskava nakazuje, da je preventivna medicina pomemben del osnovne zdravstvene dejavnosti, kjer se stika množstvo različnih deležnikov. Kljub različnim mnenjem različnih skupin izvajalcev je možno izluščiti stične točke kot tudi ključna razhajanja glede ocene stanja preventivnih programov za odrasle v državi.

1. ORGANIZACIJA IN VSEBINE PREVENTIVNIH PROGRAMOV ZA ODRASLE

Sogovorniki so kot dobre – tako s strani organizacije kot dokazanih rezultatov, najbolj izpostavili **programa preventive bolezni srca in žil (NPPPSŽB) in SVIT**. Kot uspešno ocenjujejo **uvajanje referenčnih ambulant družinske medicine** – v smislu nadgrajene in celovitejše obravnave kroničnih bolezni (v primerjavi s starejšim programom preventive bolezni srca in žil) ter ključne razbremenitve zdravnikov z uvedbo dodatnega, usposobljenega kadra – diplomiranih medicinskih sester.

Jaz ne bi znala več delat brez referenčne. (ZDM)

Pomembno je, da so preventivni programi **brezplačni**.

Za učinkovitost je pomembna tako **skupinska kot individualna obravnava ter timsko delo** (kot tim ZDM navajajo: srednjo in diplomirano medicinsko sestro, patronažno sestro, ZVC, zdravnika). Z novim kadrom – DMS v referenčnih ambulantah – pa nastajajo tudi novi izzivi v komunikacijah med člani tima, pri delitvi dela in predvsem v samih odnosih (vidno npr pri potrebah po nadomeščanjih, pri vlogi zdravnika kot vodje tima).

Vloga ZVC je v preventivnih programih za odrasle pomembna, vendar ne kot rešitev za vse paciente.

... Ne me ke pošiljat, nimam časa hodit ... (ZDM)

Mnogi želijo bolj individualno obravnavo, brez dodatnih naročanj, pogosto nastaja težava z odzivnostjo – ljudje »ne želijo nekam ekstra popoldan hodit« (ZDM), opazno manj napotitev je s strani koncesionarjev (»za napotitve ne dobijo denarja«; ZDM).

Zdravnik ostaja ključna avtoriteta – njegova zavzetost za preventivo pomembno vpliva na učinkovitost programov.

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

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

2. RANLJIVE SKUPINE

Kot ranljive skupine **vidijo nezavarovane, brezposelne, osebe prepuščene »na milost in nemilost prevajalcu«** (npr. **gluhi, slepi, tujci, starejše, socialno izolirane, emigrante, Rome, kronične psihiatrične bolnike, ljudi iz socialnega roba, revne in brezdomce.**

Sistem je preveč rigiden, da bi se lahko prilagajal na nove razmere. Pojavljajo se nove ranljive skupine, ki jih ne znamo zajeti.

Potrebno je **okrepiti občutljivost zdravstvenih delavcev** na ranljive skupine in **urediti sistemske pristope** za zmanjšanje neenakosti v zdravju. Sogovorniki **izražajo tudi stisko zaradi soočanja z ranljivimi in si želijo boljšega delovanja socialne države** (dvomi o delovanju socialne države so bili izrečeni v vseh skupinah izvajalcev in tudi s strani MZ). Medicinske sestre v ZVC se morajo znajti, da npr. nezavarovane sploh vključijo v svoje programe.

Predstavniki ZZS navede, da je nezavarovanih oseb med sedem in devet tisoč, kjer gre bolj za *»neke administrativne izpade tega zavarovanja«* ob sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja, kjer so ljudi dolžni evidentirati centri za socialno delo in zavarovanje zanje plača občina. Treba je *»dosledno samo izvajati predpise, pa čim hitreje ljudi vključevati, kadar pride do te situacije.«*

Predstavniki NIJZ izpostavijo potrebo po **zaznavanju in ustrezni obravnavi** ranljivih skupin:

Za vse zdravstveno osebje, za zdravstveni sistem je potrebno pripeljati pa pravzaprav nek nov pristop in senzibilizirati zdravstveni kader z vidika zaznavanja neenakosti v zdravju in pa razvoj ključnih orodij, pristopov, ki bodo omogočili zdravstvenim delavcem, da bodo v zdravstvenem sistemu seveda te ranljive skupine, ogrožene skupine, zaznavali in jih ustrezno obravnavali ...

3. KLJUČNE POMANJKLJIVOSTI

Kot zelo perečo pomanjkljivost dosedanjih preventivnih programov **izvajalci brez izjeme izpostavijo neučinkovit in neenoten informacijski sistem.** Računalniška infrastruktura je neprijazna do uporabnika - *»štorasta«* (ZDM), ne omogoča dobrega pretoka informacij niti ustreznih povratnih informacij. *»Nerazumno zaostajamo«* (ZDM) pri ureditvi enotnega in funkcionalnega računalniškega softwera, ki bi omogočal nezamudno, jasno vnašanje in pregled storitev.

Veliko sogovornikov kot šibkost občuti **pomanjkanje učinkovitega vodenja, koordinacije in integracije programov s pomanjkljivo evaluacijo in neažurnimi povratnimi informacijami**, kar slabi motivacijo izvajalcev in možnosti korektivnih ukrepov. Uporabljajo izraze kot »*rak rana*«, »*ena od bolečin vseh tistih, ki v programu delamo*« (ZDM):

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

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

Predvsem zdravniki družinske medicine navajajo **izrazito obremenjenost timov v osnovnem zdravstvu**. Predlagajo zmanjšanje glavarinskih količnikov ter zvečanje deleža financiranja za osnovno zdravstvo.

DMS v RADM navajajo **upad preventivnih pregledov na račun vse večjega števila obravnav kroničnih bolnikov** in nevarnost pomanjkanja časa za »*tiste, ki jih nikdar ni*«, da se v referenčni ambulanti »*vrtijo oni, ki so že v sistemu*«. Bojijo se drsenja proti »štancanju« - zaradi stalnega nalaganja novih aktivnosti in pisanja poročil trpi ozaveščanje in opolnomočenje pacientov, ki je primarni namen preventive.

Delo, ki ga opravljajo medicinske sestre v ZVC in v patronažni službi ni ustrezno ovrednoteno - medicinske sestre ZVC navajajo težave pri delu z ljudmi s posebnimi potrebami, pri individualnih obravnavah, pri delu na terenu; patronažne sestre kot slabost pri svojem delu opažajo predvsem neurejeno beleženje storitev, kjer ni možno hkrati navesti preventivnih in kurativnih ukrepov pri bolniku niti sočasne obravnave drugih družinskih članov, kar se na hišnem obisku zelo pogosto dogaja. Želijo si manj **administrativnih obremenitev in nesmislov** (denimo zahtevanje podpisa, ki naj bi ga zdravnik pridobil, če se pacient ne odloči za delavnice v ZVC ali zahtevanje potrdila o socialni ogroženosti starostnika kot pogoja za patronažni obisk).

Preventiva je v medicini in v družbi pogosto prezrta– videna kot nekaj manj pomembnega (v primerjavi s kurativo) in nima finančnega zagovornika.

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

4. PRILOŽNOSTI IN NUJNOSTI IZBOLJŠAV

Vsi sogovorniki kot prioriteto izpostavljajo predvsem sistemsko ureditev enotne in učinkovite informacijske podpore z ažurno in sistematično evaluacijo preventivnih aktivnosti, s posledičnimi korektivnimi ukrepi. S tem bi namesto zgolj zbiranja (pre)mnogih podatkov omogočili pregled nad učinkovitostjo delovanja in hkrati pravočasno, ustrezno odzivnost na ugotovljeno stanje.

Potrebno je **določiti odgovornosti za zbiranje, analizo in ažurne povratne informacije** – to ni urejeno niti pri novejšem projektu referenčnih ambulant.

Pomembno je zmanjšati administracijo in jasno urediti dostopanje do podatkov (izpostavljena pereča točka je register NPPPSŽB - ROKVB, patronažne sestre pa želijo poenoten in izboljššan dostop do podatkov o pacientih – denimo sezname kroničnih bolnikov in neodzivnih).

Nujna je **razbremenitev tima v osnovnem zdravstvu** - zdravniki in diplomirane medicinske sestre, pa tudi predstavniki MZ, ZZS in NIJZ navajajo potrebo po zaokrožitvi projekta referenčnih ambulant tako, da bi jih imele vse ambulante družinske medicine v državi. Ob tem zdravniki želijo razbremenitev primarnega zdravstva z udejanjanjem že dogovorjenih glavarinskih količnikov v praksi (1500 na tim družinske medicine). Tudi patronažne sestre želijo kadrovske okrepitve, medicinske sestre v ZVC pa doslednejše izvajanje splošnega dogovora glede organizacije ZVC kot samostojne enote z ustrežno kadrovske zasedbo.

Na nivoju države je treba jasno dogovoriti kompetence in odgovornosti za izvajanje, vodenje in koordinacijo preventive.

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

Predstavniki ZZS želi **vzpostavitev profesionalne, politično neodvisne strukture za vodenje in koordinacijo programov preventive na nacionalnem nivoju** – predlaga NIJZ. Vodenje preventivnih programov pa pomeni tudi pristojnost in odgovornost za vsebine in evaluacije s korektivnimi ukrepi:

In brez neke profesionalne strukture, strokovne strukture, mislim da ne bo, ne bi bilo rezultatov. ... da bi bil inštitut (NIJZ op.p.) tisti, ki evalvira programe in ima pristojnost in tudi odgovornost, se pravi, da mora zahtevati spremembe tam, kjer ni rezultatov. Ne pa, da se stvari kar leta in leta razvedenijo in potem pač nič ne premakne. (ZZS)

Predstavniki MZ se zaveda, da **za centralno koordinacijo preventivnih programov za odrasle in za zbiranje podatkov ni zakonsko določene strukture**, kar bi verjetno bilo modro urediti, vendar izključno s konsenzom vseh deležnikov:

Pomembna je nadgradnja preventivnih programov s približevanjem potrebam ljudi v lokalni skupnosti, upoštevajoč ranljive skupine, z integriranim – celostnim in bolj interdisciplinarnim pristopom. Približati se ljudem, tudi neodzivnikom in ranljivim skupinam, v njihovem okolju, tesneje sodelovati z lokalnimi skupnostmi (društva, klubi, šole, četrtne skupnosti, občine), »ne zgolj funkcionirat znotraj zdravstvenega doma« (ZDM). Omogočiti »proljudski pristop« (ZDM) z razumljivimi, dostopnimi informacijami; zbiranje objav

aktivnosti, povezanih z zdravim življenjskim slogom v regiji in njihova objava – dostopnost na enem mestu.

Pomembno je vsebinsko nadgrajeno in kontinuirano izobraževanje na področju preventive tako za zdravnike kot za medicinske sestre – izpostavljena so predvsem področja prehrane, hujšanja, depresije, komunikacijskih veščin. Patronažne sestre si želijo izobraževanj v stilu referenčnih sester (s prilagoditvijo vsebin za terensko delo).

Pomemben je integriran – celovit pristop do pacienta. Več sogovornikov izpostavi nujnost večje integracije preventivnih programov:

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

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

Potrebno je okrepiti medresorno sodelovanje v vladi za sistemsko podpiranje zdravja v vseh politikah, »zlasti pri spodbujanju zdravih življenjskih navad in zmanjševanju neenakosti« (ZZZS).

... sodobne države, ki razumejo zdravje in razvoj in medsebojni vpliv, sprejemajo neke vladne okvirje, al pa strategije za krepitev zdravja, zmanjševanja neenakosti v zdravju v vseh politikah, ... Kajti brez takega pristopa bomo, težko pričakujemo, da bomo lahko zmanjševali neenakosti v zdravju ljudi in optimalno krepili zdravje ljudi. (NIJZ)

Bolj jasno izpostaviti uspehe dosedanjega preventivnega dela – za motivacijo izvajalcev in ozaveščanje javnosti (mediji, ekrani v zdravstvenih ustanovah, ažurna, pregledna poročila). Več zdravnikov omeni, da še tam, kjer so dobri rezultati, tega ne znamo izpostaviti.

Izboljšati povezovanje in komunikacije med vsemi, ki sodelujejo pri obravnavi pacienta: med koordinatorji nacionalnega programa preventive SŽB – predlog letnega srečanja, dodatne koordinacije, mailing seznama z možnostjo foruma in hitrih odgovorov; Izboljšati komunikacije med regijskimi koordinatorji in območnimi zavodi; več srečanj in izmenjave izkušenj nosilcev referenčnih ambulant; izboljšati komunikacije med vodstvom ZD in NIJZ:

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

Predstavniki MZ želi **izboljšano sodelovanje med primarnim zdravstvenim varstvom in javnim zdravjem, boljše doseganje potreb ranljivih skupin z več multidisciplinarnosti** »kot je je bilo zdravstvo doslej navajeno«:

... bi si želela večje povezanosti, bom tko rekla, al pa med tem delom stroke javnega zdravja, ki seveda skrbi za te populacijske pristope, z izvajalci preventivnih

programov, ki nagovarjajo posameznika. Tukaj ta most mora bit in tut morda tukaj potrebujemo, kako bi rekla, bolj multidisciplinarne obravnaveJa, potem, potem vsekakor tut ta most, sodelovanje med primarnim zdravstvenim varstvom in javnim zdravjem. To se mi zdi zelo pomembno.

Medicinske sestre si želijo, da bi zdravniki bolje poznali programe v ZVC, tudi delo patronaže na terenu (menijo, da je trenutno tega poznavanja premalo). DMS si želijo boljšega poznavanja dela RADM v stroki in v družbi.

Priložnost je v povezovanju, v okrepitvi medpoklicnega sodelovanja in dogovarjanja vseh izvajalcev s ciljem celovite obravnave človeka – tesnejše sodelovanje s patronažno službo, s psihologi, z dietetiki, s kliničnimi farmacevti, tudi s socialno službo:

To zelo pogrešamo, ker je dost, al pa bom rekla, veliko težav, problemov, ki pravzaprav sploh niso zdravstvene narave, ampak so socialno ekonomske narave.
(ZDM)

5. PODROČJA MOŽNIH TRENJ

Analiza mnenj izvajalcev nakazuje nekaj področij razhajanj pogledov na vsebino, organizacijo in sistemsko urejanje preventivnih programov s krepitvijo enakosti v zdravju:

- kdo naj na nacionalnem nivoju prevzame določanje vsebin, vodenje in koordinacijo ter evaluacijo preventivnih programov (vertikalno vodenje ali horizontalno povezovanje?); kako naj se razdelijo odgovornosti med MZ, NIJZ, Katedro za družinsko medicino;
- odnos do preventive na primarnem zdravstvenem nivoju, na splošno v družbi, v medicini, s strani zdravnikov v javnih zavodih in koncesionarjev, s strani vodij ZD do organizacije in vodenja ZVC;
- (ne)ustreznost sedanje lokacije zbiranja podatkov NPPPSŽB v smislu dostopnosti informacij in poročanja;
- Kritična mnenja nekaterih ZDM ter RADM glede NPPPSŽB naslovijo obravnavanje »enih in istih« in »štancanje količnikov« ter pomanjkljivo intervencijo. Izraženo je negativno mnenje glede načina uvedbe NPPPSŽB v ambulanto družinske medicine brez dodatnega plačila.
- Zdravniki družinske medicine v timu poleg srednje in diplomirane medicinske sestre navedejo tudi pomen tesnega sodelovanja s patronažno sestro. Patronažne sestre pa jasno izpostavljajo potrebo po avtonomiji (neodvisnosti od zdravnikovega delovnega naloga, ki je praviloma kurativen) ter vse bolj neustrezno razmerje med preventivno in kurativno dejavnostjo patronažne službe.
- (ne)urejenost zavarovanja za nezavarovane;
- (ne)optimalne komunikacije med člani tima v primarnem zdravstvu, med primarnim in javnim zdravstvom, med zdravstvom in MZ, med različnimi vladnimi resorji za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti.
- Kot šibkost ZDM izpostavljajo nezmožnost dogovarjanja in povezovanja različnih deležnikov, »lastninjenje« idej, projektov:

Lejte, zdajle potencialno nastajajo tenzije med Nacionalnim inštitutom za javno zdravje, med Medicinsko fakulteto, med zdravstvenimi domovi, kdo bo zdaj mel te zdravstveno-vzgojne centre, kdo bo mel referenčne ambulante, a bomo to vse dali pod NIJZ, al bo to eno posebej, drugo posebej, kdo bo mel nad kom komando, kdo bo to lahko nadziral itn. To se je treba znenit, dela je kokr hočete. (ZDM)

5.2 Prioritetni izzivi in priložnosti – izsledki delovnih skupin

ZDRAVNIKI DRUŽINSKE MEDICINE

Zdravniki družinske medicine so »osnovna celica sistema«, izvajajo k osebi usmerjeno medicino in so izjemno pomembni, saj »smo pa le tisti, ki prihajamo prvi v stik z našo populacijo. Mamo na stežaj odprta vrata in smo v bistvu tisti, ki držimo ključ do celotnega sistema zdravstvenega varstva. In če tu ne bomo premaknil stvari naprej, pa na boljše, pa ga okrepil, pa tist mejhn odstotek financ namenili temu primarnemu nivoju, potem se res temu zdravstvenemu sistemu v naši državi ne bo nič kaj dobrega zgodilo (ZDM).

Obstaja občutek, da specialisti družinske medicine niso vredni enako kot drugi specialisti: *Mi smo kot zdravnikih najslabše plačani v teh plačilnih razredih, ... Pravzaprav rešimo 80 % problemov zato, da si dva razreda nižje ... (ZDM)*

Izzivi dela ZDM:

1. Informacijska podpora – poenotenje, dostop do podatkov, povezovanje vseh izvajalcev, učinkovitost, razbremenitev

Po 10 letih izvajanja NPPPSŽB razpolagamo s podatki o razširjenosti posameznih dejavnikov tveganja, o absolutni 10-letni koronarni ogroženosti. Nimamo pa podatkov o tem, kako učinkoviti smo bili pri izvajanju intervencijskih programov, ki se izvajajo v centrih za promocijo zdravja nimamo opravljene analize, ali se morda preventivni ukrepi na različnih nivojih podvajajo.

Podatki o opravljenih preventivnih pregledih v okviru NPPPSŽB se zbirajo v »Registru oseb, ki jih ogrožajo kardiovaskularne bolezni« (ROKVB). Nosilec in upravljavac ROKVB je Univerzitetni klinični center Ljubljana. Kljub temu, da podatke zbirajo zdravniki družinske medicine, jim dosedanji način vodenja ROKVB ni omogočal vpogleda v podatke o dejavnikih tveganja za izbrano populacijo, prav tako te možnosti nimajo regijski odgovorni zdravniki. Nadgradnja računalniškega sistema je nujna in mora zagotoviti povezavo z izvajalci preventivnih pregledov, izvajalci v centrih za promocijo zdravja ter vsemi drugimi, ki se bodo vključevali v to področje dela. Glede na to, da se trenutno ločeno (oz. po drugi metodi) zbirajo podatki o opravljenih preventivnih pregledih v ambulantah družinske medicine, ki niso referenčne ter v RADM, je potrebno nujno zagotoviti poenotenje ter opredeliti skrbnika zbranih podatkov. Skrbnik zbranih podatkov mora omogočiti strokovnjakom s področja družinske medicine nemoten dostop do vseh podatkov iz ambulant DM, ne le tistih

podatkov, ki jih sami zbirajo ter jim s tem omogočiti boljšo kakovost dela ter načrtovanje dela.

2. Preobremenjenost timov v ADM ter ZDM zahteva ukrepanje – ustrezno zmanjšanje števila opredeljenih bolnikov v ADM ter »celo« DMS v RADM

Preobremenjenost timov v ambulantah družinske medicine, staranje prebivalstva in porast števila bolnikov s KNB ter hiter razvoj medicinske znanosti, so le nekateri elementi, ki zahtevajo spremembe v organizaciji zdravstvenega varstva na področju družinske medicine. Splošni dogovor res določa, da izvajalec ne sme odkloniti bolnikov, če ne dosega 110 % povprečja izpostave ZZS. Poleg tega 80. člen ZZVZZ res pravi, da način uresničevanja pravic do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda uredi zavod s splošnim aktom. Pravila ZZS v 166. členu pravijo, da je zdravnik, ki izpolnjuje pogoje za osebnega zdravnika, dolžan sprejeti vse zavarovane osebe, ki si ga izberejo. Odkloni jih lahko, če pri njem evidentirano število zavarovanih oseb že presega število, ki ga določi zavod.

Toda 65. člen ZZVZZ pravi, da pogodbe določajo vrste, obseg in kakovost ter roke za uresničevanje programa oziroma zdravstvenih storitev **na podlagi strokovnih standardov** za posamezni zavod oziroma organizacijo v celoti ali po dejavnostih oziroma za zasebnega zdravstvenega delavca.

Nadgradnjo preventivnih programov za odrasle v osnovnem zdravstvu je potrebno prilagoditi demografskim trendom, ki kažejo stalno povečevanje deleža starejših oseb (>65 let), pa tudi števila oseb s KNB. Za obvladovanje teh trendov je nujno krepiti primarno raven, ne le finančno, ampak tudi kadrovsko.

Kadar govorimo o okrepitvi primarnega nivoja je potrebno poudariti, da trenutni normativ 0,5 diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti družinske medicine, ne zadošča potrebam populacije in predvidenemu izvajanju protokolov. Za zagotavljanje enakosti vseh bolnikov je potrebno čim prej uvesti način dela in kadrovske sestave referenčnih ambulant v vse ambulante družinske medicine, v naslednjem koraku pa zagotoviti celo DMS v RADM ter evropske standard obremenitev ZDM, torej 1500 glavarinskih količnikov.

3. Center za krepitev zdravja

Kadrovske krepitev Centrov za krepitev zdravja (CKZ) lahko načrtujemo, ko bodo vse ADM pridobile status referenčnih ambulant. Sodelovanje s strokovnjaki drugih poklicev (kineziologi, dietetiki itd.) je potrebno, a dokler se ne uredijo razmere na področju DM, se jih k sodelovanju lahko pritegne glede na potrebe. Zdravnik družinske medicine je vodja tima, ki v sodelovanju z DMS skrbi za vključevanje svojih bolnikov v CKZ, če je to potrebno.

Iz poročila ZZS za leto 2014 je razvidno, da je delež vseh financ za primarno raven še vedno 16%. Zagotoviti je treba, da novi poklici in širitev dejavnosti dietetikov, fizioterapevtov in patronaže ne bodo zažrli v ubožo družinsko medicino oziroma v kolač 16 %.

Potrebna je študija o zaupanju in stališčih o učinkovitosti bolnikov v osebje ZVC.

4. Povezovanje

Učinkovitost preventivnih aktivnosti ter omogočanje enake dostopnosti vsemu prebivalstvu RS bomo zagotovili s povezovanjem le teh bomo povečali s povezovanjem, ki vključuje medresorsko povezovanje, povezovanje med izvajalci, med nivoji kot tudi povezovanje s strokovnjaki drugih poklicev ter lokalno skupnostjo in NVO. Poti povezovanja ter komuniciranja morajo biti natančno opredeljene. Zagotovljeno mora biti tudi financiranje, ki bi vsekakor sodilo v domeno lokalne skupnosti,

5. Vodenje, koordinacija, evaluacija

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

6. Financiranje

Financiranje mora biti zagotovljeno za vse segmente, ki so vključeni v izvajanje PP po dogovorjenem programu za kadrovske zasedbe tima ADM in CKZ. Pogoji za nemoteno delo pa je vsekakor ustrezna oprema ADM in kakovostna, uporabniku prijazna in čim enostavnejša in nezamudna informacijska podpora.

Širitev programa ne sme zajedati in zmanjševati denarja, namenjenega za kurativno delo ambulant DM in vplivati na nižanje vrednosti količnikov.

40% sredstev, ki so se v zavarovalniški sistem prilila po uvedbi terapevtskih skupin, je potrebno nameniti dejavnosti družinske medicine v preventivnem in kurativnem delu.

7. Edukacija

Ocena stanja in potreb na področju izvajanja PP kaže, da potrebujemo kontinuirano izobraževanje vseh izvajalcev PP, bodisi klasične oblike edukacije, pa tudi sodobne oblike (e-izobraževanje). Informacijska podpora mora omogočati izvajalcem, nosilcem dejavnosti, hiter dostop do ustreznih vsebin in informacij ter do sodobnih strokovnih dognanj.

Predlagamo, da sta za izobraževanje zdravnikov zadolženi Katedri za družinsko medicino MF Univerze v Ljubljani in Mariboru.

8. Skrb za ranljive skupine prebivalcev

Posamezne skupine prebivalcev (ranljive, s posebnimi potrebami) obravnavamo že sedaj in po potrebi vključujemo tudi druge strokovnjake. Vključevanje drugih strokovnjakov (CSD, ZRSZ) zahteva opredelitev poti komunikacij in povezovanja. NIJZ se zadolži, da izpelje ustrezne spremembe in dopolnitev obstoječe zakonodaje, ki onemogoča izmenjavo podatkov ter formalno sodelovanje.

Posebno pozornost je potrebno nameniti osebam, ki nimajo osnovnega zdravstvenega zavarovanja, brezposelnim in osebam s slabim socialno-ekonomskim položajem. Te osebe

pogosto nimajo opredeljenega izbranega osebnega zdravnika ali se ne odzivajo na vabilo na preventivne preglede oziroma po navodilih ZZZS osebe brez osnovnega zdravstvenega zavarovanja do teh pregledov niso upravičene na stroške ZZZS. To posledično še pogloblja razlike v dostopnosti do zdravstvene oskrbe. Apeliramo na pristojne službe, da uredijo zdravstveno zavarovanje teh oseb.

Posebno pozornost je potrebno nameniti opolnomočenju bolnikov, da bodo sposobni samostojnega življenja in samooskrbe. Opolnomočenje je proces, ki omogoča osebam, da povečajo nadzor nad lastnim življenjem in okrepijo svojo sposobnost ukrepanja na področjih, ki jih sami prepoznajo kot pomembna. Opolnomočenje se dogaja na vseh nivojih zdravstvenega in socialnega varstva in se odraža tako, da osebe prevzemajo pobudo, aktivno sodelujejo v razreševanju problemov in sprejemajo odločitve. V procesu opolnomočenja posamezniki (in njihovi bližnji, kadar je to primerno) pridobijo sposobnosti, da sodelujejo pri odločitvah v zvezi z lastnim zdravstvenim stanjem v tolikšni meri kot sami želijo in sami ocenijo, da je pomembno za njihovo zdravje in dobro počutje. Vključuje tudi njihove lastne izkušnje glede bolezenskega stanja oziroma bolezni.

Zdravstveni delavci se moramo zavedati, da so tudi pri izvajanju vseh oblik preventivnih dejavnosti še prisotne neenakosti v zdravstveni oskrbi in jih poskušati odpraviti. Člani delovne skupine zdravnikov družinske medicine predlagamo vodji projekta, da med nosilce projekta Skupaj za zdravje vključi strokovni kolegij Katedre za družinsko medicino MF Univerze v Ljubljani kot enega od pobudnikov in pomembnih nosilcev projekta Referenčnih ambulant.

Manjka podpoglavje o načelu svobodne izbire. Napisati je potrebno predpise in člene zakona, ki posamezniku omogočajo svobodno odločanje in zavrnitev sodelovanja v preventivnih programih.

DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE V REFERENČNI AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE

Projekt referenčnih ambulant družinske medicine (RADM) prenaša izvajanje preventive za odrasle, starejše od 30 let, na diplomirano medicinsko sestro (DMS), dodatno usposobljeno za integrirano preventivo in celostno obravnavo urejenih kroničnih bolnikov. Preventivni pregled NPPPSŽB, v okviru katerega se izvaja presejanje za srčno-žilne bolezni, je v RADM razširjen s presejanjem za kronično obstruktivno pljučno bolezen (KOPB), sladkorno bolezen tipa 2, arterijsko hipertenzijo, stres, depresijo ter ugotavljanje prisotnosti nekaterih opozorilnih znamenj za raka. Projekt referenčnih ambulant sta podprla tako Ministrstvo za zdravje kot tudi Zavod za zdravstveno zavarovanje ter stroka. Vsi izvajalci navajajo potrebo po zaokrožitvi projekta referenčnih ambulant tako, da bi jih imele vse ambulante družinske medicine v državi (do konca 2014 je z referenčno ambulanto delovala približno polovica vseh ambulant družinske medicine). DMS pa si želijo izboljšati kvaliteto dela s polno zaposlitvijo – t.i. »ena na ena« - ena DMS na eno referenčno ambulanto, če se le da, z lokacijsko bližino – najbolje z isto čakalnico:

Ker bi se res lahko začel posvečati. Tko pa v bistvu samo delaš, delaš, da maš storitve, sam, da prideš čez. ... Ni dispanzerskega načina dela, tak kot je blo zastavljeno, ker ni možno, enostavno ne gre, edino, če ostajaš.

Zaključki DS za primarno in sekundarno preventivo v ambulanti družinske medicine povzemajo izzive in priložnosti dejavnosti RADM pri izvajanju preventivnih programov za odrasle, vključno z enakostjo ranljivih skupin.

Izzivi pri delu DMS v RADM

1. Vodenje, koordinacija in evalvacija izvajanja preventivnih programov

Za nacionalno strokovno vodenje in koordinacijo vseh preventivnih pregledov (PP) za odrasle ni jasno določene strukture. Kljub sprejetim dokumentom na nivoju države se soočamo s **pomanjkanjem učinkovitega vodenja, koordinacije in integracije programov, s pomanjkljivo evalvacijo ter z neažurnimi povratnimi informacijami**, kar slabi motivacijo izvajalcev in tudi možnost izvajanja korektivnih ukrepov. Jasno je določen preventivni program integrirane preventive PP KNB, vendar ta še ni povsem zaživel, saj je **obremenitev DMS v RADM glede na trenutni normativ prevelika** in je ob tem načrtno presejanje populacije delovna utopija.

2. Povezovanje in sodelovanje

Povezovanje je potrebno zaradi multidisciplinarnosti in celostne obravnave bolnikov. V Sloveniji poteka povezovanje in sodelovanje zelo različno ali pa ga ponekod celo ni (na primer neurejeno poročanje o pregledih in preiskavah, ki jih bolnik opravi v ambulanti medicine dela, prometa in športa). Pomembno je načrtno izboljšati povezovanje in sodelovanje vseh, ki sodelujejo pri obravnavi bolnika (srečanja - npr. redni sestanki, koordinacije, izmenjava izkušenj), vključno s specialisti na različnih ravneh (vzpostaviti hitro povezavo za pridobitev dodatnih informacij ali razrešitev dilem). Urediti je potrebno napotitve v ZVC in pridobivanje povratnih informacij v RADM za dvig kakovosti multidisciplinarnih obravnave.

Izredno pomembno je dobro sodelovanje RADM z ZVC in PZV. Povratne informacije o opravljenih obiskih in delavnicah so ključnega pomena pri nadaljnjih svetovanjih/ukrepih (primer dobre prakse je vzpostavljena pot obveščanja s posebnim obrazcem v ZD Celje). Dobro urejeno sodelovanje znotraj zdravstvene stroke in jasno opredeljene poti medsebojnega komuniciranja bi omogočalo **bolj kakovostno, celostno in v bolnika usmerjeno obravnavo.**

3. Organizacija in financiranje storitev

Predlagamo zvečanje deleža financiranja za primarno zdravstvo. Več finančnih sredstev namenjenih za izvajanje preventive v primarnem zdravstvenem varstvu bi dolgoročno pomenilo manj stroškov na sekundarnem nivoju.

Pomembno je pospešiti podeljevanje RADM in s tem zagotoviti enakost v oskrbi bolnikov. Trenutna dodelitev ene DMS dvema ambulantama družinske medicine (normativ 0,5 DMS na RADM) v praksi pomeni zadolžitev za najmanj 4000 bolnikov, ponekod tudi z neustreznimi delovnimi pogoji. **Na ta način ni mogoče izvajati popolne dispanzerske metode dela** z integrirano preventivo KNB in hkratnim delom s kroničnimi bolniki ter predvidenega izvajanja protokolov.

4. Informacijska podpora in dostop do podatkov

Neenoten in neučinkovit informacijski sistem ne omogoča pretoka informacij (ZVC, PZV, RADM), prihaja do podvajanja dokumentiranja in laboratorijskih storitev. Potreben je enoten računalniški sistem, ki omogoča izmenjavo podatkov za vse, ki sodelujejo pri multidisciplinarni obravnavi bolnika, saj lahko le na ta način zagotavljamo kvaliteto in varnost.

Potrebna je sistemska ureditev učinkovite informacijske podpore, ki omogoča boljše povezovanje izvajalcev, poročanje in evalvacije, zmanjšanje administracije (RADM; PZN; ZVC, sekundarni nivo).

5. Kadri, izobraževanje in usposabljanje

Kaže se izjemna obremenitev tima družinske medicine glede na trenutne normative in zahteve. Predlagamo **razbremenitev tima družinske medicine (DM) z uvedbo RADM v vse ambulante DM, vključevanje 1 DMS v tim (sedaj 0,5/tim) ter upoštevanje dogovorjenih glavarinskih količnikov**.

DMS je potrebno zagotoviti ustrezne prostorske in materialne pogoje. Pomembno je **kontinuirano izobraževanje** z obnavljanjem znanj (na 5 let) ter supervizijske delavnice za preprečevanje izgorelosti. Dobro bi bilo izvajati strokovno spremljanje s svetovanjem glede organizacije RADM - tako z vidika opremljenosti kot tudi glede kadrovske ustreznosti in izvajanja nalog. Predlagamo vsebinsko nadgrajeno in kontinuirano izobraževanje na področju preventive za vse izvajalce na primarni ravni - ZDM, RADM, PZV, ZVC.

6. Vsebine, pristopi k izvajanju preventivnih programov

Nadgraditi obstoječe kazalnike kakovosti z vsebinami novih protokolov.

Določiti je potrebno odgovornost za zbiranje, analizo in ažuriranje povratnih informacij. Trenutno so vsi sprejeti ukrepi le na papirju, v praksi pa so izvajalci prepuščeni lastni iznajdljivosti.

7. Koncepti

Ključna je okrepitev primarnega zdravstva in boljše povezovanje preventivnih programov.

Pomen RADM je v lokalnem okolju in celo med zdravstvenimi delavci slabo prepoznaven – **pomembno je okrepiti seznanjenost z delom DMS v RADM** (javni nastopi v medijih, s plakati, zloženkami). Razviti orodja zaznavanje in obravnavo RS in **okrepiti sistemske pristope** za zmanjšanje neenakosti v zdravju. Okrepiti je potrebno informiranje/zavedanje o pomenu preventive in izpostaviti uspehe dosedanjega dela ter primere dobre prakse.

PATRONAŽNE MEDICINSKE SESTRE

Za patronažno službo je temeljni terenski koncept dela na geografsko opredeljenem področju z **družinsko obravnavo pacientov v vseh življenjskih obdobjih in v njihovem domačem okolju**. So »*edini strokovni kader, ki pride v hišo*«. Njihova prednost je v izjemnem poznavanju terena, kjer zaznavajo socialno problematiko in iščejo interdisciplinarne rešitve tudi v povezovanju z lokalno skupnostjo in NVO.

Popolnoma drugače je, če pride človek v ambulanto, pa če je to referenčna, ali k zdravniku, ali prideš ti v njegovo domače okolje. Ker obravnava temelji na tem, kje človek živi, kako človek živi.

Patronažne medicinske sestre so pri načrtovanju svojega dela **samostojne**, pri izvajanju diagnostično terapevtskega programa pa sodelujejo z zdravniki specialisti na vseh treh ravneh zdravstvene dejavnosti. Delovanje, usmerjeno v dobrobit posameznika, družine in skupnosti, še posebej ranljivih skupin prebivalstva in subjektov v občutljivih življenjskih obdobjih, je pomemben element zagotavljanja enakosti v dostopnosti do zdravstvenih storitev.

Zaključki DS podpora na domu povzemajo izzive in priložnosti dejavnosti PZV pri izvajanju preventivnih programov za odrasle, vključno z enakostjo ranljivih skupin.

Izzivi pri delu patronažnih medicinskih sester

1. Vodenje, koordinacija in evalvacija izvajanja preventivnih programov

Diplomirana medicinska sestra v patronaži mora imeti **avtonomijo**, da lahko v skladu s kompetencami in na osnovi ocene potreb pacienta, družine oziroma lokalne skupnosti, samostojno načrtuje preventivne aktivnosti.

Za povečanje uspešnosti preventivnih programov je nujno **zagotoviti boljšo koordinacijo, povezovanje in informiranje izvajalcev**. Patronažne medicinske sestre so članice interdisciplinarnih timov in morajo dobiti povratne informacije o uspešnosti in učinkovitosti svojega delovanja.

Za poenotenje delovanja izvajalcev preventivnih programov v patronažnem varstvu je treba izdelati in vpeljati nacionalne smernice oziroma **protokole sistematičnega ukrepanja** ob zaznavi zdravstvene in/ali druge problematike.

Pomembno je določiti nacionalno strukturo vodenja preventivnih programov v patronažnem varstvu in opredeliti **elemente sledenja uspešnosti**.

2. Povezovanje in sodelovanje

S horizontalnim in vertikalnim **povezovanjem zdravstvenih in drugih strokovnjakov** je možno uspešnejše reševanje kompleksnih težav pacienta, družine in lokalne skupnosti. Pri tem je pomembno tesno sodelovanje patronažne medicinske sestre z vsemi zdravstvenimi timi in službami v zdravstvenem domu ter na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti kot tudi z drugimi službami in organizacijami izven zdravstvenega doma, ki lahko kakor koli pripomorejo k optimalni rešitvi stanj, razmer pri posamezniku in družini. Nujna je večja podpora komunikaciji in **sistematičnemu povezovanju z drugimi** izvajalci ter dopolnjevanju pri izvajanju preventivnih programov (ZVC, RADM) in njenimi preventivnimi aktivnostmi v družini in lokalnem okolju, kjer je patronažna medicinska sestra **pobudnik in koordinator zdravstvenovzgojnega dela**.

Primere dobre prakse kot so zdravstvena vzgoja v vrtcih, osnovnih in srednjih šolah, predavanja v lokalnih skupnostih, v društvih, v romskih naseljih, »posvetovalnice« v mestnih četrtih in vaseh, skrb za brezdomce ipd., je treba smiselno vključiti v redno delo izvajalcev.

3. Organizacija in financiranje storitev

Za zagotovitev sistematičnega urejanja obsega, nadgradnje in financiranja preventivnih programov v patronažnem varstvu, je treba zagotoviti vključitev **predstavnika patronažnega varstva** v pogajanja za Splošni dogovor.

Znotraj zdravstvenih domov je potrebno zagotoviti **transparentno porabo sredstev**, ki so namenjena za time v patronažnem varstvu. Hkrati je pomembno zagotoviti **avtonomijo vodje patronažnega varstva** pri upravljanju s kadrovskimi in materialnimi viri (tudi za osnovna sredstva). Patronažne službe morajo biti organizirane in delovati kot **samostojne organizacijske enote/službe**, katerih vodja je diplomirana medicinska sestra.

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

4. Informacijska podpora in dostop do podatkov

Ob podpori **uporabnih in kompatibilnih informacijskih sistemov**, ki bodo podpirali elektronsko izmenjavo podatkov med zdravstvenimi strokovnjaki, bodo patronažne medicinske sestre lahko pravočasno pridobile **ustrezen obseg podatkov** o pacientih (registri kroničnih pacientov), kot tudi podatke, ki so nujni za izvajanje kontinuirane zdravstvene obravnave (obvestila o porodih in rojstvih, nosečnicah), kar je bistveno za varno in kakovostno delo. V ta namen se bodo ustrezno nadgradila tudi pooblastila na profesionalni kartici. Z ureditvijo informacijske podpore v patronažnem varstvu se lahko **zmanjša obsega administrativnega dela** in zagotovi tudi informacijsko podporo strokovnemu delu.

5. Kadri, izobraževanje in usposabljanje

Kadrovanje v patronažnem varstvu mora biti domena vodij patronažne službe. Kadri se bodo zaposlovali v skladu s strokovnimi priporočili in kadrovskimi normativi. S tem je zagotovljena možnost celostne in strokovne obravnave pacientov v domačem okolju. Ob naraščajočih potrebah po kurativnih storitvah in storitvah dolgotrajne oskrbe je smiselno zaposliti tehnike zdravstvene nege, ki se bodo vključevali v izvajanje kurativnih storitev izključno po presoji diplomirane medicinske sestre. Z namenom zagotavljanja kakovostne obravnave pacientov v domačem okolju je treba nadgraditi delo patronažnih medicinskih sester z delovanjem v **interdisciplinarnih timih**.

Izobraževanje vseh zaposlenih v patronažnem varstvu z vsebinami preventivnih programov in s tematikami širšega strokovnega področja zagotavlja enakost pri preventivni obravnavi pacientov. Redno obnavljanje strokovnih znanj je smiselno ob uporabi sodobnih učnih metod in pristopov v izobraževanju. Zaradi zahtevnega in obremenjujočega terenskega dela se za preprečevanje izgorelosti in za uspešno spopadanje z delovnimi izzivi kaže potreba po strokovni podpori kadra (**intervizija, supervizija**).

Vpeljava specializacije iz patronažnega varstva je nujna in je hkrati osnova za kakovostno polivalentno obravnavo subjektov v patronažnem varstvu.

6. Vsebine, pristopi k izvajanju preventivnih programov

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

Vloga patronažnih medicinskih sester je ključna v **integriranih interdisciplinarnih preventivnih** obravnavah ranljivih skupin prebivalstva. Pri pacientih, ki ne morejo dostopati do zdravstvenih institucij, se preventivni programi lahko smiselno izvajajo v domačem okolju s strani patronažnih medicinskih sester.

Z aktivno vlogo patronažnih medicinskih sester **pri zdravstvenosocialni obravnavi kroničnih pacientov in invalidov z dolgotrajnimi težavami** pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnostih bodo zagotovljene možnosti preventive in rehabilitacije, podpore in učenja svojcev, laičnih negovalcev ter spodbude pacienta za samooskrbo. Patronažna medicinska sestra je koordinator celostne obravnave pacienta.

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

7. Koncepti

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

MEDICINSKE SESTRE V ZDRAVSTVENOVZGOJNIH CENTRIH

Enainšestdeset zdravstvenovzgojnih centrov (ZVC), lociranih v zdravstvenih domovih po vsej Sloveniji, tvori nacionalno mrežo za izvajanje programov nemedikamentozne obravnave za odraslo populacijo. ZVC so nosilci zdravstvenovzgojne dejavnosti za odraslo populacijo na primarni ravni zdravstvenega varstva in samostojni centri v organizacijski strukturi zdravstvenih domov. Izvajajo strukturirano nemedikamentozno obravnavo odraslih oseb, ki so visoko ogrožene za razvoj KNB oziroma ki so že zbolele za KNB. Vzpostavljena mreža ZVC s svojimi programi in izobraženim kadrom predstavlja velik potencial za organizacijo ustreznih kapacitet in programov za učinkovitejše obvladovanje kroničnih nenalezljivih bolezni (KNB) v Sloveniji.

Zaključki DS za zagotavljanje programov nemedikamentozne obravnave oseb z velikim tveganjem za KNB na primarni ravni zdravstvene dejavnosti povzemajo izzive in priložnosti dejavnosti ZVC pri izvajanju preventivnih programov za odrasle, vključno z enakostjo ranljivih skupin.

Izzivi delovanja ZVC

1. Vodenje, koordinacija in evalvacija izvajanja preventivnih programov

Enega ključnih problemov in hkrati izzivov predstavlja **vodenje ZVC** oziroma imenovanje vodij ZVC. Vsak ZVC mora imeti imenovanega vodjo ZVC, ki je ustrezno izobražen (vsaj visokošolska strokovna izobrazba oziroma 1. bolonjska stopnja medicinske/zdravstvene smeri), dodatno usposobljen (opravljen 14-dnevni »Program temeljnega izobraževanja s področja promocije zdravja in preprečevanja KNB v primarnem zdravstvenem varstvu«, ki se izvaja na NIJZ) in v rednem delovnem času vezan na delo v ZVC. Na podlagi analize *Letnega poročila ZVC 2013* smo ugotovili, da je v nekaterih ZVC vodja pravno-formalno imenovan, v nekaterih ZVC pa ne, kar pomeni, da oseba, ki opravlja dela in naloge vodje, to delo opravlja na podlagi internega ustnega dogovora v zdravstvenem domu. Posebno problematično skupino glede vodenja ZVC predstavljajo tisti ZVC, v katerih je vodja sicer pravno-formalno imenovan, vendar ta oseba nima neposrednega stika z ZVC ter del in nalog vodenja ZVC ne opravlja. Za zagotavljanje kakovostnega izvajanja nemedikamentozne intervencije, ki se bo odzivala na potrebe populacije v lokalnem okolju, je v vseh ZVC potrebno zagotoviti pravno-formalno imenovanega vodjo ZVC, ki izvaja vsaj del *Programa svetovanja za zdravje* in je v rednem delovnem času vezan na delovno mesto v ZVC. Vzpostaviti je potrebno vlogo vodje

ZVC kot suverena in kompetentnega strokovnjaka na področju svetovanja za spremembo življenjskega sloga.

Evalvacija uspešnosti in učinkovitosti Programa svetovanje za zdravje. Podatki, razpoložljivi iz več kot 10-letnega izvajanja Programa svetovanje za zdravje v ZVC, nam omogočajo evalvacijo obsega aktivnosti zdravstvenovzgojnega programa, evalvacijo uspešnosti in učinkovitosti nemedikamentozne intervencije pa omogoča od julija 2014 vzpostavljen evalvacijski model z indikatorskim sistemom, ki bo omogočal kontinuiran razvoj zdravstvenovzgojnih pristopov v ZVC, hkrati pa bomo lahko usmerjeno in učinkoviteje vplivali na izboljšanje stanja na področju vedenjskih dejavnikov tveganja v obravnavani populaciji, na posledično zmanjšanje bioloških dejavnikov tveganja ter s tem tudi na zdravje slovenskega prebivalstva. Hkrati pa je v sodelovanju z ambulantami družinske medicine in patronažno službo potrebno vzpostaviti dolgoročno spremljanje pacientov po končani obravnavi v Programu svetovanje za zdravje. Potrebno je izdelati tudi kazalnike kakovosti dela v ZVC in jih kontinuirano spremljati.

2. Povezovanje in sodelovanje

S ciljem uspešnega in učinkovitega delovanja ZVC je potrebno aktivno **povezovanje in sodelovanje ZVC z izvajalci preventive in promocije zdravja v zdravstveni dejavnosti**, tako v okviru lastnega zdravstvenega doma, lokalne skupnosti kot tudi na regijski ravni, pa tudi z Nacionalnim inštitutom za javno zdravje (NIJZ). Za uspešno in kakovostno izvajanje promocije zdravja in zdravstvene vzgoje ter pridobivanje ciljne populacije za udeležbo v Programu svetovanje za zdravje je ena ključnih nalog ZVC tudi kontinuirano **izvajanje številnih komunikacijskih aktivnosti** s pomočjo sredstev javnega obveščanja v lokalni skupnosti. Pri tem je pomembno, da ZVC vzpostavijo ustrezne medijske poti za obveščanje ciljne populacije o aktivnostih, ki potekajo v ZVC, o zdravem življenjskem slogu in njegovem pomenu v vsakdanjem življenju ter za motiviranje za zdrav življenjski slog in udeležbo v Programu svetovanje za zdravje. ZVC so kot promotorji zdravega življenjskega sloga v lokalnem okolju prav tako dolžni izvajati različne podporne aktivnosti za spodbujanje zdravega življenjskega sloga v lokalni skupnosti ter se v skrbi za javno zdravje **povezovati z različnimi organizacijami/institucijami in vzpostavljati partnerstva za zdravje**. Kljub tem usmeritvam in zagotovljenim finančnim sredstvom s strani ZZS v obliki namenskih sredstev za delovanje ZVC pa nekatere ZVC pri delovanju v lokalni skupnosti ovira vodstvo zdravstvenega doma z argumentom, da aktivnosti promocije zdravja in zdravstvene vzgoje že potekajo v zdravstvenem domu in da nimajo finančnih sredstev za izvajanje te dejavnosti v lokalni skupnosti. Namesto tega spodbujajo promocijo plačljivih programov, ki potekajo v zdravstvenih domovih.

Jasno je potrebno opredeliti vsebino in finančna sredstva za promocijo zdravja v lokalni skupnosti.

3. Organizacija in financiranje storitev

Kljub opredelitvi organiziranosti, delovanja, financiranja in obsega nalog ZVC v Splošnem dogovoru se ZVC še vedno srečujejo s številnimi ovirami, ki pomembno vplivajo na kakovost, uspešnost in učinkovitost njihovega dela. Enega ključnih problemov predstavlja **vzpostavitev ZVC kot samostojnega centra v organizacijski strukturi zdravstvenega doma**. Organizacija ZVC vpliva na uspešnost delovanja ZVC in izvajanje *Programa svetovanje za zdravje*, s tem pa tudi na problematiko neenakosti v gravitacijskem območju ZVC. Posledica tega so slabši učinkovitost, kakovost dela in realizacija ter neoptimalna obravnava ogrožene populacije v gravitacijskem območju teh ZVC-jev. Za organizacijo ZVC-ja kot samostojnega centra v organizacijski strukturi zdravstvenega doma je najprej potrebno spremeniti organigram in statut zdravstvenega doma in vanj vključiti ZVC kot samostojno organizacijsko enoto. Nato direktor imenuje vodjo ZVC. Potrebna je sistemska ureditev statusa vseh ZVC v Sloveniji, skupaj s poenotenim poimenovanjem, opredeljenim kadrom, ki bo ustrezno izobražen in imel možnost stalnega strokovnega izpopolnjevanja.

ZZZS za vsak ZVC zagotavlja finančna sredstva (1) za izvajanje Programa svetovanje za zdravje (za izvajanje zdravstvenovzgojnih delavnic in individualnih svetovanj), (2) namenska sredstva za delovanje ZVC (višina teh sredstev je odvisna od velikosti ZVC oziroma velikosti gravitacijskega območja posameznega ZVC) – za vodenje ZVC; za promocijo *Programa svetovanje za zdravje* ter zdravja in zdravega življenjskega sloga v lokalni skupnosti; za povezovanje in koordinacijo izvajalcev preventive in promocije zdravja v zdravstveni dejavnosti; obveščanje prebivalstva iz gravitacijskega območja ZVC o dejavnosti ZVC in o zdravem življenjskem slogu, motiviranje ciljne populacije za udeležbo v Programu svetovanje za zdravje ter komuniciranje z zavarovanci in delovanje v lokalni skupnosti (vzpostavljane partnerstev); za udeležbo strokovnjakov iz tima ZVC na obveznem in stalnih strokovnih izpopolnjevanjih; ter (3) finančna sredstva za podporo implementaciji Programa Svit, ki so namenjena pokrivanju stroškov podpore in promocije pri implementaciji Programa Svit na lokalni ravni.

Enega pomembnejših problemov, s katerim se soočajo ZVC, je **nenamenska raba finančnih sredstev za ZVC**. Številni vodje ZVC nimajo vpogleda v porabo finančnih sredstev za ZVC, zato je njihovo delo ovirano, tako pri izvajanju *Programa svetovanje za zdravje* kot pri izvajanju podpornih aktivnosti za promocijo zdravega življenjskega sloga v lokalni skupnosti. Potrebno je zagotoviti transparentno porabo sredstev, namenjenih za izvajanje dejavnosti v ZVC. Potrebno je zagotoviti ustrezna finančna sredstva za vodenje ZVC, skladno z vsebino in obsegom dela vodij ZVC. Program svetovanje za zdravje naj se financira po modelu patronažnega zdravstvenega varstva – ZV delavnice in individualna svetovanja, izvedena v prostorih zdravstvenega doma, naj bodo drugače finančno ovrednotene kot tiste, ki jih bodo izvajalci iz ZVC izvedli v lokalnem okolju (npr. v krajevni skupnosti, na dislociranih območjih).

4. Informacijska podpora in dostop do podatkov

Proces dela v ZVC ni informatiziran, prav tako pa ni informacijske povezave med ambulantami družinske medicine, patronažno službo in ZVC, kar povečuje obseg

administrativnega dela v ZVC. Zato je za optimiziranje dela in kakovostno obravnavo pacientov v ZVC potrebno vzpostaviti informacijsko podporo delu v ZVC, ki bo omogočala neposreden pretok informacij iz (referenčnih) ambulant družinske medicine do ZVC. Posebej je potrebno vzpostaviti protokol prenosa informacij z zunanjimi izvajalci – koncesionarji.

5. Kadri, izobraževanje in usposabljanje

Kot je opredeljeno v Splošnem dogovoru, mora imeti vsak ZVC imenovanega vodjo ZVC ter zagotovljenega toliko kadra (izvajalci *Programa svetovanje za zdravje* – izvajanje zdravstvenovzgojnih delavnic in individualnih svetovanj), v rednem delovnem času vezanega na delovno mesto v ZVC, kot je opredeljenega v planu zdravstvenovzgojnih delavnic in individualnih svetovanj ter za delovanje ZVC in podporo implementaciji Programa Svit. Enega ključnih problemov, ki vpliva na kakovost dela v ZVC, predstavlja dejstvo, da številni **ZVC nimajo kadra, ki bi bil na delovno mesto v ZVC vezan v rednem delovnem času**, kot je to opredeljeno v Splošnem dogovoru. Zdravstvenovzgojne delavnice in individualna svetovanja v ZVC tako izvajajo zdravstveni strokovnjaki, ki v zdravstvenem domu opravljajo druge dejavnosti, delo v ZVC pa opravljajo v nadurnem delu (plačanem ali neplačanem), kar zaradi preobremenjenosti teh izvajalcev, ki se hkrati tudi nimajo možnosti izobraževati in strokovno izpopolnjevati na področju dela v ZVC, lahko vodi v slabšo kakovost izvajanja zdravstvenovzgojnega programa. Prav tako kljub jasni izobrazbeni strukturi kadra za izvajanje *Programa svetovanje za zdravje* v Splošnem dogovoru, programirano zdravstveno vzgojo za odrasle v zdravstvenih domovih izvajajo izvajalci z različno izobrazbo. Posledica vsega tega so slabša učinkovitost, uspešnost in kakovost dela, slabša realizacija ter neoptimalna obravnava ogrožene populacije, saj

- je ovirana kontinuiteta priprave, načrtovanja, izvajanja in vrednotenja zdravstvenovzgojnih delavnic in individualnih svetovanj,
- je težko ustrezno organizirati in skoordirati skupine izvajalcev zdravstvene vzgoje v ZVC,
- je močno oteženo prilagajanje urnikov, ki bi ustrezali odrasli populaciji,
- je močno otežena organizacija zdravstvenovzgojnih delavnic/individualnih svetovanj izven sedeža zdravstvenega doma (torej organizacija v lokalnem okolju), kar bi povečalo dostopnost ciljni populaciji, ki se zaradi različnih razlogov ne more udeležiti dejavnosti v ZVC,
- ni ustrezno poskrbljeno za kontinuirano povezavo med izvajalci preventivnih pregledov in izvajalci zdravstvene vzgoje,
- je močno oteženo ustrezno motiviranje ogroženih za vključevanje v *Program svetovanje za zdravje* ter motiviranje zdravnikov in diplomiranih medicinskih sester iz RADM za dosledno napotovanje preventivno pregledanih oseb v ZVC,
- je močno oteženo vzpostavljanje sodelovanja in povezav z različnimi deležniki v lokalnem okolju (z različnimi organizacijami in društvi) in s tem promocija zdravja v lokalnem okolju ter ustrezno sodelovanje z mediji, kar bi povečalo odzivnost populacije,
- je močno oteženo sodelovanje z regijskimi odgovornimi zdravniki in OE NIJZ.

Za vsak ZVC je potrebno določiti **standard tima** za izvedbo *Programa svetovanje za zdravje*. Potrebno je zagotoviti kader, ki je na delovno mesto v ZVC vezan v rednem delovnem času, hkrati pa je vsem izvajalcem zdravstvenovzgojnih delavnic potrebno omogočiti, da se

udeležijo obveznega 14- dnevnega »Programa temeljnega izobraževanja s področja promocije zdravja in preprečevanja KNB v primarnem zdravstvenem varstvu«, saj brez tega ne morejo kakovostno opravljati svojega dela. Za zagotavljanje kakovostne nemedikamentozne obravnave v vseh ZVC je potrebno izdelati **kompetenčni profil** vseh izvajalcev v ZVC.

Izobraževanje in usposabljanje izvajalcev

- Posodobiti je potrebno 14-dnevni »Program temeljnega izobraževanja s področja promocije zdravja in preprečevanja KNB v primarnem zdravstvenem varstvu«;
- opredeliti je potrebno obdobje, v katerem morajo izvajalci svoja znanja osvežiti/obnoviti/nadgraditi;
- potrebno je nadgraditi sistem izobraževanja in usposabljanja izvajalcev z vzpostavitvijo kontinuiranega izobraževanja in usposabljanja izvajalcev na posameznih vsebinskih področjih;
- posebno pozornost je potrebno posvetiti izobraževanju izvajalcev s področja metodike in didaktike zdravstvene vzgoje, pedagoško-andragoških vsebin, prepoznavanja stopnje zdravstvene pismenosti, psiholoških znanj ter jim ponuditi izobraževanja/usposabljanja s področja zdravstvene pismenosti, zaznane samoučinkovitosti na področju vedenja, povezanega z zdravjem, teorij spreminjanja vedenja, povezanega z zdravjem ter jim posredovati znanja in veščine, potrebne za podporo pacientu pri spreminjanju vedenj, povezanih z zdravjem;
- potrebno je vzpostaviti redne supervizijske delavnice za posamezne ZV delavnice/individualna svetovanja, ki naj bodo za vse izvajalce posamezne ZV delavnice/individualnega svetovanja obvezne.

6. Vsebine, pristopi k izvajanju preventivnih programov

Za zagotovitev kakovostnega, uspešnega in učinkovitega izvajanja nemedikamentozne intervencije so poleg strokovno usposobljenega kadra pomembni tudi zagotavljeni prostorski in materialni pogoji za delo v ZVC. Analiza *Letnega poročila ZVC 2013* je pokazala, da nekateri ZVC nimajo zagotovljenih temeljnih prostorskih in materialnih pogojev za delo/kakovostno opravljanje svoje dejavnosti (npr. nimajo svojega prostora, razpoložljive telovadnice, analizatorja telesne mase, čeprav že več kot 10 let izvajajo delavnico Zdravo hujšanje). Zato je potrebno postaviti in zagotoviti standard glede prostorskih in materialnih kapacitet vseh ZVC.

Stukturirana nemedikamentozna obravnava odraslih, visoko ogroženih za razvoj KNB oziroma že zbolelih za KNB, ki poteka v ZVC, se izvaja v okviru **Programa svetovanje za zdravje**. To je standardiziran zdravstvenovzgojni program, ki ima določeno organizacijo dela, določeno vsebino, obseg, čas trajanja, pristop, metodo in obliko dela ter opredeljen kader. Vključuje različne vrste zdravstvenovzgojnih (ZV) delavnic in individualnih svetovanj, v okviru katerih posebej usposobljeni strokovnjaki nudijo oporo in pomoč ljudem pri spreminjanju nezdravega življenjskega sloga. *Program svetovanje za zdravje* je potrebno nadgraditi tako, da:

- se glede na razvoj posameznih vsebinskih področij, obravnavanih v ZVC, in pristopov pomoči pri spreminjanju življenjskega sloga vse obstoječe ZV delavnice posodobijo tako z

organizacijskega in vsebinskega vidika kot tudi z vidika pristopa pri spreminjanju vedenja, povezanega z zdravjem; hkrati s prenovo je potrebno izdelati tudi posodobljena gradiva tako za izvajalce kot za udeležence *Programa svetovanje za zdravje*;

- se v strukturo Programa poleg osnovnih informativnih ZV delavnic in dolgih strukturiranih obravnav vključi tudi krajše delavnice za tiste, ki se ne morejo/ne želijo udeležiti daljših strukturiranih obravnav v ZVC;
- se glede na aktualno problematiko področje duševnega zdravja nadgradi z novimi vsebinami (formiranje delavnice za stres in anksioznost);
- se omogoči individualne obravnave na vseh področjih svetovanja za spremembo življenjskega sloga tistim ljudem, ki se zaradi različnih objektivnih razlogov ne morejo/ne želijo udeležiti skupinske obravnave (npr. zaradi časovne neustreznosti, prezaposlenosti, osebnih zadržkov oz. nezmožnosti za sodelovanje – npr. osebe z duševno motnjo); določen del programa vsakega ZVC naj bo namenjen individualnim obravnavam;
- se spodbuja vzpostavitev vzdrževalnih programov s povezavo z lokalno skupnostjo s ciljem vzdrževanja spremenjenega življenjskega sloga;
- se Program prilagodi tistim, ki se interventnih programov ne morejo (redno) udeleževati (aktivni populaciji, zaposlenim v dejavnostih, ki imajo izmensko delo – trgovci, gostinci, javne službe ipd.), osebam na zakonsko določenih dvojezičnih področjih v Sloveniji, ranljivim skupinam.

Potrebno je natančno opredeliti **protokol obravnave pacienta v ZVC**, saj bo sicer obravnava preveč odvisna od osebne angažiranosti in strokovnega znanja posameznega vodje ZVC in bo zaradi tega prihajalo do velikih neenakosti v dostopnosti do storitev nemedikamentozne obravnave.

Pereča je problematika nenapotovanja preventivno pregledanih pacientov s strani osebnih izbranih zdravnikov (še posebej koncesionarjev, kar povzroča neenakosti v zdravju). Potrebno je vzpostaviti sistemsko rešitev doslednega napotovanja vseh preventivno pregledanih oseb z identificirano ogroženostjo za KNB in prisotnimi dejavniki tveganja oziroma že zbolelih za KNB. Potrebno je omogočiti napotovanje v ZVC tudi s strani zdravnikov specialistov s sekundarne ravni, saj so pacienti tedaj, ko so v obravnavi na sekundarni ravni, pogosto zelo motivirani za spremembo življenjskega sloga.