

Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje



**Stališča, potrebe in zmožnosti
prebivalcev Republike Slovenije v starosti nad 50 let
na področju zdravja in socialnega funkcioniranja**

1

Analiza zdravstvenega dela raziskave



Dr. Božidar Voljč, dr. med

Ljubljana, 2012

Vsebina

Uvodna pojasnila	5
Prvi del: Zdravje in skrb za zdravje med prebivalci v starosti nad 50 let v Sloveniji	6
1. Kakšno je bilo v preteklem letu vaše zdravje v celoti in po naštetih področjih	6
1.1. Zdravje v celoti	6
1.2. Gibala	7
1.3. Srce, ožilje, krvni tlak	8
1.4. Spanje	9
1.5. Zobje ali zobne proteze	10
1.6. Vid	11
1.7. Ravnotežje	12
1.8. Sečila	13
1.9. Dihala	14
1.10. Prebava in blato	16
1.11. Spomin	18
1.12. Sluh	18
1.13. Možgani in živčevje	19
1.14. Presnovne motnje	20
1.15. Duševno zdravje	21
1.16. Koža	22
1.17. Telesna teža	24
1.18. Prostata	25
1.19. Rodila	26
1.20. Dojke	27
2. Kaj je vaša glavna zdravstvena težava	28
2.1. MKB 10-XIII Mišični in skeletni sistem z vezivi	28
2.2. MKB 10-IX Bolezni obtočil	29
2.3. MKB 10-IV Endokrine, prehranske in presnovne bolezni	30
2.4. MKB VI Bolezni živčevja	31
2.5. MKB XI Bolezni prebavil	32
2.6. MKB X Bolezni dihal	33
2.7. MKB XIV Bolezni sečil in spolovil	35
2.8. MKB V Duševne in vedenjske motnje	36
2.9. MKB VII Bolezni očesa in adneksov	37
2.10. MKB XII Bolezni kože in podkožja	38
2.11. MKB VIII Bolezni ušesa in mastoida	38
2.12. MKB II Neoplazme	39
2.13. MKB XVIII Simptomi in znaki ter nenormalni izvidi, neuvrščeni drugje	39
2.14. Stanja po operacijah	40
3. Padci	41
4. Skrb za zdravje	44
5. Zdravstveni pripomočki	47
6. Dnevne aktivnosti	49
7. Telesna izkaznica (višina, teža)	52
8. Kajenje in pitje (zdravljenje alkoholizma)	52
Zaključek	62

Drugi del: Dostopnost do zdravstvenih storitev po oceni državljanov v starosti nad 50 let v Sloveniji	64
Uvod	64
Razpoložljivost	67
... izbrani zdravnik	67
... izbrani zobozdravnik	70
... obiski in posveti pri zdravniku ter drugi stiki z njim	72
... čakanje pri osebem zdravniku	78
... obiski specialistov	79
... bolnišnično zdravljenje	80
... čakalne liste	81
... prestavljanje določenih rokov	83
Finančna ali ekonomska dostopnost	84
... zdravstvena zavarovanja	84
Etična dostopnost	85
Sprejemljivost	86
Informacijska dostopnost	87
Fizična ali geografska dostopnost	91
... če sam ne more k zdravniku, mu pomagajo ...	91
... k zdravniku gre z velikim trdom, tudi če mu nihče ne pomaga	92
... zakaj ne gre k zdravniku ...	93
... do zdravnika lahko pridem le po stopnicah	94
... obiski zdravnika na domu	95
Zaključek	96
Tretji del: Zaupanje in zadovoljstvo z zdravstvom po oceni državljanov v starosti nad 50 let v Sloveniji	97
Uvod	97
1. Ali zaupate zdravnikom in njihovem znanju?	99
2. Kako na splošno ocenjujete prijaznost zdravstvenega osebja: sester pri sprejemu v ambulanti, zdravnikov in bolnišnic do farmacevtov v lekarnah?	101
3. Kakšna se vam zdita pogovor z zdravnikom in njegov zdravstveni pregled?	102
4. Menite, da vas osebni zdravnik dovolj pozorno posluša?	103
5. Koliko časa traja v povprečju pregled in pogovor z osebnim zdravnikom?	104
6. Ste kdaj zamenjali osebnega zdravnika?	105
7a. Koliko ste zadovoljni z osebnim zdravnikom?	106
7b. Koliko ste zadovoljni s specialisti?	106
7c. Koliko ste zadovoljni s sestrami in ostalim kadrom?	107
7d. Koliko ste zadovoljni z bivanjem in oskrbo v bolnišnici?	108
7e. Kako ste zadovoljni z zdravstvom?	110
8a. ... zdravniki me spoštujejo ...	112
8b. ... zdravniki si obzirni do mojega počutja ...	113
8c. ... zdravniki me vključujejo v odločanje ...	114
8d. ... zdravniki naredijo zame vse, kar je potrebno ...	115
9. Kako vaš osebni zdravnik glede vašega zdravljenja sodeluje s specialisti in bolnišnico?	116
10. S kakšnimi občutki greste k zdravniku?	117

11. ... zdravstveni prostori so ...	119
12. Kaj bi lahko pohvalili v ...	121
13. Kakšne pripombe imate na ...	123
13a. ...zdravstvene čakalnice	123
13b. ...sestrske sobe pred zdravnikovo ordinacijo	124
13c. ...zdravniške ordinacije	125
13d. ... lekarne	125
13e. ... specialistične ambulante	127
13f. ... bolnišnice	127
13g. ... zdravstvo	129
14. Kaj najbolj pogrešate pri stikih z zdravstvom?	131
15. Kaj predlagate za izboljšanje zdravstvenega sistema?	134
16. Ste se že kdaj pritožili?	136
17. Ste s pritožbo uspeli?	137
18. Mislite, da bi v Sloveniji morali imeti zagovornika bolnikov?	138

Uvodna pojasnila

Poizvedba je bila opravljena v letu 2010, s terenskim anketiranjem reprezentativnega vzorca populacije prebivalcev Slovenije, starih 50 let in več. Od 1800 izbranih prebivalcev, ki jih je naključno izbral Statistični urad Republike Slovenije, jih je na sodelovanje pristalo in pogovor z anketarji opravilo 1047. Vseh vprašanj v anketi je bilo 137, na zdravstveno področje se jih je nanašalo 55 ali 40%. Vsebinsko jih je mogoče razdeliti na tri področja: zdravje in skrb za zdravje, dostopnost do zdravstvenih storitev in zaupanje ter zadovoljstvo z zdravstvom. Tako je analiza pridobljenih podatkov tudi razdeljena.

Vprašanja so oblikovana tako, da smo z odgovori nanje pridobili avtohtono mnenje oziroma stališče starejših državljanov Slovenije o zdravju in zdravstvu, zato izsledki pogosto niso usklajeni z uradno zdravstveno statistiko, ki beleži predvsem dogodke, manj pa mnenja in stališča uporabnikov. S podatki, ki smo jih zajeli iz neposrednega življenja, smo želeli dobiti realno sliko o doživljanju zdravja in zdravstva v starejši slovenski javnosti. Vanjo so vključene tudi njihove predstave, želje in bolj ali manj strokovne ocene, a taka je povsod po svetu podoba tistega zdravstva, ki živi med ljudmi izven zdravstvenih ustanov.

Na vsako vprašanje so prikazani odgovori s kratkim komentarjem, ki je odvisno od narave vprašanja enkrat bolj pojasnjevalne, drugič bolj strokovne narave. Zato je analiza po svoji naravi osnovna in javno zdravstvena. O vsakem vprašanju je mogoče na podlagi pridobljenih odgovorov razpravljati in razglabljati še na drugačne načine; vse podatke je mogoče glede na namen razprav razdeljevati še po spolu, dekadah starosti, izobrazbi, kraju bivanja in podobno, vendar to ne spremeni osnovnega sporočila, ki je prikazano v tej analizi.

Pridobljena stališča starejše slovenske javnosti o zdravju in zdravstvu odpirajo možnosti drugačnih, tudi novih preventivnih pristopov pri vzdrževanju in izboljševanju javnega zdravja v Sloveniji, kar je v nekaterih komentarjih tudi nakazano. S tega stališča predstavlja analiza zdravstvenega dela zaokroženo javno-zdravstveno celoto.

Dr. Božidar Voljč

Grič, 31. decembra 2012

PRVI DEL

Zdravje in skrb za zdravje med prebivalci v starosti nad 50let v Sloveniji

Vprašanje 1

Kakšno je bilo v preteklem letu vaše zdravje v celoti in po naštetih področjih:

Zdravje v celoti, Gibala, Srce, ožilje in krvni tlak, Spanje, Zobje ali proteza, Vid, Ravnotežje, Sečila, Dihala, Prebava in blato, Spomin, Sluh, Možgani in živčevje, Presnovne motnje, Duševno zdravje, Koža, Telesna teža,
Za ženske še dojke in rodila, za moške prostata.

Ocenite z naslednjimi merili: Brez Težav (BT), Zmerne Težave (ZT), Hude Težave (HT).

Vprašanje je zelo obširno, v večini primerov je nanj odgovorila velika večina od vseh 1047 anketirancev. Odgovori so razdeljeni po rangu hudih težav; področja z največ hudimi težavami so naštetá najprej – vodijo gibala -, nato lestvica pada proti področjem z manj hudimi težavami in se zaključi s področji, na katerih so anketiranci navajali najmanj hudih težav. Na koncu je troje področij, ki so vezana na spol anketirancev; prostata, rodila in dojka.

6

1.1. Zdravje v celoti

Od 1047 anketirancev jih je odgovorilo 984 ali 94%.

Da z zdravjem nima težav je odgovorilo 431 ali 43.8% anketirancev, z zmernimi težavami jih živi 488 ali 49.6%, s hudimi težavami pa 65 ali 6.6%.

Komentar:

Odgovori predstavljajo splošno samooceno lastnega zdravja anketirancev, v stilu vprašanj »kako si?«, odgovori pa s prav tako splošnimi ocenami »dobro, zanič, še kar« povzamejo stanje, ne da bi se spuščali v podrobnosti. Samoocena je subjektiven, celosten pogled na zdravje, ki vključuje telesne in duševne dimenzije. Nanjo lahko vplivajo socialne in kulturne okoliščine, pa tudi narodnostne poteze. V naši anketi, ki je bila predvsem namenjena starejšim, smo anketirancem ponudili, da svoje zdravje ocenijo po izraženosti težav, ki jim jih povzročajo njihove bolezni. Odgovore »brez težav« lahko v primerjavi z drugimi anketami uvrstimo kot »zelo dobro ali dobro« samooceno zdravja, hkrati pa smo z odgovori »zmerne težave in hude težave« dobili tudi odgovore o vplivu bolezni na vsakodnevno življenje.

Po podatkih OECD je leta 2009 v Sloveniji svoje zdravje ocenilo kot dobro ali zelo dobro 61,7% vseh prebivalcev. V Evropi so se z 84,9% najbolje ocenili Švicarji, najslabše pa Slovaki z 31,1%. V starosti nad 65 let je po istem viru svoje zdravje ocenilo kot zelo dobro ali dobro 26,2% Slovencev. Najbolje so se z 74,8% ocenili Danci, najslabše pa z 10,3% Poljaki. Da je med anketiranci samoocena zdravja višja kot po statistiki OECD, je vzrok treba iskati v tem, da so v oceno vključeni anketiranci v starosti 50+ in ne 65+. Zagotovo je višjo stopnjo zdravja in boljše samooceno treba iskati v starosti med 50 in 65 let; kasneje samoocena samo še pada, saj starejši ljudje slabše ocenjujejo kakovost svojega zdravja. Ocena sicer prične padati po 45. letu, še bolj pade po 65. letu (SURS 2012). V vseh evropskih državah, razen na Finskem, moški ocenjujejo svoje zdravje bolje od žensk.

Kljub svoji splošnosti se je v dosedanjih raziskavah samoocena zdravja izkazala kot dober napovedovalec potrebe po zdravstvenih storitvah in smrtnosti (OECD 2011). Če samooceno anketirancev starih 50+ ocenimo v primerjavi z samoocenami iz drugih razvitih držav, lahko zaključimo, da se zdravje slovenskih državljanov, kakor ga ocenjujejo sami, lahko primerja s povprečjem samoocen med državami članicami OECD.

Samooceno zdravja smo v anketi poglobili z vprašanji, ki se nanašajo na oceno težav, ki jih anketirancem povzročajo posamezni organski ali funkcionalni sistemi ali organi, ki so v starosti pogostejši vzrok zdravstvenih težav. V nadaljevanju smo odgovore razporedili po rangu hudih težav.

7

Vir:

1. Health at a Glance 2011 OECD Indicators.; str. 164-5
2. Statistični urad Republike Slovenije. Svetovni dan zdravja 2012. www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=4617 (8.12.2012)

1. 2. Gibala

Od 1047 anketirancev jih je odgovorilo 1042 ali 99.5%.

Da nimajo težav z gibali, je odgovorilo 512 ali 49.1% anketirancev, o zmernih težavah je poročalo 336 ali 32.2%, o hudih težavah pa 194 ali 18.6% anketirancev.

Komentar:

Čeprav imajo anketiranci največ težav z gibali, jih polovica težav nima, dobra tretjina živi z zmernimi in slaba četrtina s hudimi težavami. To pomeni, da ima dobra polovica anketirancev težave z gibali, kar daje velik pomen njihovi primarni in sekundarni preventivi. Na okvaro gibal vplivajo degenerativne spremembe hrustanca, na njih pa prevelika telesna teža, telesna neaktivnost, kajenje, škodljivo pitje alkohola in poškodbe. Tudi ob bolj zdravem načinu življenja starejših ljudi

lahko pričakujemo, da bo težav z gibali več, dokler bo njihovo število naraščalo in če se bo med njimi še naprej širila epidemija debelosti (OECD 2011). Pomen rednega gibanja, pa tudi razgibavanja prizadetih gibal, je zato za kakovostno starost, za ohranitev telesne samostojnosti in socialne neodvisnosti zelo velik. Že prej, še posebej pa pri vseh starejših, je navada vsakodnevnega razgibavanja, kakršnegakoli, ena od osnovnih vrednot aktivnega in zdravega življenja. Veliko je mogoče doseči z organizirano vadbo v lokalnih skupnostih, aktivnimi sprehodi, vajami za ravnotežje, kolesarjenjem in podobno. Vendar je potrebno pripomniti, da se pri nas težave z gibali predvsem povezujejo z zmanjšano telesno aktivnostjo, manj pa z drugimi vzroki, začevši z debelostjo. Da kajenje in alkohol lahko vplivata na gibalna, ve in verjame precej manj ljudi.

Z ozirom na visok odstotek težav z gibali med anketiranci bi kazalo preventivi na tem področju nameniti veliko več pozornosti, oziroma jo vključiti v prizadevanja za aktivno in zdravo življenje v vseh starostnih skupinah. Čeprav zelo razširjene, so težave z gibali le redko vzrok smrti. Tudi zato je vredno, da se njihov pomen z ustrežno preventivo kar najbolj zmanjša.

Vir:

1. OECD Indicators. Health at a Glance 2011: 92-3

1.3. Srce, ožilje, krvni tlak

Od 1047 anketirancev jih je na vprašanje odgovorilo 1045 ali 99.8%.

Brez težav s srcem, ožiljem in krvnim tlakom je 435 ali 41.6% anketirancev, zmerne težave jih ima 473 ali 45.3%, hude pa 137 ali 13.1%.

Komentar:

Bolezni srca in ožilja so v razvitem svetu najpogostejši vzrok smrti. V Sloveniji je v letu 2010 umrlo 18.609 prebivalcev, od tega zaradi srca in ožilja 7.385, kar predstavlja 39.7% vseh smrti (SURS 2011). Na razvoj bolezni srca in ožilja vplivajo skoraj vsi dejavniki tveganja; v največji meri povišan krvni tlak, neprimerna prehrana in kajenje, posredno pa še povišana telesna teža in premalo gibanja. Z ustrežno preventivo je mogoče delež smrti zaradi srca in ožilja močno zmanjšati, kar so dosegle skandinavske države, ki so ga od leta 1980 zmanjšale za dobri dve tretjini, za več kot 66% torej (OECD 2011). V Sloveniji je od leta 1996 dalje s sprejemom Zakona o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov (UL RS), smrtnost zaradi bolezni srca in ožilja pričela upadati, kljub temu pa so bolezni srca in ožilja še vedno največji vzrok umrljivosti, ki jo v veliko primerih lahko smatramo za prezgodnjo. Na tem področju je mogoče še zelo veliko doseči z izboljšanjem splošne zdravstvene kulture in pismenosti.

Spodbudno je, da je brez težav s srcem in ožiljem slaba polovica anketirancev. Žal je še več takih, ki imajo zmerne težave. Vsi ti lahko izboljšajo svoje stanje z ustreznim načinom življenja, z urejenim tlakom, gibanjem, zdravo prehrano, odvajanjem kajenja, ublažitvijo stresa itd. Tu so še velike rezerve. Posebno pozornost bi bilo pri tem potrebno posvetiti socialno in izobrazbeno šibkejšemu delu prebivalstva. Večino preventive bi lahko v vseh lokalnih okoljih izvajali primerno usposobljeni prebivalci – širitelji. Samo na ta način je preventivo mogoče približati vsem bivalnim okoljem.

Viri:

1. Statistični urad Republike Slovenije. Statistični letopis 2011. www.stat.si/letopis/2011/04_11/04-14-11.htm
2. OECD Indicators Health at a Glance 2011: str.28-9

1.4. Spanje

Od 1047 anketirancev jih je na vprašanje odgovorilo 1041 ali 99.4%.

S spanjem nima težav 613 ali 58.9% anketirancev, zmerne težave jih ima 328 ali 31.5%, hude težave s spanjem pa jih ima 100 ali 9.6%.

Komentar:

Kakovost spanja ima v vseh obdobjih življenja velik vpliv na počutje. Če je spanja premalo, smo bolj pozabljivi, razdražljivi, dovzetnejši za bolezni in poškodbe. To v celoti velja tudi za starejše, ki ne rabijo nič manj spanja kakor drugi. Z leti se menja le vzorec spanja; starejši se iz različnih vzrokov ponoči večkrat zbudijo, nekateri potem težko spet zaspijo. Starejši preko dneva večkrat dremljejo, kar je lahko tudi znak slabega spanja ponoči. Za starejše je pomembno, da hodijo zgodaj spat, že kar med 8. in 9. uro zvečer. Potem običajno spijo do 8 ur in se zbudijo med 4. in 5. uro zjutraj. Če gredo spat kasneje, se z manj spanja zbudijo ob istih urah. Vzrok slabega spanja so tudi motnje dihanja, smrčanje, nočna uriniranja, bolezni, duševna vznemirjenja in podobno. Ljudje, ki slabo spijo, pogosto pred spanjem jemljejo različna pomirjevala ali uspavala, kar zaradi njihovega manjšega učinka ob daljši rabi ni brez nevarnosti. Še slabše je, če se za boljše spanje predpisujejo antidepresivi in druga zdravila z vplivom na duševnost (Rubin 1999).

O pomenu spanja in njegovih motnjah je zelo veliko podatkov, prav tako v zvezi s sanjami, ki se jim pripisuje izredno velik pomen. Tako sanje kot nočno zburjanje je tudi v starosti nekaj povsem normalnega. Če želimo v starosti ohraniti dobro spanje, se priporoča, da se gre v posteljo vedno ob isti uri. Pred spanjem naj se ne pije kave, čaja ali drugih poživiljajočih napitkov, naj se ne kadi in pije alkohola. Ni zdravo najesti se pred spanjem, dobra priprava na spanec je telesna aktivnost čez dan. Pomaga tudi toplo tuširanje. Nočna zburjanja so v starosti normalen pojav, zato

se zaradi njih ne izplača preveč vznemirjati. Nespečnost je sicer zoprna, vendar zaradi nje še nihče ni umrl (Rubin 1999).

Po naši raziskavi dobra polovica anketirancev s spanjem nima težav. Odstotek anketirancev z zmernimi težavami ni majhen, vendar lahko sklepamo, da jih večina sprejema kot manj moteče. Vseeno naj bi vedeli, kako si pri tem lahko pomagajo brez jemanja uspaval. Tudi skoraj 10% delež tistih, ki imajo s spanjem hude težave, opozarja, da je vprašanja, ki so povezana s spanjem in odgovore nanje potrebno vključiti v zdravstveno opismenjevanje starejših.

Viri:

1. Rubin H. Sleep and Aging. www.therubins.com/aging/sleep.htm (8.12.2012)

1.5. Zobje ali zobne proteze

Od 1047 anketirancev jih je na vprašanje odgovorilo 1044 ali 99.7%.

Brez težav z zobmi je 643 ali 61.6% anketirancev, zmerne težave jih ima 323 ali 30.9%, s hudimi težavami pa jih živi 78 ali 7.5%.

Komentar:

Ustna votlina ima izredno velik socialni pomen. Njena najbolj izrazita prvina so zobje, ki že dolgo niso namenjeni le grizenju in žvečenju hrane. Njihov socialni pomen skoraj prekaša njihovo osnovno funkcijo in je skupaj z nasmehom osnova dobre komunikacije in medsebojnih odnosov. Poškodovani, defektni in zanemarjeni zobje močno vplivajo na podobo, ki si jo drugi ustvarijo o nas. Če se k temu pridruži še močan zadah, predstavlja taka ustna votlina veliko oviro za enakopravno vključenost v socialno okolje. V socialno in zdravstveno kulturo današnjega časa sodijo skrbno vzdrževani in urejeni zobje, kar se doseže z vsakodnevnim čiščenjem zob, medzobnih prostorov in masažo dlesni. Tako kot zdravnika, je treba redno obiskovati tudi zobozdravnika, ne samo takrat, ko nastopijo težave.

Normalno je, da se z leti zobje obrablajo in da jih je manj, da se obarvajo, da se s umika zobna dlesen in se razgaljajo korenine. Vendar je danes mogoče na različne načine nadomestiti tudi izpadle zobe in na ta način vzdrževati fiziološko in socialno funkcijo ustne votline. Če so obiski zobozdravnika povezani z velikimi stroški, postane skrb za zobe predmet socialnih nepravilnosti v zdravju in družbenega razlikovanja. V starosti postaja to tudi pri nas vse pogostejši pojav. Zobozdravstvo bi moralo v veliki meri ostati v okviru pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja tudi zato, ker je ustna votlina pogosto vir nevarnih sistemskih bolezni.

Izsledki naše ankete kažejo na razmeroma visoko zobno kulturo starejših Slovencev, saj biti brez težav ne pomeni, da na zobovju ni bilo posegov, ampak da so zobje urejeni in ne povzročajo težav. V starosti je to povezano z rednimi obiski zobozdravnikov in takojšnjim ukrepanjem v primeru zobnih poškodb ali drugih težav. Ta podatek prav tako pomeni, da večina anketirancev nima težav z ustno votlino nasploh. Vendar pa ima slaba polovica anketirancev zmerne ali hude težave z zobmi ali protezo. Vzroki za to so lahko različni, od bolezenskih do socialnih in bi jih bilo potrebno podrobneje raziskati.

Vir:

1. Lepi zobje tudi v starejših letih. soncek.com/lepi-zobje-tudi-v-starejsih-letih/ 10.12.2012

1.6. Vid

Od 1047 anketirancev smo prejeli 1042 ali 99.5% odgovorov.

Brez težav z vidom jih je 350 ali 33.6%, zmerne težave jih ima 617 ali 59.2%, hude pa 75 ali 7.2%.

Komentar:

S starostjo se vid lahko poslabša zaradi številnih vzrokov, ki prizadenejo katerikoli del samega očesa ali tkiv, mišic in solznih organov ob samem očesu. Starostna daljnovidnost, siva mrena, glavkom, centralna slepota, diabetična retinopatija, so najpogostejši vzroki slabšega vida, funkcijo očesa pa motijo in slabšajo še motnje solznega organa, povešenost in izsušenost oziroma posledična vnetja vek in podobno. Motena je ostrina vida, zaznavanje barvnih in globinskih razlik, adaptacija na menjave svetlobe in nočni vid. V hudih primerih se razvije celo delna ali popolna slepota. Okvarjen vid otežuje gibljivost in delo, vpliva na samostojnost, zmanjšuje ravnotežje, povečuje nevarnost padcev in z njimi povezanih poškodb, kar vse znižuje kakovost življenja v starosti.

Slabšanje vida ni povezano samo s starostjo, ampak tudi z nekaterimi za starost značilnimi kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, od katerih je treba posebej omeniti predvsem sladkorno bolezen in zvišan krvni tlak. To pomeni, da je nekatere za starost značilne težave z vidom možno bodisi preprečiti, bodisi odložiti njihov nastop in zmanjšati njihovo izraženost. Slabši vid zaradi daljnovidnosti ali kratkovidnosti se že dolgo korigira z lečami, v zadnjem času tudi operativno. Operativnih posegov na očesu ali na očesnih tkivih in organih je veliko, njihova uspešnost je skoraj praviloma zagotovljena. Zato zanemarjene očesne težave povedo tudi, da posameznik ni obiskal okulista niti v zgodnji, niti v kasnejši fazi. Lahko rečemo, da je s pravočasno strokovno pomočjo večino težav, ki jih imajo stari ljudje z vidom, mogoče preprečiti ali odpraviti.

Le ena tretjina anketirancev poroča, da z vidom nima težav, pri čemer lahko domnevamo, da so med njimi tudi taki, ki težave korigirajo ali pa so jim jih odpravili. Velika večina navaja zmerne težave, ker pa je presoja povsem subjektivna, je možno, da so v eni in drugi skupini enake težave. Nekdo, ki ima očala, lahko reče da bodisi nima težav, bodisi da so njegove težave z vidom zmerne. Anketiranci s hudimi težavami sodijo najbrž v krog tistih, ki jim je zaradi okvarjene mrežnice težko ali nemogoče pomagati.

Viri:

1. Jaki Mekjavič P. Starostnik in motnje vida. Zdrav Vest 2008;77:823-6

1.7. Ravnotežje

Od 1047 anketirancev smo prejeli 1040 ali 99.3% odgovorov.

Brez ravnotežnih težav je 767 ali 73.8%, anketirancev, zmerne težave je navedlo 206 ali 19.8%, hude težave pa 67 ali 6.4%.

Komentar

V starosti so motnje ravnotežja pogost pojav. Dobro ravnotežje je povezano s številnimi pogoji, zato so vzroki vrtoglavice prav tako številni. V večini primerov so vzroki zanje zdravstvene narave, manj pa sama starost, čeprav je res, da so v starosti veliko bolj pogoste. Med tistimi, ki so stari 80 let in več, jih ima kar 25% motnje ravnotežja (Salzman 2010). Za učinkovit nadzor ravnotežja morajo imeti možgani dovolj informacij o prostoru in položaju ter gibanju telesa v njem (Bowker 2006). Dobro ravnotežje je usodno povezano s samostojnostjo, svobodo gibanja, hojo, vzpenjanjem in spuščanjem, z vsemi aktivnostmi, tudi s telovadbo, kolesarjenjem, smučanjem, skratka z vsem, kar delamo vsak dan. Če vse to zmoremo, je to tudi podoba naše telesne varnosti, ki se ob vsaki motnji ravnotežja zmanjša.

Starejši imajo neredko občasne nestabilnosti, vrtoglavice, čuden občutek prostora, kar je posebej nevarno, če ga sproži hoja po stopnicah. V starosti je veliko vzrokov za pomanjkljivo ravnotežje; spremeni se hoja, stopala se pri koraku manj dvigujejo od podlage in ostajajo dalj časa v stiku z njo, znana je drsajoča starčevska hoja, okvare gibal so povezane z bolečim in manj varnim gibanjem, oslabele srce je povezano z zadihanostjo ob vsakem naporu, motnje srčnega ritma in nihanja krvnega tlaka lahko povzročijo omedlevice, slabša vid in sluh onemogočata dobro prostorsko orientacijo, motnje ravnotežnega organa in druge okvare centralnega in perifernega živčevja, stanja po kapi, so le nekateri med zdravstvenimi vzroki slabega ravnotežja. Prišteti je treba še debelost, utrujenost, neprespanost, pa tudi opitost ali vpliv katerekoli druge droge, neustrezno jemanje prevelikega števila

zdravil in podobno. Na vse to je treba pomisliti ob ugotavljanju vzrokov za pomanjkljivo ravnotežje v starosti. Vzrok je včasih jasen in ga je lahko opredeliti, drugič pa ga le težko, če sploh lahko ugotovimo. Dejstvo je, da so motnje ravnotežja v starosti z vsemi posledicami vred pomemben vzrok padcev, poškodb in z njimi povezanih socialnih sprememb in smrtnosti (Voljč 2010). Motnje ravnotežja so v starosti pogosto korigirane z vidom, kar se pokaže pri zaprtih očeh. Veliko je testov, s katerimi jih je mogoče odkriti, vsi pa naj se izvajajo v prisotnosti drugih oseb, ki testiranca prestrežejo, če se mu med testom zvrtili.

Ravnotežje se utrjuje z zdravim življenjem, vajami, krepitvijo mišic, telesno aktivnostjo, hojo in tekom. Neredko je potrebno vadbo prilagoditi osebnim sposobnostim.

Čeprav v naši anketi slabe tri četrtine anketirancev nima težav z ravnotežjem, predstavlja četrtina tistih, ki imajo zmerne ali hude težave, vseeno velik delež. Zanimivo bi bilo ugotoviti, kakšne so druge njihove zdravstvene težave, navade ali razvade in kakšen način življenja imajo. Zagotovo je med njimi veliko takih, ki bi se jim dalo pomagati z ustrežno vadbo in spremembami navad. Število padcev med starimi je mogoče z ustrežno preventivo zmanjšati za polovico, kar pomeni, da je tudi veliko število motenj ravnotežja mogoče zmanjšati.

13

Viri:

1. Bowker LK, Price DJ, Smith SC. Oxford Handbook of Geriatric Medicine. Oxford University Press 2006: 124-7, 600-7.
2. Salzman B. Gait and Balance Disorders in Older Adults. Am Fam Physician 2010 Jul 1;82(1):61-8 www.aafp.org/app/2010/0701/p61.html (10.12.2012).
3. Voljč B. Zmanjšajmo padce v starosti. Priročnik za širitelje. Inštitut Antona Trstenjaka; Ljubljana: 2010.

1.8. Sečila

Od 1047 anketirancev jih je odgovorilo 1039 ali 99.2%.

Brez težav s sečili jih je 780 ali 75.1%, zmerne težave jih ima 196 ali 18.9%, hude težave pa ima 63 ali 6.1% anketirancev.

Komentar:

Težave s sečili so bolj pogoste, kot se o njih govori (Logar 2007). Medtem ko se o vnetjih mehurja ali sečevoda razpravlja kot o katerikoli drugi bolezni, pa ima inkontinenca med zdravstvenimi težavami posebno socialno težo. Nehoteno uhajanje urina je že osebno težko sprejemljivo, še bolj pa zaznamuje posameznika v družbi. Inkontinenca ni redka težava, saj prizadeva kar 20% vseh ljudi, zato ni značilna samo za starost, čeprav ima po nekaterih podatkih z njo v starosti nad 60 let težave dve tretjini populacije. Od teh jih 70% o svoji težavi ne govori (Južnič Sotlar 2010), tudi zdravniku ne, se pa izogibajo vseh prilik, prireditvev in

podobnega, v katerih bi lahko imeli težave oziroma doživeli sramoto v lastnih očeh. Zaradi porodnih posledic je inkontinenca pogostejša med ženskami, pri starejših moških pa tudi ni redka zaradi pogostih težav s prostato.

Vzrokov za inkontinenco je več in se med seboj lahko tudi povezujejo. S starostjo se zmanjša elastičnost tkiv, s tem pa tudi kapaciteta mehurja, ki ima zmanjšano iztisno moč, kar povečuje v njem količino zaostalega urina. Sposobnost zadrževanja vode se zmanjša, potreba po uriniranju se poveča. Mehur se na to navadi, njegova vzdražljivost se poveča, kar dodatno povečuje potrebo po mokrenju (Bowker 2006). Veliko ljudi z inkontinenco trpi, ne da bi vedeli, da se težave v veliki meri lahko bodisi zmanjšajo ali odpravijo. Pomoč pa mora biti vsaj na začetku diskretna, kasneje se lahko organizirajo skupine za samopomoč, ki predstavljajo tudi povratek v normalno socialno življenje. Pomagati je mogoče s posebnimi vajami za krepitev medeničnega dna, s treningom mehurja, z izločitvijo nekaterih dražil iz prehrane, z zdravlili ali operativnimi posegi, pri moških v primerih, kadar je vzrok težav povečana ali spremenjena prostata, pri ženskah pa, kadar mehur dobi preveč prostora v vagini.

Naša raziskava je potrdila, da je inkontinenca v starejši polovici populacije pogosta, saj težave s sečili navaja kar četrtina vseh anketirancev. Ker ima med njimi večina zmerne težave, jim je v večini mogoče tudi pomagati. O inkontinenci bi se moralo več govoriti in pisati in ji s tem odvzeti nekaj njene neprijetne socialne teže. Ker je starejših vse več, je pričakovati porast njene razširjenosti, kar bo potrebno reševati z novimi socialnimi pristopi.

14

Viri:

1. Bowker LK, Price DJ, Smith CS. Oxford Handbook of Geriatric Medicine. Oxford University Press 2006:574-81
2. Logar V. Težave z uhajanjem urina – urinska inkontinenca. Naša lekarna 2007; 17 www.nasa-lekarna.si/clanki/clanek/tezave-z-uhajanjem-urina-urinska-inkontinenca (11.12.2012)
3. Sotlar Južnič M. Urinska inkontinenca. www.viva.si/Bolezni-secil-in-ledvic-urologija/1033/urinska-inkontinenca?index=1 (11-12.2012)

1.9. Dihala

Od 1047 anketirancev jih je na vprašanje odgovorilo 1042 ali 99.5%.

Brez težav z dihali jih živi 806 ali 77.4%, z zmernimi težavami 180 ali 17.3%, s hudimi težavami pa 56 ali 5.4%.

Komentar:

Dihala so organski sistem, ki je z izmenjavo zraka v nenehnem stiku z zunanjim svetom. Kljub temu so v starosti težave z njimi redek pojav, če njihova funkcija ni otežena bodisi z boleznimi ali posledicami dolgoletnih razvad, predvsem kajenja.

Starih pljuč vseeno ne moremo primerjati z mladimi, njihova maksimalna sposobnost je zmanjšana, kar pa v življenju tudi ob naporih bolj malo občutimo. Ob obstoječi kronični bolezni pljuč pa se njihovo staranje kaže v pogostejših poslabšanjih in v večji nagnjenosti k pljučnicam, ki so v visoki starosti izjemno nevarne.

Na način dihanja v starosti vpliva več dejavnikov. Tkivo pljuč je manj elastično, prsni koš je trši in težje sledi globokemu dihanju, dihalno mišičje je spremenjeno in ima manj moči, v primerih starostno zatrdle hrbtenice in grbe, je gibanje prsnega koša še dodatno omejeno. Stanjšane sluznice dihalnih poti proizvajajo manj sluzi in so manj odporne na infekcije, zmanjša se tudi njihova dražljivost na prisotnost tujkov in potreba po kašlju. Povzamemo lahko, da smo v starosti bolj nagnjeni k infekcijam dihalnih poti, prav tako pa je manjša maksimalna kapaciteta pljuč, kar se kaže v tem, da je ob enakem naporu tudi dihalno zdrav starejši človek prej upehan od mlajšega. Hitra upehanost, ki je eden najbolj očitnih zunanjih znakov oslabele pljučne funkcije, vseeno lahko nastopi tudi ob zdravih pljučih. Vzroke zanjo je potrebno predvsem iskati v oslabelem srcu, hudih spremembah prsnega dela hrbtenice in kakorkoli poškodovanih rebrih (vse Bowker 2006).

Med najpogostejša kronična bolezenska stanja dihal v starosti sodijo astma, kronična obstruktivna pljučna bolezen in bronhiektazije, med akutnimi pa pljučnice, embolizmi in influenza. Pogost izvor pljučnic je zanemarjena ustna votlina ali aspirirana hrana. Vsaka pljučnica starega človeka, zlasti ob obstoječi bolezni, je smrtno nevarno stanje, ki sodi v bolnišnico (Mušič 2008). Akutna stanja, ki zelo prizadevajo starejše, so zlomi reber po padcih, zlasti če se jim pridruži še pljučnica. Tudi običajen prehlad se ob zmanjšani odpornosti lahko razširi na vsa dihala.

Posebno poglavje pljučnih bolezni predstavljata tuberkuloza in pljučni rak. Tuberkuloze je pri nas malo, imamo jo pa še vedno in v državah z neurejenim zdravstvom se ponovno širi. V Evropski regiji Svetovne zdravstvene organizacije je vsakih 7 ur 49 primerov novih okužb, vsako uro pa zaradi tuberkuloze umre 1 bolnik (WHO EURO 2012). Pljučni rak je še vedno najpogostejša in najbolj nevarna maligna bolezen zaradi katere umre največ bolnikov. Nekoč je bila predvsem značilna bolezen moških kadilcev, ker pa kadi vedno več žensk, je vedno več primerov tudi med njimi. Čeprav je uspešnost zdravljenja večja, v Sloveniji preživi od postavitve diagnoze naslednjih pet let le 8.2% bolnikov, v Avstriji na primer, kjer so kadilske navade enake ali slabše kot pri nas, pa 14%, kar predstavlja velik izziv naši onkologiji. Zaskrbljujoče je, da se kajenje pri nas širi med mladimi dekleti in da nimamo programa, s katerim bi ta pojav zaježili. V letu 2004 je pri nas

na novo zbolelo za rakom pljuč 1100 bolnikov, od tega je bilo 200 nekadilcev. Ti najpogosteje zbolijo zaradi vdihavanja cigaretnega dima, če doma ali v poklicu živijo ob kadilcih. Zdravstveno pismeni ljudje ne kadijo in razveseljivo je, da je takih pri nas vse več. K temu pripomore tudi Zakon o omejevanju porabe tobačnih izdelkov (UL RS 1996, 2007). Veliko naloga javnega zdravstva je, da se zdravstveno opismenijo tudi socialno šibkejši sloji naše družbe.

V naši anketi izkazujejo anketiranci dobro zdravje dihal, saj jih dobre tri četrtine živi brez težav z njimi. Petina jih poroča o težavah, med katerimi spet prevladujejo zmerne težave in le dobrih pet odstotkov ima hude težave. Bolniki s kroničnimi pljučnimi boleznimi morajo pri njihovem obvladovanju oziroma življenju z njimi aktivno sodelovati. Dobro se morajo poučiti o naravi svojih bolezni, o resnosti njihove izraženosti in svoje življenje v celoti prilagoditi tako, da bodo z boleznijo lahko živeli v razmeroma mirnem sožitju ob hkratni vključenosti v njihova okolja. Svoje zdravnike, najsi bo to izbrani zdravnik ali specialist pulmolog, morajo sprejemati kot strokovne svetovalce, jih redno obiskovati in se v vsem ravnati po njihovih navodilih. S takimi načeli bi lahko učinkovito zmanjšali število anketirancev, ki živijo z dihalnimi težavami.

Viri:

1. Bowker LK, Price JD, Smith SC. Oxford Handbook of Geriatric Medicine. Oxford University Press 2006:328-71
2. Mušič E. Starostniki in pljučne bolezni. Zdrav Vestn 2008;77:811-7.
3. WHO EURO. Tuberculosis.
www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis (12.12.2012)
4. Na-vdih Center za zdravo življenje (2012). Rak pljuč – podatki iz Evrope in Slovenije. www.na-vdih.si/?page_id=90 (12.12.2012).
5. Zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov. Uradni list RS 5/1996 in Uradni list RS 93/2007.

1.10. Prebava in blato

Na vprašanje je od 1047 odgovorilo 1043 ali 99.6% anketirancev.

Težav s prebavili in odvajanjem blata nima 788 ali 75.6%, anketirancev, zmerne težave jih ima 203 ali 19.5%, s hudimi težavami pa jih živi 52 ali 5.0%.

Komentar:

Čeprav se v starosti sluznice prebavnega trakta tanjšajo, to v odsotnosti drugih bolezni prebavnega trakta ne vpliva na njegovo normalno delovanje. Vseeno pa je v starosti zaradi počasnejšega izpraznjevanja želodca priporočljivo uživanje manjših obrokov. Ker je zaprtje pogostejše, je potrebno povečati vnos vlaknin in ohraniti refleks iztrebljanja ob istih urah dneva. Ker tanko črevo vsrka manj kalcija, je potrebno paziti na njegov zadosten vnos s hrano. Poveča se tudi verjetnost žolčnih kamnov, ki v večini primerov ne povzročajo težav (Bowker 2006).

V starosti so pomembne prehranjevalne navade. Ker se mišična masa in telesne aktivnosti zmanjšajo, je koristno zmanjšati obroke in nadzorovati svojo težo, sicer se ta hitro lahko poveča. Obratno se ob zmanjšanem apetitu v starosti z vsemi posledicami hitreje razvije podhranjenost. Hrano je potrebno dobro prežvečiti, jesti je dobro večkrat in po malem. Izogibati se je treba dražilom v hrani, jesti čim bolj svežo hrano in skrbeti za dovolj gibanja (Kous 2010).

Od pogostejših bolezni prebavil v starosti je potrebno omeniti želodčne razjede in zatekanje hrane iz želodca nazaj v požiralnik, zaprtje na eni in driske na drugi strani. Oboje je lahko povezano z rakavimi boleznimi, ki sodijo med pogoste oblike raka pri starejših. V Sloveniji je rak debelega črevesa in danke drugi po pogostosti, šesto mesto zavzema rak želodca, deveto mesto pa rak trebušne slinavke. Raka na jetrih in požiralniku je v primerjavi z naštetimi oblikami malo (Register raka RS 2008). S spremembami načina življenja se spreminjata tudi incidenca in prevalenca rakavih bolezni. Rak želodca nazaduje, narašča pa rak debelega črevesa in danke. Narašča tudi v vseh državah članicah OECD, vendar se Slovenija v primerjavi z njimi slabše odreže pri petletnem preživetju, kjer je s 55.4 odstotnim preživetjem pri moških in 56 odstotnim pri ženskah v sredini druge polovice držav, še slabše pa je, da je smrtnost v obdobju od 2000 do 2009 pri nas od 24.5% narasla na 25.5%, v večini drugih držav članic pa se je v tem času znižala, na Finskem npr. od 14.3% na 12.6%. Razlika kaže, koliko je mogoče pri nas na tem področju še doseči (OECD 2011). Rak na prebavilih je povezan s kadilskimi in pivskimi razvadami, neprimerno hrano, debelostjo in premalo gibanja. S spremembami na teh področjih je mogoče spremeniti pojavnost in ogroženost zaradi raka na prebavilih. Med starejšimi se pojavlja tudi inkontinenca blata, ki je veliko manj pogosta od urinske inkontinence, vendar je bolj neprijetna. Najpogostejši vzrok je pritisk na blato, redkeje gre za nevrogene motnje. V obeh primerih je mogoče učinkovito ukrepati.

V naši raziskavi tri četrtine anketirancev s prebavo in odvajanjem nima težav, ena četrtina pa jih ima, od tega 5% hude težave. Dobre prehranjevalne navade sodijo skupaj z osnovnim znanjem o vzrokih in posledicah med prvine zdravstvene pismenosti in splošne zdravstvene kulture. Na tem področju v Sloveniji lahko z razširjanjem zdravstvene pismenosti še veliko dosežemo.

Viri:

1. Bowker LK, Price JD, Smith SC. Oxford Handbook of Geriatric Medicine. Oxford University Press 2006:374-8
2. Kous TP. Prebavila – težave v starosti. Prva zdravstvena asistenca 2010. pza.si/Clanek/Prebavila.aspx (14.12.2012)
3. Register raka RS 2008. Onkološki inštitut 2011: str. 35

1.11. Spomin

Od 1047 anketirancev smo prejeli 1042 ali 99.5% odgovorov.

Brez težav s spominom jih je 683 ali 65.5%, zmerne težave ima 307 ali 29.5%, s hudimi težavami spomina pa jih živi 52 ali 5.0%.

Komentar:

V starosti so pozabljenost in motnje koncentracije običajen pojav, ki nima nič skupnega z različnimi oblikami starostnih demenc. Čeprav so motnje spomina nekaj običajnega, so lahko tudi znanilke hujših sprememb. Pomembno razlikovalno merilo je lastna kritičnost do pozabljenosti. Če prizadeti zanika spominske motnje in se jih ne zaveda, je to lahko napoved nadaljnjih duševnih motenj, med katerimi je najpogostejša Alzheimerjeva bolezen (Grad 2011).

Spomin je tudi v starosti mogoče vzdrževati z aktivno vključenostjo v socialno okolje, z branjem, šahom, reševanjem križank, pisanjem, raznimi igrami in optimizmom. Socialno samoizključevanje, oženje interesnih področij, zanimanja za dogodke in podobno, podpira pozabljanje in slabost koncentracije, v primeru demence pa njen razvoj (Dolenc-Grošelj 2008).

V naši raziskavi ima težave s spominom kar 35% anketirancev, vendar je med njimi večina takih, ki svoje težave ocenjujejo kot zmerne. Tem je mogoče pomagati z vključenostjo v različne aktivnosti, ki zahtevajo intelektualno razgibanost. Podatek pove tudi, da med anketiranci prevladujejo običajne težave s spominom in koncentracijo.

Viri:

1. Grad A. Lepoto starosti nam lahko uniči demenca. Naša lekarna 2011; 56
www.nasa-lekarna.si/clanki/clanek/lepoto-starosti-nam-lahko-unici-demenca
2. Dolenc-Grošelj L. Motnje spomina in motnje spanja pri starostnikih. Farm vestn 2008;59:64-6..

1.12. Sluh

Od 1047 anketirancev smo prejeli 1043 ali 99.6% odgovorov.

Brez težav s sluhom živi 710 ali 68.1% anketirancev, zmerne težave jih ima 286 ali 27.4%, hude težave pa 47 ali 4.5%.

Komentar:

Sluh s starostjo peša iz različnih vzrokov. Starostna naglušnost narašča od 60. in 65. leta naprej. 33% vseh upokojencev v Združenem kraljestvu navaja težave s sluhom in 80% tistih, ki so stari 80 let in več (Bowker 2006). Slab sluh povzroča

težave pri sporazumevanju, socialno odrinjenost, depresivnost, funkcionalni upad, več je tudi padcev. Polovici tistih, ki slabše slišijo, je mogoče pomagati s slušnimi aparati, ki so med starejšimi precej uporabljani. Ko se sluh slabša, se najprej izgubi občutljivost za visoke frekvence, kasneje še za nizke, oboje pa lahko spremlja šumenje v ušesih. V hrupnem okolju starejši težje razločijo o čem se govori (Grošelj 2011).

Ker je vzrokov za naglušnost v starosti veliko, lahko njene vzroke ugotovi le strokovnjak. Včasih so vzrok slabšega sluha zamašena ušesa, resnejši vzroki so lahko v srednjem ušesu, npr. kronična vnetja, v slabši gibljivosti slušnih koščic, lahko pa gre za okvaro akustičnega živca po večletnem hudem hrupu. Z naglušnostjo ali pa tudi brez nje, je v starosti povezano pogosto piskanje v ušesih, ki ga neredko povzročijo tudi zdravila. Tudi te vzroke lahko razvozla le strokovnjak. Tako naglušnost, kot piskanje v ušesih, je mogoče zmanjšati, vendar ne v vseh primerih.

V anketi težave s sluhom navaja ena tretjina vseh anketirancev. Podatek se sklada s podatkom o razširjenosti naglušnosti med upokojenci v Združenem kraljestvu. Hude težave ima le slabih 5% anketirancev, kar pomeni, da je težave, ki jih imajo ostali anketiranci v veliki meri mogoče zmanjšati.

19

Viri:

1. , Price JD, Smith SC. Oxford Handbook of Geriatric Medicine. Oxford University Press 2006: str. 590-1,598-9.
2. Grošelj A. Naglušnost. Prva zdravstvena asistenca 2011 pza.si/clanek/naglusnost_1.aspx (14.12.2012)

1.13. Možgani in živčevje

Na vprašanje je od 1047 odgovorilo 1043 ali 99.6% anketirancev.

Brez težav z živčevjem in možgani jih živi 881 ali 84.5%, z zmernimi težavami 120 ali 11.5%, s hudimi težavami pa 42 ali 4.0%.

Komentar:

V starosti se spremembe na možganih kažejo v njihovi manjši teži in zmanjšanem številu sivih celic, na živčevju pa v upočasnjem prevajanju impulzov, počasnejših in slabših refleksih. Odvisno od izraženosti sprememb, se posledice v vsakdanjem življenju kažejo na različne načine. Tresenje rok povzroča polivanje tekočin, pojavlja se Parkinsonova bolezen, pozabljivost, spominske motnje, različne oblike božjasti, periferne nevralgije in drugo. Zaradi zmanjšanih možganov pride v možganski duplini pri poškodbah glave prej do nevarnih krvavitev, v starosti se pojavljajo različne oblike božjasti in možganskih kapi. Vse te pojave pospešujejo zunanji dejavniki kot so povišan krvni tlak, pomanjkljiva prekrvljenost

zaradi okvarjenega žilja, presnovne motnje in druge. Zmanjšana je odpornost na virusne infekcije, zato v starosti večkrat naletimo na herpes zoster, ki lahko zapušča hude in trdovratne nevralgije (Bowker 2006).

Ob aktivnem in zdravem načinu življenja, še zlasti pred starostjo, je opisanih težav malo ali pa so slabše izražene. V naši anketi večina anketirancev nima tovrstnih težav, ima jih le petina in od njih večina navaja zmerne težave. Starostne spremembe živčevja ob odsotnosti drugih zdravstvenih okoliščin in zdravem življenju ne bi smele povzročati pomembnih omejitvenih težav. Da so intelektualne sposobnosti ohranjene v visoko starost, dokazujejo številni primeri umetnikov, pisateljev, komponistov, virtuozov in politikov. Pa tudi v vsakem okolju lahko najdemo primere starih ljudi, ki so telesno in duševno sveži in v dobri fizični kondiciji. Pričakujemo lahko, da bodo v naslednjih desetletjih skupine starejših brez težav na tem področju še številčnejše.

Viri:

1. Bowker LK, Price JD, Smith SC. Oxford Handbook of Geriatric Medicine. Oxford University Press 2006: 164-86

1.14. Presnovne motnje

Od 1047 anketirancev smo prejeli 1041 ali 99.4% odgovorov.

Brez presnovnih težav je 864 ali 83.0% anketirancev, zmerne težave jih ima 137 ali 13.2%, hude pa 40 ali 3.8%.

Komentar:

Med najpogostejše presnovne motnje v starosti sodi sladkorna bolezen tipa 2. Kar 40% novih primerov je v starostni skupini nad 65 let, kjer ima povišan sladkor v krvi 20% vseh prebivalcev v tej starosti. Povišana telesna teža predstavlja enega od pomembnih razlogov za povišan nivo sladkorja v starosti. Pojavi se lahko še ob jemanju steroidnih zdravil, boleznih trebušne slinavke in še nekaterih drugih zdravstvenih okoliščinah, npr. povišani aktivnosti ščitnice. Običajno je nastop sladkorne bolezni 2 pogojen z okoliščinami, ki jih je mogoče odpraviti, največkrat pomaga že dieta, še preden se poseže po zdravilih. Nezdravljena se bolezen z vsemi posledicami razvija naprej. Druga najpogostejša motnja so povišane maščobe v krvi, kar lahko vodi v različne zdravstvene težave. Z dieto in po potrebi z zdravili, jih je mogoče vzdrževati v normalnih okvirih. Značilen za starost je zmanjšan občutek žeje, pomanjkljiv vnos tekočin pa vodi v izsušenost. Kaže se v slabosti, apatični počasnosti, nizkem krvnem tlaku, povišanem utripu, bruhanju, izsušeni koži, sluznicah in drugem. Pomoč je hitro pri roki, doma ali v ustanovi, večja težava je v tem, da je izsušenost običajno dolgo spregledana. Funkcija ščitnice je v

starosti oslabljena v 5% pri moških in v 15% pri ženskah. Kaže se v tenki suhi koži, slabosti, zmanjšani gibljivosti, padcih, počasnem utripu, kognitivnem upadu, slabokrvnosti in drugih simptomih. Manjkrat se v starosti pojavijo znaki povečane funkcije ščitnice, pomanjkanje teka, hujšanje, tresenje rok, znojenje, povišan utrip in drugi. Diagnoza in zdravljenje v obeh primerih sodita v roke specialista. Stari ljudje so presnovno bolj občutljivi na temperaturo okolja. V zimskem času so pogoste podhladitve, poleti pa vročinski udari. Eno in drugo se lahko konča s smrtjo (vse Bowker 2006).

Velika večina anketirancev nima presnovnih motenj, domnevamo lahko, da med tistimi, ki jih imajo, prevladujeta sladkorna bolezen tipa 2 in povišane maščobe v krvi. Če želimo obseg presnovnih motenj med starejšimi zmanjšati, moramo predvsem doseči, da vsak od njih ve, kako je z nivojem sladkorja in maščob v njegovi krvi in se temu primerno ravna. Ta dva podatka sodita v abecedo osebne zdravstvene pismenosti in kulture. V družbeno socialno kulturo sodi, da se v hudem mrazu ali vročini pomisli na osamljene stare ljudi, še posebej revne, in se poskrbi zanje. Ostale motnje in njihovo odkrivanje sodijo na področje zdravstvene oskrbe.

Viri:

1. Bowker LK, Price JD, Smith SC. Oxfors Handbook of Geriatric Medicine. Oxford University Press 2006: 431-51.

21

1.15. Duševno zdravje

Od 1047 anketirancev smo prejeli 1038 ali odgovorov.

Da nimajo duševnih težav je odgovorilo 806 ali 77.6% anketirancev, zmerne težave jih je navedlo 192 ali 18.5%, hude težave pa 40 ali 3.9%.

Komentar:

S starostjo zlagoma upada kognitivna funkcija, predvsem dožemanje in mišljenje. Pri tem intelektualna kapaciteta ni prizadeta, le potek ene in druge aktivnosti je počasnejši. V vsakodnevem življenju se to kaže v pozabljivosti, izpadu izrazov med govorom, počasnejšim učenjem in podobno. V starosti naj bi take spremembe vsi sprejemali kot običajne, ki ne vplivajo usodno na vsakodnevne aktivnosti. Pomembna lastnost običajne pozabljivosti v starosti je, da se je starejša oseba zaveda in je do nje kritična.

V primeru starostne demence, ki je najpogostejša duševna bolezen v starosti, te kritičnosti ni, prizadeti pozabljivosti in motenj spomina ne priznava. Z naraščajočo starostjo raste tudi prevalenca demence, med starejšimi od 85 let naj bi jo bilo kar 30%. Obstoja več vrst demence, v 60 do 70% je najpogostejša Alzheimerjeva. Od ostalih oblik je po pogostosti takoj za njo vaskularna demenca z 10 do 20%, drugih

oblik je ustrezno manj (Bowker 2006). Ob spremenjenem vedenju je za demenco predvsem značilna izguba intelektualnih in spominskih sposobnosti, logičnega mišljenja, sporazumevanja in orientacije v prostoru in času. Na nastop in razvoj demence je mogoče pozitivno vplivati na različne načine; kar vsak starejši na preventivni ravni lahko naredi zase, je vzdrževanje intelektualne in socialne aktivnosti. Z naraščajočim številom starejših raste tudi javno-zdravstveni pomen demence. Vsako dobro urejeno zdravstvo ima nacionalni program za njeno preventivo in zdravljenje.

Psihoze so med starejšimi bolj pogoste od povprečja; kažejo se v nepravilnem dojetanju dogodkov, halucinacijah in sodijo k duševnim boleznim, ki jih mora zdravstveno obravnavati le psihiater.

Med visoko starimi posamezniki se ob poškodbah, vročinskih stanjih ali drugih akutnih boleznih lahko pojavi zmedenost, delirij, ki po nekaj dnevih izgine. Kljub temu sodi tak bolnik v ustanovo, ker so vzroki lahko tudi drugačni. Delirij je bolj znak možganske regresije in kljub dramatičnosti ni duševna bolezen.

S starostjo naj bi naraščala tudi depresija. Vendar tudi zdravniki otopelost in žalost starejših obravnavajo kot depresijo, ki ima svoje dobro opisane lastnosti in potek. Narobe je, da se starejšim predpisujejo antidepresivna zdravila, ki jih ne potrebujejo. Na tem področju se premalo stori, najlažje od vsega je predpisati antidepresiv. Lahko bi rekli, da je »starostna depresija« v veliki meri tudi socialna bolezen in bi jo bilo treba tako tudi obravnavati. S tem je povezana tudi pojavnost samomora, ki ga je med starejšimi prav tako več od povprečja. V večini primerov je samomor izhod iz obupa, ne pa znak duševne bolezni.

V raziskavi razmeroma visok odstotek anketirancev navaja duševne težave. Ker je večina teh težav povezanih s starostjo, je to odraz njihove kritičnosti do njih, kar pomeni, da tudi med njimi prevladujejo pozabljenost in pomanjkanje koncentracije, manj pa je duševnih boleznih.

Viri:

1. Bowker LK, Price JD, Smith SC. Oxford Handbook of Geriatric Medicine. Oxford University Press 2006: 219-76

1.16. Koža

Od 1047 anketirancev smo prejeli 1040 ali 99.3% odgovorov.

Brez težav s kožo jih je 884 ali 85.0%, zmerne težave jih ima 130 ali 12.5%, hude težave pa 26 ali 2.5%.

Komentar:

Težave s kožo se v starosti nad 65 let se v povprečju javljajo v 30%, vzroki zanje pa pogosto tičijo v premalo skrbnem odnosu do kože v preteklosti (Dolenc Voljč 2009), zato naj bi osnovna pravila osebnega odnosa do lastne kože sodila v splošno zdravstveno pismenost in kulturo. Zaradi podaljševanja življenja je starostnih sprememb in bolezni kože več, starajoča se koža pa je vse bolj pomembno področje dermatologije. Bolezni kože v starosti nastopijo bodisi zaradi sprememb v sami koži, bodisi zaradi zunanjih vplivov, med katerimi so posledice nekdanjih sončnih poškodb najpogostejše in bi jih bilo mogoče z varovanjem pred sončnimi žarki v prejšnjih desetletjih življenja preprečiti.

S starostjo se tanjša povrhnjica, celice se počasneje množijo, spreminja se struktura veziva, slabša se prekrvljenost kapilar, zmanjšana je tvorba pigmenta, stanjša se podkožna maščoba, manj je kožnih živčnih končičev, manj je kožnih žlez, slabi funkcija podnohtja, imunska odpornost kože je slabša, lasje sivijo, se tanjšajo in izpadajo, okrepi pa se rast obrvi in dlak v nosu ter ušesih. Po menopavzi se pri nekaterih ženskah pojavijo brki in brada. Posledice teh sprememb se kažejo v večji občutljivosti kože; bolj je občutljiva na poškodbe, rane se počasneje celijo, večja je občutljivost na sončne žarke, koža je bolj suha, groba in bolj podvržena raznim vnetjem, je manj elastična, bolj hladna in bleda z zmanjšano sposobnostjo termoregulacije, občutek finega dotika je slabši, nohti so debelejši in manj gladki, slabša je odpornosti na vse vrste infekcij, zlasti glivičnih, več je kožnih polipov in seboroičnih sprememb, večja je tudi nagnjenost k malignim spremembam (Dolenc Voljč 2009, Bowker 2006).

Najpogostejše težave starejših ljudi s kožo so razjede na nogah, srbež, ekcem, intertrigo, ki predstavlja vrata v različne kožne infekcije, prekancerozne in kancerozne spremembe (aktinične keratoze, bazaliomi, spinaliomi, melanomi). Med infekcijami kože je v starosti pogost pasavec (Herpes zoster) in glivične okužbe stopal. Vse naštetu naj obravnavajo dermatologi.

S stališča kože je za starega človeka pomembno, da se kar najbolj varuje pred soncem, zlasti med 11. in 16. uro, da pa s krajšimi osončenji kože izven tega časa poskrbi za zadostno tvorbo D vitamina, da pazi na higieno kože, zlasti na nogah in da se varuje pred bakterijskimi ali glivičnimi infekcijami kože; če do njih pride, naj obiše zdravnika. Za suho kožo so primerne negovalne kreme ali oljne kopeli. Pomembno je tudi, da spremljamo vse spremembe in znamenja. Na mestih, kjer sami tega ne moremo nadzirati (hrbet, vrat itd), naj to stori eden od naših najbližjih.

Izsledki naše ankete kažejo, da je med anketiranci težav s kožo manj, kot bi pričakovali z ozirom na druge podatke. Prevladujejo zmerne težave, hujših je le za 2.5%. Zdravljenje kožnih bolezni je danes bolj učinkovito kot kdajkoli prej, kar pomeni, da so med tistimi, ki so brez težav ali pa imajo zmerne težave tudi taki, ki so se že uspešno zdravili zaradi te ali one kožne spremembe.

Viri:

1. Dolenc Voljč M. Koža v starosti. Srečanje s starostniki v okviru PPP za 3, 21. 4. 2009. www.inst-antontrstenjaka.si/gerontologija/dogodki/173.html (16.12.2012).
2. Bowker LK, Price JD, Smith SC. Oxford Handbook of Geriatric Medicine. Oxford University Press 2006:629-58.

1.17. Telesna teža

Od 1047 anketirancev jih je na vprašanje odgovorilo 1032 ali 98.6%.

Brez težav s težo jih je 741 ali 71.8%, zmerne težave navaja 270 ali 26.2% anketirancev, hude težave pa 21 ali 2.0%.

Komentar:

Povišana telesna teža še ni debelost, ker je lahko višja tudi ob močno razvitem mišičju, težjih kosteh in povečani količini tekočin v telesu. Razvije pa se npr. tudi ob zmanjšanem delovanju ščitnice, zdravljenju s kortikosteroidi, ob jemanju tablet proti zanositvi ali depresiji. O debelosti govorimo takrat, ko je v telesu več maščobe, kot bi bilo primerno za določeno telesno višino. Razvije se ob prevelikem zauživanju hrane, ob pretiranem pitju alkohola in ob premalo gibanja. Ogroža srce, krvni obtok in žile, sklepe, presnovo, je vzrok možganskih in srčnih infarktov, sladkorne bolezni tipa 2, nekaterih malignomov in nevarni apnoi v spanju. Najbolj zanesljiv test za ugotavljanje debelosti je izračun indeksa telesne mase. Od vrednosti 25 do 29.9 govorimo o povišani telesni teži, od 30 naprej pa o debelosti (PubMed). Debeli ljudje so pogosto tarča posmeha in predsodkov, kar otežuje njihove socialne aktivnosti (WebMD).

Debelost je pogosto vzrok samokritičnega odnosa, še posebej po spodletelih poskusih hujšanja. Vendar vzrok debelosti ni izključno posledica preobilnega hranjenja, ampak tudi družinskih in genetskih obremenitev. Pogostejša je v starosti, ker se presnova upočasni in se razvije tudi ob enaki količini zaužite hrane in enakih fizičnih aktivnostih. Običajno se ljudje zredijo potem, ko so prenehali kaditi, ali če v stresu iščejo uteho v hrani. Pri ženskah, kjer jo je več kot pri moških, se rada razvije po nastopu menopavze. Debelost je povezana z nerednim, nekontroliranim prehranjevanjem, sedečimi poklici in s premalo gibanja.

Debelost danes sprejemamo kot bolezen, ki se epidemično širi po svetu. V Evropski regiji Svetovne zdravstvene organizacije se je njena prevalenca v

primerjavi z letom 1970 povečala za desetkrat. Pretežkih je polovica odraslih in petina otrok, z debelostjo je povezanih 6% vseh zdravstvenih stroškov in 13% smrti v regiji. Ker se prevalenca še povečuje, predstavlja debelost resno grožnjo zdravju tako v celi regiji kakor tudi v vsaki posamezni državi članici (WHO Euro). Zaradi grožnje, ki jo zdravju predstavlja debelost, je WHO leta 2006 organizirala ministrsko konferenco v Carigradu, kjer je bila sprejeta Evropska listina za zmanjšanje debelosti v Regiji. WHO razlog za epidemijo debelosti išče v socialnih, ekonomskih, kulturnih in fizičnih spremembah v življenju držav članic. Vendar je epidemija ob ustreznih mednarodnih in nacionalnih ukrepih reverzibilna. Za to je potrebno, da se vsi vladni resorji zavedajo pomena in teže problema in mu v svojih političnih usmeritvah nameni dovolj pozornosti. Z vladami naj sodeluje civilna družba, zasebni sektor in mediji. Sprožene aktivnosti je potrebno spremljati in ugotavljati njihove učinke (EU Charter 2006). Po šestih letih lahko ugotovimo, da se vlade ne ukvarjajo z debelostjo državljanov in da se stanje še naprej slabša.

V Sloveniji je po razpoložljivih podatkih zelo debelih 16% ljudi. Prevalenca debelosti narašča z leti. Če je v starostnem obdobju od 18 do 24 let v povprečju prisotna v 5%, jo je v obdobju od 25 do 44 let v povprečju že 11.5%, od 45 do 65 let pa v 23.7% (Slovenske novice). Takšni so tudi izsledki naše ankete, če hude težave enačimo z zelo izraženo debelostjo, zmerne težave pa predvsem s povišano telesno težo. Debeli ljudje so vedno bili, so in bodo. Vseeno pa načela zdravega prehranjevanja, zdrave prehrane in redne telesne aktivnosti sodijo med osnove zdravstvene pismenosti. Tudi potem bodo v vseh starostnih obdobjih še vedno debeli ljudje, vendar jih bo manj, debelost pa bo manjši javno-zdravstveni problem kot je danes.

Viri:

1. PubMed Health. A.D.A.M. Medical Encyclopedia. Obesity. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0004552/ (16.12.2012)
2. WebMD. Obesity. www.webmd.com/diet/what-is-obesity (16.12.2012)
3. WHO Regional Office for Europe. Obesity www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity (16.12.2012)
4. WHO Regional Office for Europe. European Charter in Counteracting Obesity. EUR/06/5062700/8
5. Slovenske novice, 24.11. 2011

1.18. Prostata

Od 1047 anketirancev smo prejeli 432 ali 41% odgovorov.

Brez težav je 297 ali 68.8% moških anketirancev, z zmernimi težavami jih živi 114 ali 26.4%, s hudimi težavami pa 21 ali 4.9%.

Komentar:

Na genitourinarnem področju predstavlja povečana prostata največji problem med starejšo moško populacijo. Po 70. letu so spremembe prostate prisotne tudi če ne povzročajo nobenih težav. Težave so v glavnem povezane z uriniranjem, ki postane šibko in pogosto, lahko pa se tudi povsem ustavi. Po 65. letu ima težave z uriniranjem skoraj vsak drugi moški (Bowker 2006). Čeprav test PSA ni povsem zanesljiv, se poleg ultrazvoka in punkcije za spremljanje sprememb v prostati še vedno najpogosteje uporablja. Pri povečani prostati je predvsem potrebno ugotoviti ali gre zgolj za benigno hipertrofijo ali za karcinom, ki rad metastazira v primerih, ko se pojavi že po 50. letu ali še celo prej. Zato je čim prej potrebno opraviti punkcijo prostate, da lahko histološka preiskava odkrije pravo naravo sprememb. Z naraščajočo starostjo se ne spreminja le prostata, ampak raste tudi prevalenca raka v njej. Po 75 letu ima v Sloveniji raka prostate kar 17% moških v tej starosti, kar ga uvršča na prvo mesto malignih sprememb pri moški populaciji (Bečan 1999).

Na spremembe v prostati naj bo pripravljen vsak starejši moški in naj pravočasno skupaj z zdravnikom spremlja razvoj in naravo tkivnih sprememb.

V naši raziskavi razmerja med odgovori potrjujejo pomen sprememb na prostati.

Viri:

1. Bowker KL, Price JD, Smith SC. Oxford Handbook of Geriatric Medicine. Oxford University Press 2006: 554-63.
2. Bečan F. Vodenje bolnika z boleznijo prostate. Združenje zdravnikov družinske medicine, učne delavnice 1999. www.drmed.org/strok/ssi/ucnedelavnice1999/p8.html (16.12.2012)

1.19. Rodila

Od 1047 anketirancev jih je na vprašanje odgovorilo 542 ali 52%.

Brez težav jih živi 542 ali 89.6%, z zmernimi težavami 50 ali 8.3%, s hudimi težavami pa 13 ali 2.1%.

Komentar:

Ko po menopavzi upade nivo estrogena, se razvije atrofija vaginalne sluznice, kar vodi do hitrejših poškodb in infekcij. Vagina se skupaj z maternico in jajčniki zmanjša in postane manj elastična. Vsaka spontana krvavitev iz vagine v menopavzi je po prenehanju menstruacij povezana s spremembami, katerih naravo je potrebno pojasniti. Običajno so posledica atrofičnih vaginitisov, vaginalnih infektov in prolapsa vagine, lahko pa je njihov vzrok tudi v karcinomu vulve, vagine, materničnega vratu, maternice ali jajčnikov. Krvavitve lahko povzročata tudi hormonsko nadomeščanje ali zdravila, ki imajo estrogenski učinek.

Hude težave povzročajo prolapsi mehurja, maternice ali črevesa v vagino, ne le lokalno, ampak tudi pri uriniranju in defekaciji. Zdravljenje je operativno.

V naši raziskavi velika večina anketirank ne navaja težav s strani rodil, treba pa je vedeti, da se danes tudi začetek menopavze premika v starejša leta, tudi zaradi nadomeščanja usihajočih hormonov. Vendar to ni brez lokalnih in sistemskih posledic. Koliko časa se hormoni lahko varno nadomeščajo in na kakšen način, se je potrebno individualno dogovoriti z ginekologom. Dobrih 10% anketirank s težavami je potrebno z ozirom na opisano iskati med starejšimi letniki.

Viri:

1. Bowker LK, Price JD, Smith SC. Oxford Handbook of Geriatric Medicine. Oxford University Press 2006: 564-9.

1.20. Dojke

Od 1047 anketirancev smo prejeli 604 ali 58% odgovorov.

Brez težav z dojkami je 560 ali 92.7% anketirank, zmerne težave jih ima 33 ali 5.5%, hude težave pa 11 ali 1.8%.

Komentar:

Nevarnost za razvoj raka na dojki je največja po 60. letu. V Sloveniji imamo vsako leto 100 novih primerov raka na dojki na 100.000 žensk, od tega je tri četrtine primerov po petdesetem letu (Onkološki inštitut). Zato že starost sama predstavlja pomemben dejavnik tveganja za njegov razvoj. Več ga je med tistimi ženskami, ki niso rodile ali pa so pozno rodile prvega otroka, ki so zgodaj dobile menstruacijo ali so jo pozno izgubile, ki uporabljajo hormonsko kontracepcijo ali nadomeščajo usihanje estrogena. Tudi debelost v menopavzi je dejavnik tveganja (Lek).

Pomembno je, da je vsaka ženska poučena, kako naj si pravilno dojke pregleduje sama in da od 40. ali 50. leta dalje redno nadzoruje svoje dojke s pomočjo pregledov, ki so na voljo. V Sloveniji bomo s presejalnim programom DORA ne le odkrili nove primere raka v fazi, ko je zdravljenje uspešno, ampak bomo vsaj za nekaj časa povečali budnost ženske javnosti v zvezi z rakom na dojki. Brez stalne javne budnosti, sčasoma usahne tudi budnost na osebni ravni. V zdravstvu je to pogost primer.

Zdravljenje odkritega raka dojke poteka po onkoloških kriterijih in standardih. Čeprav se preživetje podaljšuje, je rak dojke še vedno med najpogostejšimi in najbolj nevarnimi raki.

Med našimi anketirankami, ki so odgovorile na vprašanje, jih ima težave z dojkami dobrih 7% med temi hujše skoraj 2%. Z veliko verjetnostjo smemo domnevati, da je v večini primerov ozadju rak dojke.

Viri:

1. Rak dojke. Onkološki inštitut
www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/dokumenti/Rak-dojke.pdf (16.12.2012)
2. Kako nastane rak dojke? Lek Ljubljana
www.lek.si/si/skrb-za-zdravje/bolezni-in-simptomi/rakave-bolezni/rak-dojke/ (16.12.2012)

Vprašanje 2

Kaj je vaša glavna zdravstvena težava?

Vprašanje predstavlja podrobnejšo opredelitev zdravstvenih težav, ki so jih anketiranci imeli v mislih pri odgovoru na prejšnje vprašanje. Odgovori nanj omogočajo boljše razumevanje vsakdanjih zdravstvenih težav starejše polovice slovenske družbe in bolje usmerjeno podporo pri njihovem odločanju o zdravem in aktivnem življenju.

Na vprašanje je od 1047 odgovorilo 1022 ali 97.6% anketirancev. Da nimajo zdravstvenih težav, je odgovorilo 126 ali 12.4% anketirancev, 896 ali 87.3% pa jih je povedalo, kaj jih zdravstveno najbolj obremenjuje. Našteli so 1266 težav, kar pomeni, da so jih nekateri našteli tudi več. Z ozirom na reprezentativnost vzorca so to tiste zdravstvene težave, s katerimi se v Sloveniji ljudje v starosti nad 50 let bodisi ob pomoči zdravnikov, bodisi ob nasvetih svojcev, prijateljev, znancev, medijskega zdravstva ali pa čisto sami srečujejo v vsakdanjem življenju.

Zabeležena je vsaka zdravstvena težava, ki so jo anketiranci omenili. Od tistih, ki so jih našteli več, je vsaka posebej uvrščena v ustrezno kategorijo. Vse so razvrščene po 10. izdaji Mednarodne Klasifikacije Bolezni (MKB 10).

2.1. MKB 10 - XIII

Mišični in skeletni sistem z vezivi

Od vseh zdravstvenih težav, s katerimi se srečujejo starejši, so najpogostejše. Med 1266 zabeleženimi težavami vseh vrst, jih je z mišičnim in skeletnim sistemom ter vezivi (gibala) povezanih 395 ali 31,2%.

Med 395 težavami jih je z **okončinami in sklepi** povezanih 169 ali 41.5%, od tega jih 70 oziroma 17.7% odpade na velike sklepe, kolena, kolke in ramena, ostalo pa na okončine in posledice poškodb. 155 težav je bilo zaradi težav s **hrbtenico, križem in išiasom**, kar predstavlja 39.2% vseh težav z gibali in gibanjem. Kot vzrok težav je bila v 18 primerih oziroma 4.6% navedena **osteoporoza**.

Brez podrobnejše opredelitve navajajo še **težko gibanje 24, revmo 20, boleče ali vneto mišičje 7, slabo držo 1**, v enem primeru gibanje onemogoča tetraplegija.

Komentar:

Težave z gibalni so v odrasli dobi in starosti najpogostejše med vsemi zdravstvenimi problemi, umrljivost zaradi njih pa je nizka. V letu 2009 je od vseh 18.750 smrti v Sloveniji, na gibalni odpadlo 69 ali 0.4% smrti (IVZ 2009). Vzroki težav so po MKB zelo številni, v vsakdanjem življenju so to predvsem bolečine v sklepih, hrbtenici, križu in mišicah, osteoporoza in boleče ali omejeno gibanje. Pojavljati se začnejo že zgodaj in njihova izraženost z leti narašča. Pomemben vzrok za njihov razvoj je neustrezno obremenjevanje gibalni in postopno zmanjševanje njihove razgibanosti. V prizadevanjih zdravstvene in socialne politike za bolj zdravo in aktivno življenje državljanov, bi bilo potrebno telesni razgibanosti posvečati dovolj pozornosti v vseh življenjskih obdobjih. V primeru starejših nad 50 let, bi bilo potrebno navodila prilagoditi posameznim starostnim skupinam; nekemu, ki je star 90 let, ni mogoče svetovati naj dela vaje, ki so primerne za 60 ali 70 letnika. Razgibanje naj bi bilo nasploh prilagojeno telesnim sposobnostim in navadam vsakega posameznika, zato noben program vaj ni edini in najbolj pravilen. Za potrebe slovenskih starostnikov, naj bi naši strokovnjaki pripravili razumljive napotke za razgibanje ob hoji, doma, v telovadnici, v bazenu itd.

29

Vir:

1. Zdravstveno statistični letopis 2009. Inštitut za varovanje zdravja. Ljubljana, stran. 99.

2.2. MKB 10 - IX

Bolezni obtočil

Bolezni obtočil so med najpogostejšimi zdravstvenimi težavami starih. Med 1266 zabeleženimi težavami vseh vrst, jih je z obtočili povezanih 259 ali 20.5%. V vsakdanjem življenju so to težave s srcem in ožiljem, krvnim tlakom, pretokom krvi, motnjami srčnega ritma, infarkti, možganskimi kapmi, razširjenimi venami in z njimi povezanimi ranami, najpogosteje na golenih.

Med 259 težavami jih 132 ali 51% odpade na **povišan krvni tlak**, na **srce in ožilje** 110 ali 42.5% (od tega 99 ali 38.2% na srce in ožilje na splošno, na tiščanje pri srcu in infarkt 6 ali 2.3%, na motnje ritma 5 ali 2%), na **posledice po kapi** 9 ali 3.5%, na **razširjene vene** 6 ali 2.3%.

Komentar:

Bolezni obtočil, to je srca in ožilja, niso tako pogoste kot težave z gibalni, kot vzrok smrti pa so v vsem razvitem svetu na prvem mestu. V letu 2009 je od 18.750

smrtmi v Sloveniji na obtočila odpadlo 7475 ali 40% vseh smrti (IVZ 2009). Pri tem je treba predvsem opozoriti, da je v današnjem svetu, ko ni več okvar srca, ki so nekdanje nastale kot posledica nezdravljenih bakterijskih infekcij, povišan krvni tlak osnovni vzrok okvar srca in ožilja. Zato mu je v zdravstvenem osveščanju prebivalstva in zdravljenju potrebno nameniti največjo možno pozornost. Srčni in možganski inzulti so predvsem posledice nezdravljenega ali slabo zdravljenega povišanega krvnega tlaka. V anketi je skoraj vse našteje težave, razen boleznii venoznega ožilja, možno pripisati posledicam povišanega krvnega tlaka. Dobro je, da ga toliko anketirancev navaja kot svojo poglavitno zdravstveno težavo, kar pomeni, da se zavedajo, da ga imajo in ga tako ali drugače spremljajo. Zahrbtost povišanega krvnega tlaka je v tem, da veliko let ne povzroča večjih težav, zato se ga v srednji življenjski dobi rado zanemarja. Ker ga je z načinom življenja in rednim jemanjem zdravil možno vzdrževati v nenevarnih mejah, sta primarna in sekundarna preventiva na tem področju spričevalo vsakega zdravstva. Previsoka smrtnost zaradi boleznii obtočil je podatek, ki opozarja med drugim tudi na to, koliko je na tem področju še mogoče storiti.

Vir:

1. Zdravstveno statistični letopis 2009. Inštitut za varovanje zdravja, Ljubljana, str.99

2.3. MKB 10 - IV

Endokrine, prehranske in presnovne bolezni

Med 1266 zabeleženimi zdravstvenimi težavami vseh vrst, jih je med anketiranci z endokrinimi, prehranskimi in presnovnimi boleznimi povezanih 94 ali 7.5%.

Med 94 naštetimi težavami jih 39 ali 41.5% odpade na **sladkorno bolezen**, 27 ali 28.7% na **povišan holesterol**, 17 ali 18% na boleznii **ščitnice**, na **telesno težo** 9 ali 9.5%. Na vsako od težav s **trebušno slinavko in alergijo na laktozo** odpade po ena pritožba, na vsako torej po 1% naštetih težav.

Komentar:

Endokrine, prehranske in presnovne bolezni sodijo med pogostejše, čeprav ne najbolj pogoste. V vsakdanjem življenju so to težave z žlezami, maščobami v krvi, sladkorno boleznijo, povišano telesno težo itd. V letu 2009 je v Sloveniji zaradi njih umrlo 284 ljudi, kar predstavlja 1.5% vseh smrti (IVZ 2009). Epidemiološko so pomembne zaradi sladkorne boleznii, maščob v krvi in povišane telesne teže, kar vse je v pogovorih o zdravju vsakdanja tema. V naši anketi na omenjene tri odpade več kot tri četrtine vseh težav med anketiranci. Med starejšimi sta prisotna oba tipa sladkorne boleznii, vendar je pridobljene bistveno več. Povezana je tudi s povišano telesno težo (Bowker 2006), ki se v razvitem svetu epidemično širi, čeravno iz naše

ankete to ni razvidno. Sladkorna bolezen, osnovna ali pridobljena, je v kombinaciji s povišanim krvnim tlakom in maščobami v krvi zelo nevaren preplet dejavnikov tveganja, ki se v škodljivih učinkih med seboj podpirajo. Zato ne sladkorne bolezni, ne povišanih maščob v krvi, ne povišane telesne teže ne smemo razumeti in obravnavati izolirano, ampak vselej v povezavi z drugimi nevarnimi dejavniki. S tega vidika je pomen endokrinih in presnovnih bolezni bistveno višji kot bi lahko sklepali zgolj po odstotkih njihove prevalence in naša anketa to potrjuje. Z javno-zdravstvenega vidika nas mora na tem zdravstvenem področju predvsem zanimati, koliko je med starejšimi povišane telesne teže, sladkorne bolezni tipa 2 in povišanih maščob v krvi, ker se da veliko storiti v zmanjševanju njihovih škodljivih posledic. Ostale našteje motnje, predvsem bolezni ščitnice in druge, so manj pogoste in na epidemiološkem področju manj pomembne.

Vir:

1. Bowker LK, Price JD, Smith SC. Oxford Handbook of Geriatric Medicine. Oxford University Press 2006, str. 454
2. Zdravstveno statistični letopis 2009. Inštitut za varovanje zdravja, Ljubljana, str.99

2.4. MKB VI

Bolezni živčevja

Med 1266 težavami, ki so jih našteali anketiranci, se jih na živčevje nanaša 66 ali 5.2%. Med 66 težavami se je 17 ali 25.8% anketirancev pritožilo nad **glavoboli**, nad **motnjami spanca** pa 14 ali 21.2%. Večino muči nespečnost, le eden se je pritožil nad zaspanostjo. Nad **živci** se je pritožilo 10 ali 15% anketirancev in pri tem so v petih primerih navajali kar same živce, v treh vnete živce, v dveh pa nemirne roke ali noge. Nad motnjami **ravnotežja** se je pritožilo 8 ali 12% anketirancev, nad motnjami **spomina** pa 7 ali 10.6%. Ne da bi podrobneje opredelili, so se nad možgani pritožili 3 anketiranci, kar predstavlja 4.5% težav. 2 anketiranca sta navedla Parkinsonovo bolezen, kar predstavlja 3% težav, 1 pa multiplo sklerozo, kar predstavlja 1.5% težav, ki so jih anketiranci navedli na področju živčevja.

Komentar:

Med anketiranci je na področju bolezni živčevja največ glavobola, ki ima lahko zelo različne vzroke, zato glavobol ne sodi med specifične simptome. Če se pojavi šele po 50. letu ali če nenadoma spremeni svojo naravo, je to vedno potrebno raziskati in ustrezno ukrepati (Kunkel 2006).

Motnje spanca, ki jih anketiranci naštevajo kot drugo najbolj pogosto težavo, so v starosti pogoste, ima jih 25% vseh starejših (Bowker 2006). Prav tako kot glavobol imajo veliko možnih vzrokov, ki jih je potrebno raziskati. Veliko motenj spanca se

da v starosti odpraviti ali omiliti z ustreznim načinom življenja brez tablet. Res pa je, da je najlažje predpisati uspavala in se na ta način odkrižati nespečneža.

Živci so v vrsti težav s področja živčnih bolezni na tretjem mestu. V pogovornem jeziku o zdravju so »živci« pogosta pritožba, ne da bi jih podrobneje opredeljevali; za njimi se lahko skriva marsikaj, tudi duševne bolezni. V našem primeru je videti, da so anketiranci imeli v mislih bolj periferne živce, saj govorijo o vnetih živcih in nemirnih okončinah.

Motnje ravnotežja so pogost vzrok padcev, tudi najhujših. Stanje je posebej nevarno, ker se lahko pojavijo kjerkoli in kadarkoli, zato je potrebno ukrepati. Vzroki vrtočlavic so vedno, tudi v starosti različni in jih je za uspešno zdravljenje potrebno opredeliti.

Zanimivo je, da se razmeroma malo anketirancev pritožuje nad motnjami spomina, čeprav vemo, da so v starosti pogoste. Ostale našteje težave so v manjših odstotkih, kar znižuje le njihovo epidemiološko težo, sicer pa se bolezen, ki jo ima, nobenemu bolniku ne zdi redka, pa če jo je še tako redko mogoče srečati.

Vse bolezni živčevja sodijo tako po diagnostični kot po terapevtski plati k nevrologu.

Viri:

1. Kunkel RD. Headaches in older patients: Special problems and concerns. Cleveland Clinic Journal of Medicine, 73;10:923-7. www.cejm.org/site/misc/Octo6_Kunkel.pdf (22.12.2012).
2. Bowker LD, Price JD, Smith SC. Oxford Handbook of Geriatric Medicine 2006. Oxford University Press: str. 188-9.

2.5. MKB XI

Bolezni prebavil

Med 1266 težavami vseh vrst, ki so jih našteali anketiranci, se jih na prebavila nanaša 65 ali 5.1%. Med 65 težavami na področju prebavil jih je največ, 24 ali 37% povezanih z **želodcem**. Od tega jih na sam želodec odpade 22, prišteli pa smo še eno pritožbo nad reflukso v požiralnik in eno, ki se nanaša na dvanajsternik. Na **prebavo** se nanaša 20 ali 31% pritožb, od tega 15 na prebavo nasploh, 5 pa na težave z jetri in žolčem. Nad težavami s **črevesom**, zaprtostjo in hemoroidi se pritožuje 12 ali 18.5% anketirancev, težave s prehranjevanjem ima zaradi **zob** 7 ali 10.8%, 7, 1 ali 1.5% ima težave zaradi kile, drugi pa prav tako v 1.5% zaradi trebuha, ne da bi povedal, kaj je s tem mislil.

Komentar:

Da imajo anketiranci največ težav z želodcem ni presenečenje, saj je v vsem prebavnem traktu izpostavljen največjim obremenitvam. V starosti se njegova

sluznica tanjša in postane bolj občutljiva na škodljive vplive. S pomanjkanjem kisline so povezana njena vnetja, kar povzroča težjo prebavo v želodcu. Vendar želodec običajno kljub tanjši sluznici normalno opravlja svojo funkcijo, še posebej, če je hrana dobro prežvečena in če je ni preveč. Veliko težav z želodcem se umiri ob redni prehrani in manjših obrokih hrane, ki ne draži sluznice. Tudi pravilen način zauživanja hrane sodi v zdravstveno pismenost.

Čeprav se jetra v starosti pomanjšajo do 25%, v odsotnosti bolezni to ne predstavlja ovire za njihovo normalno funkcijo. Zviša pa se verjetnost za nastanek žolčnih kamnov, ki jih ima v starosti nad 80 let kar 40% vseh žensk. V večini primerov ne povzročajo težav, če pa jih, nastopajo lahko vnetja žolčnika in prebavne motnje, ki jih neredko zamenjujejo s težavami zaradi refluksa (Bowker 2006). Težave z jetri so običajno posledica zamaščenosti, alkoholizma ali infekcij z virusi hepatitisa, še posebej hepatitisa C.

Moteno odvajanje blata je pogosta težava starejših ljudi in se kaže bodisi v zaprtju ali v driskah. Od obeh težav je zaprtje pogostejše in je posledica slabše mobilnosti črevesja, prehrane s premalo vlakninami, strahu pred bolečim iztrebljanjem, nereda v iztrebljanju ali mehanične ovire, najpogosteje zaradi rakaste tvorbe, ki oži lumen črevesa (Bowker 2006). Zaprtje je pogosto povezano s hemoroidi, nad čimer se pritožujejo tudi naši anketiranci. Driske so redkejše, povezane pa so s slabo prebavljeno hrano zaradi nezadostnega izločanja prebavnih sokov, kroničnih ali akutnih infekcij črevesa ali tumorskih sprememb. Če se ponavljajo, je vselej treba ugotoviti njihov vzrok.

Vse doslej opisane težave so lahko povzročene ali okrepljene, če v ustih ni zob in se hrana požira povsem nepripravljena za prebavo v želodcu. V naši anketi anketiranci, ki imajo težave s pomanjkanjem zob, svoje težave s prebavili pravilno povezujejo z njimi. Pravzaprav se prebavne težave začenjajo že v ustih. Anketa kaže, da je pomen dobro prežvečene hrane potrebno vključevati v zdravstveno opismenjevanje. Ne le, da je dovolj prepojena s prebavnimi fermenti sline, z žvečenjem pridobi tudi za želodec najbolj primerno temperaturo. Veliko hrane se pogoltne prevroče. In navsezadnje, hrano okušamo in v njej uživamo z žvečenjem.

Viri:

1. Bowker LK, Price JD, Smith SC. Oxford Handbook of Geriatric Medicine. Oxford University Press 2006: str. 373-408.

2.6. MKB X

Bolezni dihal

Od 1266 naštetih zdravstvenih težav, se jih 51 ali 4% nanaša na dihala.

Največ težav, 33 ali 65% imajo anketiranci z **dihanjem** in pri tem v 15 primerih navajajo astmo, v 6 primerih bronhitis, od tega v enem primeru kronični obstruktivni bronhitis, v 12 pa težko dihanje nasploh. V 9 ali 17.5% primerih se pritožujejo nad težavami s **pljuči**, ne da bi jih podrobneje opredelili. Nad pogostimi **prehladi** se je pritožilo 7 ali 13.8% anketirancev. V enem primeru je anketiranec omenil azbestozo, v enem pa siderozo. Obe bolezni skupaj predstavljata med anketiranci 3.9% naštetih težav z dihali.

Komentar:

Značilno za astmo in bronhitise v starosti, ki jih anketiranci najpogosteje omenjajo, je oteženo dihanje. Vzroki zanj so različni in jih je za uspešno pomoč potrebno opredeliti. Če težko dihanje spremlja kajenje, so težave hujše in se kažejo še v kašlju, slabem spanju in utrujenosti. Poleg zdravil, ki jih predpiše zdravnik in jih je treba redno jemati, je potrebno težavam prilagoditi tudi način življenja. Kajenje naj se povsem opusti, če je telesna teža previsoka, jo je koristno znižati in poskrbeti za redno vzdrževanje telesne kondicije. Če težko dihanje spremljajo katerekoli druge bolezni, je treba skrbeti za njihovo redno zdravljenje. Socialna vključenost predstavlja dobro spodbudo za vzdrževanje takega načina življenja, ki omogoča enakopravnejše sodelovanje v socialnih aktivnostih, ki jih težko dihanje otežuje ali onemogoča (Bowker 2006).

Prehladi so v starosti manj pogosti, a bolj nevarni. Povzročajo jih tako virusi kot bakterije, najbolj nevarna med njimi je influenza, proti kateri se je možno cepiti. Pri nas se še vedno ne cepi veliko starejših, kar pomeni, da se jih na koristi cepljenja ne opozarja na pravi način. Priporočati je treba cepljenje proti gripi vsem, ki so prekoračili 65. leto, še posebej pa vsem, ki imajo težave z dihanjem, sladkorno boleznijo, boleznimi srca in ledvic. Influenza je že sama po sebi nevarna virusna bolezen, odpira pa vrata bakterijskim infekcijam dihal in nevarnim pljučnicam. Poleg virusov influence so nevarne tudi pnevmokokne infekcije, proti katerim se je prav tako mogoče cepiti (Zupanc Lejko). V starosti se vsak običajen prehlad po začetni zaprtosti nosu, temperaturi in slabem počutju lahko zaplete z infekcijami v grlu in pljučih. Zaradi tega ni treba takoj jemati antibiotike, ampak v prvi vrsti ostan doma, piti veliko toplih tekočin in se dobro prepotiti. Temperaturo naj se zbija le, če je nevarno visoka, sicer pa jo je treba sprejemati kot del zdravljenja. V času prehladov je posebej pomembna higiena rok, ki si jih je treba večkrat in dobro umiti z milom in toplo vodo, zlasti po vsakem prijemanju kljuk, rokovanjih in podobno.

Težave z dihali med anketiranci ne predstavljajo velikega deleža med pritožbami, ki jih navajajo. Vseeno pa narava težav ne odraža le stanja, kakršno je na tem

področju med njimi, ampak tudi, kje je preventivnim in izobraževalnim akcijam potrebno posvetiti ustrezno pozornost.

Viri:

1. Bowker LK, Price JD, Smith SC. Oxford Handbook of Geriatric Medicine. Oxford University Press 2006, str. 327- 68.
2. Zupanc Lejko T. Cepljenje proti gripi in pnevmokokni okužbi. www.endodiab.si/dotAsset/7148.pdf (23.12.2012)

2.7. MKB XIV

Bolezni sečil in spolovil

Od 1266 zdravstvenih težav se jih na bolezni sečil in spolovil nanaša 50 ali 3.9%. Največkrat so omenjene težave s **prostato**, ki s 23 odgovori predstavljajo 46% vseh težav, 16 ali 32% odgovorov se nanaša na težave z **mikcijo**, mehurjem, **ledvicami** in **vnetji**, v 11 primerih ali 22% pa se omenjajo **klimakterične težave**, med njimi en primer z rodili brez podrobnejše opredelitve.

Komentar:

Ker odgovori zajemajo oba spola, je številke in razmerja potrebno sprejemati celostno; so prikaz težav, ki jih imajo starejši ljudje s sečili in spolovili, ne oziraje se na njihov spol. Skupne težave obeh spolov na tem področju so težave s kontinenco, z vnetji in boleznimi ledvic.

O spremembah prostate v starosti se v zadnjih letih pri nas veliko govori in piše, kar moške, ki imajo težave z uriniranjem prisili, da se posvetujejo z urologom in opravijo teste PSA. Morda v tem lahko iščemo tudi enega od razlogov za povišano incidenco in prevalenco sprememb na prostati. Stališča stroke do sprememb na prostati niso enotna; na eni strani so zagovorniki hitrega ukrepanja in radikalnih posegov, na drugi pa prav tako strokovnjaki zagovarjajo redno sledenje narave sprememb, operativni poseg pa le takrat, kadar je to nujno potrebno. Res je tudi, da je pristop k spremembam prostate drugačen, če se pojavijo že zgodaj ali če povzročajo težave v višji starosti. Ukrepanje je zato od primera do primera, od bolnika do bolnika in od zdravnika do zdravnika, različno. V vsakem primeru je spremembe, ne oziraje se na starost, potrebno redno spremljati.

Pri moških so spremembe prostate, pri ženskah pa povešena rodila in vdori mehurja ali črevesa v vagino, vzrok inkontinence. V obeh primerih se da pomagati z vajami za krepitev medeničnega dna. Operativna terapija je vsekakor indicirana pri ženskah, pri moških pa je operativno odstranjene prostate lahko vzrok začasne ali trajne inkontinence.

Vnetja mehurja in sečnice so pogosta in nadležna. Nezdravljena se rada sprevržejo v kronična, zato jih je v vsakem primeru potrebno zdraviti po navodilih zdravnika. Vse težave, ki so jih anketiranci v zvezi s sečili in rodili našeli, so običajne in jih najdemo med starejšimi povsod po svetu. Njihova pojavnost naj usmerja tudi preventivne in zdravstveno-vzgojne aktivnosti.

Klimakterične težave so pri ženskah običajne in vsaka ženska ve, da se bodo ob določeni starosti pojavile težave, ki so vsem dobro znane. Danes se jih da zmanjšati z zdravljenjem, ki jih predpiše ginekolog.

2.8. MKB V

Duševne in vedenjske motnje

Anketiranci so v zvezi z duševnimi in vedenjskimi motnjami med 1266 naštetimi zdravstvenimi težavami našeli 41 ali 3.24% težav.

Na 15 od 41 ali 36.6% težav, ki so pogojene z zunanjimi vplivi, se nanašajo pritožbe v zvezi z **živčnostjo**, samoto in stresom. Na neopredeljene **duševne težave** in **depresijo** se nanaša 13 ali 31.7% pritožb. Duševne bolezni, to je demenco in shizofrenijo anketiranci omenjajo v 13 ali 31.7%.

Komentar:

Pojma živčnosti kljub vsakdanji rabi te besede ni prav lahko opredeliti, razen če rečemo, da je pomen besede živčnost v biti živčen. Ne moremo opredeliti, kaj so imeli anketiranci v mislih, ko so se pritoževali nad živčnostjo. Na splošno velja, da je pri živčnih ljudeh prag vzdražnosti za intenzivne odzive nižji. Živčnost je povečana razdražljivost, občutljivost, nemir, glavobol, slab spanec, želodčni krči, razbijanje srca in še marsikaj drugega (Fidimed). Običajno je posledica stresa, skrbi, nezadovoljstva, jeze in drugih obremenitev, na katere se ni mogoče ustrezno odzvati. Čeprav je vzrokov za živčnost veliko in so lahko od posameznika do posameznika različni, pa je veliko več enotnosti v tem, kako si lahko pomagamo. Pomirjevala naj bi bila zadnja v vrsti, čeprav se jih največ napiše. Potrebno je razmisliti o načinu življenja, si privoščiti več počitka in gibanja in, če se da, odpraviti vzroke, ki povzročajo živčnost. Pomagajo tudi pogovori z zaupnimi osebami ali psihologom.

V starosti se diagnoza depresije prelahko napiše, saj vsaka žalost starega človeka še ni depresija. Zato se predpisuje tudi vse več antidepressivov, ki imajo stranske učinke na duševno aktivnost. Obravnava depresije sodi k psihiatru, čeprav je človek star. Premalo je zgolj predpisati antidepressive, ne pa se poglobiti v vzroke depresivnega sindroma oziroma žalostnega razpoloženja. Večina depresij v starosti je reaktivnega značaja, vzroki pa so lahko osebne, zdravstvene ali socialne narave.

Veliko depresij pri osamljenih starih ljudeh ostaja neodkritih in nezdravljenih (Bowker 2006).

Z naraščajočo starostjo je demence med starimi vse več tudi pri nas. Bolniki običajno končajo na zaprtih oddelkih domov za stare, saj se jih svojci otepajo, ne sodijo pa v psihiatrično ustanovo. Nekateri svojci se pri nas samoorganizirajo in skušajo na ta način pomagati dementnim svojcem in sebi. Preventivni ukrepi lahko nastop demence odložijo in omilijo, ne morejo je pa preprečiti. Na lokalnih nivojih je na področju demence mogoče še veliko storiti, na nacionalni ravni pa je potrebna strategija, ki naj zajame in usmerja vse aktivnosti.

Viri:

1. Živčnost. www.fidimed.si/zdravstvene teme/krajsi_clanki/zivci (23.12.2012)
2. Bowker LK, Price JD, Smith SC. Oxford Handbook of Geriatric Medicine. Oxford University Press 2006, str.268.

2.9. MKB VII

Bolezni očesa in adneksov

Med naštetimi 1266 težavami, se jih je 35 ali 2.8% nanašalo na bolezni očesa in adneksov.

Največ težav, 27 ali 77% , imajo anketiranci z **vidom**. **Kratkovidnost** so navedli v 4 ali 11%, **daljnovidnost** pa v 1 ali 2.9%. Povišan **intraokularni tlak** sta navedla 2 ali 5.7% , **sivo mreno** pa 1 anketiranec, kar predstavlja 2.9%.

Komentar:

V starosti so vzroki slabšega vida različni. Med njimi sta tako daljnovidnost kot kratkovidnost še najmanj moteči, saj ju je mogoče uspešno korigirati na več načinov. Po izsledkih naše ankete ima kar 92.7% anketirancev očala. Kakovost vida zmanjšujejo tudi druge pritožbe anketirancev, povišan intraokularni tlak ali glaukom in siva mrena. Zato lahko samo domnevamo, kaj so razlogi slabšega vida v neopredeljenih 27%. Na okvare vida v starosti, ki jih ni mogoče popraviti, vplivajo poleg glaukoma še degeneracija rumene pege, sladkorna bolezen in bolezni srca (Bowker 2006).

Sivo mreno je mogoče uspešno operirati, kar je v Sloveniji običajno. Glaukom predstavlja pri starejših 15% vseh težav z vidom (Bowker 2006), možno ga je preprečevati in zdraviti. V Sloveniji imamo glaukomsko ambulanto pri UKC, Slovenija je s svojimi strokovnjaki aktivno vključena v European Glaucoma Society (Cvenkel 2012).

Težave z vidom navaja razmeroma malo anketirancev. Če odmislimo zelo razširjene korektivne motnje, je ostalih resnejših težav malo, kar je razveseljiv podatek, za katerim je lahko tudi dobro delo naše okulistične stroke

Viri:

1. Bowker LK, Price JD, Smith SC. Oxford Handbook of Geriatric Medicine. Oxford University Press 2006, str. 612.
2. Cvenkel B. Osebno sporočilo prek Interneta, 18.12.2012

2.10. MKB XII

Bolezni kože in podkožja

Med 1266 naštetimi težavami so jih anketiranci v zvezi s kožo in podkožjem našli 16 ali 1.3%.

Največ, 10 ali 62.5% , težav so navedli v zvezi z **alergičnimi reakcijami** kože, v 2 ali 12.5% so omenili **ekcem**, vsakič v 1 ali 6.25% pa so navajali **žulj, luskavico, seborejo, kožne težave in Fabryjevo bolezen**.

Komentar:

Alergijske reakcije kože so številne in imajo lahko veliko vzrokov. Bistveno za pravo alergično reakcijo je, da jo v stiku s kožo povzroča neka snov, alergen, ki ga je potrebno določiti. Običajno se ga opredeli z različnimi testiranjmi. Koža lahko reagira na alergičen način tudi brez alergenov pod vplivom različnih dražljajev, med najpogostejšimi so kemikalije ali pa npr. vnetje kože po sončenju. Prave kožne alergije se kažejo v obliki urtikarije in različnih oblikah kožnih vnetij. Med alergične reakcije kože sodi tudi ekcem ali atopični dermatitis (Lunder 2009). Ugotavljanje vzrokov za alergične težave s kožo, njihovo diagnosticiranje in in zdravljenje sodi v roke dermatologa. Enako velja za vse druge težave s kožo, ki so jih anketiranci našli.

Ne vemo, kaj je v ozadju težav dveh anketirancev, ki sta omenila žulj in kožne težave.

Vir:

1. Kansky A, Miljković J. Kožne in spolne bolezni. Združenje slovenskih dermatologov. Ljubljana, str. 139 – 51.

2.11. MKB VIII

Bolezni ušesa in mastoida

Med 1266 težavami se jih je na sluh in glas nanašalo le 11 ali 0.87%.

V 9 primerih ali 82% so anketiranci navajali **naglušnost**, v 1 primeru ali 9% je anketiranec navedel težave s **sinusi**, v 1 ali 9% pa **drhtenje glasu**.

Komentar:

Naglušnost je pogosta spremljevalka starosti, zato je zanimivo, kako malo anketirancev se je nad njo pritožilo. Med upokojenci jih 33% slabše sliši, med 80 in več letniki pa kar 80% (Bowker 2006). Po drugih podatkih naj bi imelo slabši sluh od 25% do 50% starejših ljudi (Šifrer 2012). Izsledki naše raziskave kažejo, da ima 6.3% ali 66 anketirancev slušni aparat, zato so med tistimi, ki slabšega sluha niso omenili, tudi taki, ki nosijo slušni aparat. Starostna naglušnost ni le posledica slabše sposobnosti čutnih celic, ampak tudi dolgotrajnega izpostavljanja prevelikemu hrupu. Z ozirom na sedanji način življenja lahko pričakujemo njen skokovit porast, ko se bodo postarali sedanji mlajši letniki.

Viri:

1. Bowker LD, Price Jd, Smith SC. Oxford Handbook of Geriatric Medicine. Oxford University Press 2006, str. 590
2. Šifrer R. Naglušnost. Prva zdravstvena asistenca. pza.si/Clanek/Naglusnost.aspx (24.12.2012).

2.12. MKB II

Neoplazme

Med naštetimi 1266 težavami se jih je na maligne bolezni nanašalo 14 ali 1.1%. V 4 primerih ali v 28.5% so bile to maligne spremembe **kože**, v 2 ali v 14.8% **debelega črevesa**, s po 1 primerom ali 7.4% so sledili malignomi **grla, danke, pljuč, dojke, kosti in levkemija**. Dva anketiranca sta omenila le **raka**, ne da bi ga bolj opredelila.

Komentar:

Predvsem preseneča majhno število pritožb v zvezi z malignimi boleznimi, če pomislimo, da v Sloveniji predstavljajo drugi najpogostejši vzrok smrti. Po podatkih Zdravstveno statističnega letopisa, je v letu 2009 zaradi neoplazem v Sloveniji od vseh 18.750 umrlih, umrlo 5805 prebivalcev, kar predstavlja 31% vseh smrti.

Viri:

1. Zdravstveno statistični letopis 2009. Inštitut za varovanje zdravja; Ljubljana: str. 97.

2.13. MKB XVIII

Simptomi in znaki ter nenormalni izvidi, neuvrščeni drugje

Med 1266 težavami je **starost** in **utrujenost** omenilo 20 ali 1.6% anketirancev.

Komentar:

Značilna pritožba tistih starih, ki svoja leta in težave z njimi doživljajo predvsem kot breme. Vendar je odstotek nizek. Pregovor, da je starost že sama po sebi bolezen, med anketiranci nima velike veljave.

2.14.

Stanja po operacijah

Kot svoje poglavitne zdravstvene težave je med vsemi naštetimi 1266 težavami, 19 ali 1.5% anketirancev navajalo operativne posege, ki so jih prestali ali na katere čakajo. Navedli so **sivo mreno 2**, čakanje na operacijo **kolka 2**, **transplantacijo** ledvice 2, **prostato 2**, **tumor 1**, **slepič 1**, **pljuča 1**, **nos 1**, **koleni 1**, **požiralnik 1**, **srce 1**, **dojko 1**, **žolč 1**, **amputacijo 1** in **debelo črevo 1**.

Komentar:

Operacija, kakršnakoli, je v življenju vsakega posameznika velik dogodek, ki ga pogosto in rad omenja. Domnevamo lahko, da gre v naši raziskavi vzrok za omenjanje operacij iskati bolj v tej smeri in manj v njihovem navajanju kot vzrokov zdravstvenih težav. Na to lahko pomislimo tudi, ko vidimo, na kako različnih organih so bile opravljene.

Padci

Vprašanje 3

3.1. Ali ste se kdaj poškodovali ob padcu tako, da ste bili več kot tri dni nezmožni za svoje delo in redne dejavnosti?

40

Od 1047 anketirancev jih je na vprašanje odgovorilo 1041 ali 99.4%.

Da so huje padli in bili zaradi tega več kakor tri dni nezmožni opravljati tako svoje delo kot druge dejavnosti, jih je od 1041 odgovorilo 380 ali 36.5%.

Komentar:

Med starejšimi so padci najpogostejši vzrok poškodb, hospitalizacij in smrti zaradi poškodb. V letu 2009 je bilo med 31600 poškodovanci, ki so bili bolnišnično obravnavani, 18869 ali 60% takih, ki so se poškodovali ob padcu, od tega tiste v starosti 50+ odpade 11.083 ali 59% vseh padcev. Tisti, ki so bili zaradi posledic padca sprejeti na bolnišnično zdravljenje, so v bolnišnicah preživeli 122.238 dni, od tega moški 56.973 in ženske 65.265 dni. Zaradi posledic padcev je istega leta umrlo 336 poškodovancev, od tega 173 moških in 187 žensk (IVZ 2009).

V Združenih državah vsako leto pade vsak tretji državljani v starosti nad 65 let. Polovica padcev je brez posledic in prizadeti zaradi njih ne iščejo zdravniške pomoči. Vendar so padci glavni vzrok hospitalizacij zaradi poškodb in smrti zaradi

poškodb. V letu 2010 so na urgentnih oddelkih obravnavali 2.3 milijona poškodb in na bolnišnično zdravljenje napotili 662.000 poškodovancev, stroški zdravljenja posledic poškodb so znašali 30 milijard US\$. V 20% do 30% utrpijo poškodovanci poškodbe tkiv, glave in zlome kosti. Med njimi je največ zlomov hrbtenice, kolka, podlakti, nog, zapestja, medenice, nadlakti in dlani. V 95% so zlomi kolka posledica padcev, ženske si kolka zlomijo 3x pogosteje kot moški. Nasploh je zlomov po padcih med ženskami še enkrat več kot pri moških. Leta 2009 je v Združenih državah zaradi posledic padcev umrlo 20.400 ljudi, od tega je bilo moških za 34% več kot žensk. Verjetnost, da bodo zaradi posledic padca napoteni v domsko oskrbo, je v starosti 75+ štiri do petkrat večja kot v starosti od 65 do 74 let. Veliko ljudi se po prestanem padcu boji novega padca, zato se manj gibljejo, izgubljajo na kondiciji in so izpostavljeni večji nevarnosti, da bodo spet padli (CDC 2012).

Izsledki naše ankete potrjujejo podatek, da je v starosti verjetnost padcev velika in s 36.5% tistih, ki poročajo o hujših padcih iz preteklosti, se precej skladajo z ameriškim podatkom, da v starosti 65+ vsako leto pade vsak tretji državljani. Med poškodovanimi državljani Slovenije odpade na poškodbe po padcih po podatkih IVZ kar 60%. Med 18869 padci, ki so jih utrpeli v letu 2009, jih na tiste v starosti 50+ odpade 11.083 ali 59%.

Posledice padcev so poškodbe, strah, odvisnost, institucionalizacija in smrt (Bowker 2006). Povsod predstavljajo pomemben del nacionalne patologije in izziv javnemu zdravstvu, saj jih je z ustreznimi preventivnimi ukrepi mogoče zmanjšati za polovico.

Viri:

1. Zdravstveno statistični letopis 2009. Inštitut za varovanje zdravja Ljubljana, str 499, 502-3.
2. Centers for Disease Control and Prevention 2012 Falls Among Older Adults: An Overview www.cdc.gov/homeandrecreationalsafety/falls/adultfalls.html (26.12.2012).
3. Bowker LK, Price JD, Smith SC. Oxford Handbook of Geriatric Medicine. Oxford University Press 2006, str. 116.

3.2. Kolikokrat ste se poškodovali ob padcu?

Na vprašanje je od 380 tistih anketirancev, ki so na prejšnje vprašanje odgovorili pozitivno, odgovorilo 374 ali 98.4%. V povprečju so se poškodovali 2.03 krat.

Komentar:

Povprečje potrjuje podatek, da je verjetnost ponovnega padca večja pri tistih, ki so že padli.

3.3. Kaj je bil vzrok vašega padca?

Od 380 anketirancev, ki so pozitivno odgovorili na začetno vprašanje o padcih, jih je odgovorilo 374 ali 98.4%. Vsak vzrok za njihove padce je posebej zabeležen in uvrščen v ustrezno kategorijo vzrokov. Ti so v krepkem tisku prikazani po rangi kot splošni vzroki, vsak od njih pa je z nepoudarjenim tiskom razdeljen po podrobnejših vzrokih.

Največ padcev, 143 ali 38.2% od 374, se je pripetilo med **gibanjem**; od tega je bil zdrs vzrok padca v 95 primerih, šport in rekreacija v 28, spotik v 14, napačen korak v 2, skok v 2 in naglica v 2 primerih.

Razmeroma veliko število padcev, 52 ali 13.5% od 374, je povzročilo **delo**; pri raznih delih je padlo 19 anketirancev, pri delu na strehi 14, pri žaganju drevja in vej 7, pri delu v hlevu 6, v gozdu 2, pri košnji 1 in pri delu v rudniku 1.

Zdravstveni vzroki so bili povezani z 48 ali 12.8% od 374 padcev; omotica in motnje ravnotežja so povzročile 26 padcev, poškodba 6, slabo zdravje 5, krč 5, osteoporoza 2, epilepsija 1, kolena 1, glavobol 1 in kap 1 padec.

Udeležba v **prometu** in **upravljanje vozil** je povezano z 44 ali 11.8% od 374 padcev. Tu gre za posebne vrste dogodkov, ki jih ne moremo vedno označevati za padce, so se pa v njih poškodovali. Tako anketiranci poročajo o 19 trkih v prometu kot padcih. Z motorjem ali navadnim kolesom so padli v 14 primerih, s traktorja ali voza v 6, s kamiona v 2, avtobusa ali vlaka prav tako v 2 in s helikopterja v enem primeru.

23 ali 6% padcev se je od 374 po mnenju anketirancev pripetilo zaradi **nepazljivosti in naglice**.

V 20 ali 5.3% primerov so anketiranci za padeč okrivili **podlago**, po kateri so hodili; stopnice v 14 primerih, luknjo v cestišču v 3, samo cestišče v 2 in preprogo v 1 primeru.

Predmeti so zakrivili padeč v 16 ali 4.3% od 374 primerov; v 11 primerih je to bila lestev, neprimerna obutev v 2, stol prav tako v 2 in kovček v 1 primeru

Za 10 ali 2.7% padcev so vzroki **nejasni**, ker se anketiranci okoliščin, v katerih so padli, ne spominjajo.

V 8 ali 2.1% so padeč povzročile **živali**; pes v 6, koza v 1 in krava v 1 primeru.

Različne **okolščine** so povzročile 7 ali 1.9% padcev; mrak ali megla 4 padce, opitost 2 in stik z elektriko 1 padec.

Za 3 ali 0.8% padcev od 374 so anketiranci navedli **zunanje vzroke**, ki jih ni bilo mogoče uvrstiti nikamor.

Komentar:

Vsak padec se pripeti v individualnih okoliščinah; tako se jih anketiranci tudi spominjajo in jih pripovedujejo kot zgodbe. Vsak padec je zgodba. Uvrstiti jo je mogoče v različne kategorije, odvisno tudi od tega, kaj nas pri njihovi analizi zanima. Zato je vse padce, ki smo jih z raziskavo zajeli, mogoče razvrstiti tudi drugače, kot so prikazani v gornjem razporedu. Ko nas je posebej zanimalo, koliko od naštetih padcev se je pripetilo v stanovanjih anketirancev, smo ugotovili, da jih je bilo le 8. Dva anketiranca sta padla s stola, po enkrat pa so padli v kopalnici, ponoči na poti k toaleti, v kuhinji in s postelje. En padec je zakrivila preproga, drugega pa elektrika.

In tu smo pri glavnem vprašanju, ki nam ga v zvezi s padci zastavljajo izsledki naše raziskave. Večina preventivnih aktivnosti se ukvarja s preprečevanjem padcev v domačih okoljih oziroma zaprtih prostorih, padcev pa se pripeti veliko več zunaj, kot doma. S preventivo padcev v zaprtih prostorih zajamemo zato samo del okoliščin, ki vplivajo na to, kdaj in kje bo nekdo padel. Nekateri avtorji navajajo, da se v zaprtih prostorih pripeti manjša polovica padcev, več, od 56% do 57% pa na odprtih javnih prostorih. (Lord et al 2001, Bergland et al 2003). Vendar je to v primerjavi z našo raziskavo še vedno zelo veliko, kar pomeni, da se v odgovorih naših anketirancev skriva veliko več padcev v zaprtih prostorih. To so nekateri padci v gibanju, pri delu, naglici in drugi. Vseeno pa izstopa malo padcev v kopalnici, kuhinji in drugih prostorih. Lord et al. poroča, da se doma več padcev pripeti v spalnici, dnevni sobi in kuhinji kakor v toaleti, stopnicah, z lestev ali stolov. Vsekakor pa z naraščajočo starostjo raste število padcev v zaprtih prostorih, ker se bolj stari več zadržujejo doma. To še posebej velja za bolne ali krhke stare in za osamljene. Naša raziskava kaže še nekaj drugega, da namreč večina anketirancev živi zelo aktivno in da opravljajo vsa dela, ki so jih opravljali tudi v mlajših letih. Na to močno vpliva tudi dejstvo, da smo v raziskavo zajeli anketirance od dopolnjenega 50. leta dalje, ko je aktivno življenje v vseh ozirih še

na višku. V vsakem oziru pa so podatki, ki smo jih dobili, zelo bogati in bi jih bilo koristno proučiti še bolj natančno.

Padci med starejšimi, pa tudi na sploh, so po vsem svetu predmet številnih raziskav in pristopov, prav tako je zanje mogoče naštetih brez števila vzrokov. Spremlja in proučuje se jih lahko na različne načine; z vprašalniki, anketami, koledarčki za različna obdobja, telefonskimi intervjuji in drugimi. Večina avtorjev je prepričanih, da veliko število padcev ostane neregistriranih in da tudi uradne statistike ne odražajo pravega števila. To je jasno, če pomislimo, da zdravnikov o padcih ne obvesti vsaj polovica tistih, ki so padli. Ko analiziramo vzroke padcev tako, kakor so jih opisali anketiranci, vidimo, da skoraj vsi iščejo vzroke padca drugod, ne pa pri sebi, kjer v resnici tiči pravi vzrok (Lord 2001). Zato tudi ni preventivnega pristopa, ki bi bil popoln. Še najlažje je nadzorovati pogoje za padce v zaprtih prostorih in s tem se ukvarja večina preventivnih aktivnosti. Prava preventiva padcev nas zato še vedno čaka, potrebni so še drugačni in novi pristopi, ki bi na bolj osebni način vključili osebnost starejšega človeka z okoljem, v katerem živi in z načinom življenja, ki si ga je izbral.

44

Viri:

1. Lord SR, Sherrington C, Menz HB. Falls in older people. Cambridge University Press 2001. catdir.loc.gov/catdir/samples/cam031/00023656.pdf (27.12.2012).
2. Bergland A, Janio GB, Laake K. Predictions of falls in the elderly by location. Aging Clin Exp Res. 2003 Feb 15(1):43-50. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12841418 (27.12.2012)

4. Skrb za zdravje

4.1. Kako skrbite za krepitev vašega zdravja in ohranjanje telesnih moči?

Od 1047 anketirancev jih je na vprašanje odgovorilo 1040 ali 99.3%. Skrb za svoje zdravje so opisali v 2833 primerih, kar pomeni, da nekateri anketiranci zanj skrbijo na več načinov.

Največ, 707 ali 86%, od 1040 jih pazi na **prehrano**, kaj in koliko pojedjo. Z rednim **gibanjem, hojo in tekom** v naravi, se ukvarja 669 ali 64.3% anketirancev, 600 ali 57.7% jih **obdeluje vrt**, 400 ali 38.5% je **fizično aktivnih**, na različne načine, 235 ali 22.6% jih redno **telovadi**, 133 ali 12.8% jih goji razne **športe**, 89 ali 8.6% skrbi

za svoje zdravje na **druge načine**. Svojih aktivnosti, kakršnihkoli že, **ne povezuje s krepitvijo zdravja** 59 ali 5.7% anketirancev.

Komentar:

Z ozirom na izredno visok odstotek odgovorov in dejstvo, da veliko anketirancev na več načinov skrbi za svoje zdravje, lahko zaključimo, da je zdravstvena prosvetljenost med njimi na visoki ravni in da jih nemalo živi aktivno in socialno pestro življenje. To je pokazala tudi analiza padcev. Oboje je za same anketirance in njihovo bivanje zelo spodbudno, manj pa za našo politiko in družbo, ki ne veda, kako izredne potenciale starejših vključiti v napredek skupnosti in države.

V nadaljevanju so podrobneje obdelani odgovori na vprašanje, s katerimi športi in fizičnimi deli anketiranci skrbijo za svoje zdravje.

4.2. Redno se ukvarjam z naslednjimi športi:

Odgovorilo je 1032 anketirancev. 908 ali 88% se jih s športi ne ukvarja redno, 124 ali 12% pa jih je na vprašanje odgovorilo pritrdilno. Skupaj se ukvarjajo s 37 športnimi aktivnostmi. Le en šport jih goji 84 ali 67.7%, dva športa 30 ali 24.2 %, tri športe 5 ali 4.0%, štiri športe pa 5 ali 4.0% anketirancev.

Rang športov s katerimi se ukvarjajo, je naslednji:

Največ, 51 ali 41% jih **kolesari**, **plava** jih 15 ali 12%, **smuča** pa 12 ali 9.7%.

Redno jih **telovadi** 9 ali 7.6%, prav toliko, 9 ali 7.6%, jih igra **tenis**. **Hodi** jih 8 ali 6.4%, **planinari** pa 6 ali 4.8%. **S tekem** se jih ukvarja 6 ali 4.8%, z **jogo** 5 ali 4%, s **tekem na smučeh** 5 ali 4% in prav toliko, 5 ali 4%, z **lovom**. **Balinajo** 4 ali 3.2%, enako se jih 4 ali 3.2% ukvarja s **fitnesom**, prav toliko, 4 ali 3.2%, s **pohodništvom**. S košarko, namiznim tenisom, nogometom, plesom in pilatesom se ukvarjajo po 3 ali 2.4% deležem za vsak šport. Odbojko igrata 2 ali 1.8%. Po en anketiranec se ukvarja še z aerobiko, aikidom, drsanjem, gobarjenjem, golfom, jadranjem, judom, kegljanjem, konjeništvom, letalstvom, lokostrelstvom, ribolovom, sankanjem, surfanjem, savnanjem, tai chijem in veslanjem.

Komentar:

Izredno pestro športno življenje potrjuje, da so tisti med anketiranci, ki se ukvarjajo s športi, zagotovo zelo aktivno vključeni v življenje svojih okolij. V večini so

predstavniki aktivnega in zdravega življenja, ki bi izkušnje z odločitvijo za in z vzdrževanjem športnega življenja v ustreznih okoliščinah lahko prenašali na svoje manj aktivne vrstnike. Med njimi je mogoče iskati širitelje za širjenje aktivnega in zdravega življenja v vseh življenjskih obdobjih, ne le med starejšo populacijo. Predstavljajo neizkoriščen potencial, neke vrste rezervo družbe za primarno preventivo v vseh okoljih.

4.3. Za svoje zdravje skrbim s fizičnimi deli.

Od 1047 anketirancev jih je na vprašanje 1028 ali 98.2%. 640 ali 62% jih za zdravje ne skrbi s fizičnimi deli, pozitivno pa je odgovorilo 388 ali 38% anketirancev. Nekateri se ukvarjajo z različnimi fizičnimi deli in so zato v razpredelnici fizičnih del večkrat upoštevani. Skupaj so našli 515 fizičnih opravil, ki po njihovem mnenju koristijo njihovemu zdravju.

Največ fizičnih del so navedli v zvezi z delom na **kmetijah**, 177 ali 34% od 515. 63 opravil so označili kot delo na kmetiji ne da bi ga opredelili, 59 kot delo na njivah, 39 opravil v zvezi s košnjo in 16 opravil z živino in hlevom. Dela, ki jih zahteva **hiša**, so navedli v 103 ali 20%. 80 se jih nanaša na opravila okrog hiše, na sama hišna dela 22 in dela na vikendu v 1 primeru. Opravil v zvezi z **gospodinjstvom** je 59 ali 11.5%, med njimi se v 29 primerih omenjajo gospodinjska dela kot kuhanje in podobno, v 27 primerih čiščenje, v 2 primerih šivanje in v 1 primeru delo z rožami. Z **vinogradništvom** in **sadjarstvom** se ukvarja 54 ali 10.5% anketirancev; 40 jih ima vinograd, z deli v sadovnjaku, obrezuje in obira jih 13, oljke ima 1 anketiranec. V **gozdu** dela in **drva** pripravlja 40 ali 7.8% anketirancev. Delo v **službi** povezuje z zdravjem 35 ali 6.8% anketirancev; 17 s trgovsko stroko, po 2 električarja, hišnika, kovinarja in snažilki, po en cestar, kamnosek, ključavničar, mesar, pogrebec, razkladalec, restavrator, varnostnik in žagar. Z **obrtniški deli**, doma ali drugje, si pomaga 22 ali 4.3% anketirancev; 10 jih pleska, mizari, tesari ali dela v delavnici, 7 jih zida ali gradi in 5 jih popravlja, kar je treba. 11 ali 2.1% jih **pomaga** družini, 4 pazijo vnuke ali oskrbujejo onemogle člane, 7 jih pomaga sosedom ali znancem. **Različna opravila** navaja 9 ali 1.8%; med njimi 5 priložnostna dela, 2 razna lažja dela, 1 anketiranec se krepi z lovom in 1 z nakupi. **Konjičke** ima 5 ali 0.98% anketirancev; 4 imajo čebele, 1 pa gobari.

Komentar:

Našteta opravila kažejo na povsem normalen življenjski ritem slabe polovice anketirancev; po vsej verjetnosti bi jih večino našli med 50 in 70 letom, kar bi potrdila ali ovrgla dodatna analiza. Kar so našli, zajema skoraj vsa področja aktivnosti starejših, kar posredno potrjuje reprezentativnost vzorca. Razveseljivo je, da večino opravil ne sprejemajo kot breme, ampak menijo, da si z njimi krepijo tudi zdravje. Pomeni, da delajo radi, pri tem sledijo potrebam in svojim zanimanjem, kar je eden od pogojev za aktivno in zdravo starost, veselje in zadovoljstvo z življenjem.

4.4. Za svoje zdravje skrbim še z naslednjimi načini

Na dodatno vprašanje, ali poleg fizičnih del za svoje zdravje skrbijo še kako drugače, jih je od 1047 anketirancev odgovorilo 89 ali 8.5%, 958 jih ni odgovorilo. Navedli so 104 različne odgovore; 29 ali 28% od 104 odgovorov je spet naštelo prejšnja fizična opravila, kmetijo, hišo, gospodinjstvo, vinogradništvo itd, kar ni bil namen vprašanja. 12 ali 11% jih je povedalo, da zaradi svojega stanja ne more posebej skrbeti za zdravje, 63 ali 61% pa jih je povedalo, s čim še skrbijo za svoje zdravje.

Z raznimi **športi** se od 104 ukvarja 38 ali 36.5%. 12 jih hodi, 1 od njih z berglami, 7 jih kolesari, v planine jih hodi 5, plavajo 3, po 2 telovadita, smučata, izvajata jogo, se ukvarjata s športom nasploh, 1 drsa, 1 pa teče. **Konjičke** jih ima 8 ali 7.7%; 6 lovcev, 1 ribič in 1 gobar. Na **zdravo prehrano** pazi 8 ali 7.7% anketirancev; 6 jih hrani dodaja vitamine, 2 pa jesta jedo veliko sadja in zelenjave. **Duševno aktivni** so 3 ali 2.9%, 2 sta vključena v univerzo za 3. življenjsko obdobje, 1 je intelektualno aktiven. Za 3 ali 2.9% je pomembna **družabna aktivnost**, družba za 2 in ples za 1. Z zdravstvenimi storitvami skrbijo za zdravje 3 ali 2.9%, po 1 hodi na preglede, fizioterapijo in v toplice.

47

5. Zdravstveni pripomočki

5.1. Kateri zdravstveni pripomoček uporabljate?

Od 1047 anketirancev jih je na vprašanje odgovorilo 1008 ali 96.3%.

Skupaj uporabljajo 1889 pripomočkov, med njimi jih 934 ali 92.7% uporablja **očala**, 559 ali 55.5% jih ima **zobno protezo**, **palico za oporo** 67 ali 6.6%, **slušni**

aparat 63 ali 6.3%, **bergle** 61 ali 6.1%, **elastični povoj** ali nogavice za žile 60 ali 6.0%, pripomočke za **odvajanje vode ali blata** 56 ali 5.6%, **invalidski voziček** 19 ali 1.9%, **ortopedske čevlje** 15 ali 1.5%, **hoduljico** 11 ali 1.1% in **drugo** 44 ali 4.4%.

5.2. Kaj je tisto drugo, kar uporabljate?

43 anketirancev je odgovorilo, da uporablja 18 drugih pripomočkov. Med njimi je 1 navedel ortopedske čevlje, 1 slušni aparat in 1 invalidski voziček, ki so omenjeni v odgovorih na gornje vprašanje. 13 anketirancev je odgovorilo, da ne uporablja ničesar. Od 15 pripomočkov, ki niso vključeni v odgovore na gornje vprašanje, uporabljajo 4 anketiranci ledvični pas, 3 opornico, 3 protezo, 2 plenice, 2 palice za hojo, 2 leče, 2 kozmodisk, po 1 pa uporablja dihalni aparat, hojico, kilni pas, masažni aparat, ortopedsko posteljo, pacemaker, steznik za kolena in trapez.

Komentar:

Z ozirom na zelo visok odstotek uporabnikov različnih pripomočkov je jasno, da po 50. letu že skoraj vsak nekaj potrebuje in da so to najpogosteje očala in zobne proteze. Če seštejemo uporabnike obeh pripomočkov, jih je 1493 ali 79% od 1889, kar kaže na vitalni pomen obeh pripomočkov za starejše ljudi. Uporabnikov drugih pripomočkov je bistveno manj, zanimivo je, da jih malo nosi slušni aparat in da jih ima le malo ortopedske čevlje, kljub sicer pogostim starostnim težavam na obeh področjih.

V zadnjih treh desetletjih se je število pripomočkov, s katerimi se bolnikom uspešno pomaga, precej povečalo in razvojni trendi kažejo, da jih bo še več. Kdor ima npr. vid korigiran z očali in urejeno nadomestno zobovje, se z ostalimi že dolgo čuti povsem enakopravnega in slabega vida ali pomanjkljivega zobovja sploh ne navaja med zdravstvenimi težavami, kar kažejo odgovori na vprašanje 1.5 in 1.6. To najbrž velja tudi za uspešna nadomestila drugih telesnih delov, kolkov, kolena, zaklopka in podobno, ki jih med odgovori ni ali pa jih je zelo malo. Da ima pacemaker, je povedal le 1 anketiranec. Niso omenjeni umetni kolki, izboljššan vid po operaciji sive mrežnice itd. Kot ogledalo časa bi bilo za kasnejše primerjave zanimivo proučiti, v kolikšni meri se uspešni uporabniki ali nosilci nadomestkov počutijo kakorkoli prikrajšane ali ovirane v svojih vsakodnevnih aktivnostih.

6. Dnevne aktivnosti

6.1. Koliko ur ste včeraj porabili za

Zanimalo nas je, kako anketiranci razporejajo čas oziroma aktivnosti njihovega vsakdana. V odgovorih smo jim ponudili spanje in počitek, službo ali plačano delo doma, gospodinjska in druga domača dela, druženje z družino, rekreacijo in razvedrilo, druženje s sorodniki in prijatelji, čas ko so sami in druge zanje pomembne aktivnosti.

Izkazalo se je, da v povprečju največ časa porabijo za spanje in počitek, sledijo gospodinjska in domača dela, druženje z družino, čas s samim seboj, služba ali plačano delo, rekreacija in razvedrilo ter druženje s sorodniki ali prijatelji.

V zvezi s **spanjem in počitkom**, je od 1047 na vprašanje odgovorilo 1040 ali 99.2% anketirancev. V povprečju vsak dan spijo ali počivajo 7.87 ur. Na vprašanje o **gospodinjskih in domačih delih** jih je odgovorilo 1029 ali 98.3% , ki v povprečju tem opravilom na dan namenijo 3.40 ur. **Družini** 1028 ali 98% anketirancev vsak dan nameni 3.7 ur, 1009 ali 96.4% jih je v povprečju vsak dan **samih s seboj** 1.91 ure. Za **službo ali plačano delo doma** 1018 ali 97.2% anketirancev vsak dan v povprečju nameni 1.68 ure, 1029 ali 98.3% pa **gibanju in rekreaciji** 1.28 ure. Druženju s sorodniki in prijatelji nameni 1009 ali 96.4% anketirancev vsak dan v povprečju 0.95 ure. **Drugim aktivnostim** 584 ali 55.8% anketirancev nameni v povprečju 0.46 ure na dan.

49

6.2.

Opreделите, kaj so druge aktivnosti

Na vprašanje je odgovorilo 122 anketirancev, od katerih so nekateri našeli več aktivnosti, zato je seštevek vseh višji.

Od 122 je **duševno** aktivnih 49 ali 40% anketirancev. Bere jih 16, TV jih gleda 11, radio poslušajo 4, honorarno delajo 3, glasbo poslušata 2, rišeta 2, pojeta 2, učita se 2, piše 1, križanke rešuje 1, pri računalniku je 1, besedila ureja 1, organizacijo vodi 1, s kulturo se ukvarja 1, na instrument igra 1. S **fizičnimi in ročnimi** deli se jih ukvarja 21 ali 17.2%; 5 se jih ukvarja z vrtom, šivajo 4, drobna opravila zaposlujejo 3, pleteta 2, pereta 2, kmečka dela opravljata 2, vinograd obdelujeta 2 in hišo dokončuje 1. **Rekreativno** aktivnih je 21 ali 17.2%; na sprehod hodijo 4,

nakupujejo 3, na izlete in potovanja hodijo 3, lovita 2, vozita 2, za živali skrbita 2, telovadita 2, gobari 1, na pošto hodi 1, v planine 1. **Socialno** aktivnih je 9; na obiske hodijo 3, prostovoljca sta 2, aktiven v društvu je 1, družbo ima 1, kavico pije 1, na maškarado gre 1. **Družina** jih zaposluje 6; za onemogle člane skrbijo 3, vnuke pazita 2, za 1 pa družina veliko pomeni. **Zdravje** je pomembno za 4 anketirance; 1 nadzira svoj diabetes, 1 hodi na terapijo, 1 na wellness, 1 pa obiskuje zdravnika. Z **duhovnimi** aktivnostmi se ukvarjajo 4 anketiranci; 1 hodi k maši, 1 moli, 1 razmišlja, 1 pa hodi na pokopališče. Od 122 anketirancev, ki so odgovorili na vprašanje, jih je 20 odgovorilo, da se ne ukvarjajo z **nobeno** aktivnostjo.

Komentar:

Razpored dnevnih aktivnosti, kakršnega smo izsledili z raziskavo, velja le za tiste, ki so bili zajeti v raziskavo, zato jih je v prikazanih razmerjih mogoče posploševati le z veliko previdnostjo. Njihove vsebine pa kažejo, s čim se anketiranci v povprečju vsak dan ukvarjajo, kaj je za njih pomembno in koliko časa namenijo posameznim področjem opravil v njihovih vsakdanjkih. Izkaže se, da so vrednote, ki jih pri tem vodijo, **počitek, delo, družina, rekreacija**. Iz opisa drugih aktivnosti, ki jih v ponujenih odgovorih niso našli, pa izhaja, da omenjenim vrednotam lahko prištejemo še **družbo, duhovnost in zdravje**. S temi vrednotami svoje vsakdanjike izpolnjuje večina starejših državljanov v Sloveniji.

50

6.3. Koliko ur ste zadnjo nedeljo porabili za ...

Tu nas je zanimalo, kako anketiranci preživljajo nedelje in praznike in v čem se praznične aktivnosti razlikujejo od vsakdanjih. Da bi lahko primerjali ene in druge izsledke, smo jim za odgovore ponudili enaka področja, kot pri prejšnjem vprašanju.

Izkazalo se je, da največ časa porabijo za spanje in počitek, sledijo druženje z družino, gospodinjska in domača dela, čas ko so sami, druženje s sorodniki in prijatelji, služba ali plačano delo, rekreacija in razvedrilo in druge stvari.

Na vprašanje o **spanju in počitku** je od 1047 anketirancev odgovorilo 1024 ali 97.8%; ob nedeljah in praznikih običajno počivajo 8.39 ure. **Družini** jih 1016 ali 97% v povprečju nameni 4.19 ure, 1012 ali 96.7% pa **gospodinjskim in domačim** delom 2.68 ure. Času, ko so **sami s seboj** nameni 981 ali 93.7% anketirancev v povprečju 1.64 ure, **sorodnikom in prijateljem** pa 991 ali 94.7% 1.45 ure. **Služba**

in plačano delo ob nedeljah in praznikih 1002 anketirancema ali 95.7% vzame v povprečju 0.44 ure, **gibanju in rekreaciji** pa jih 1008 ali 96.3% nameni 1.58 ure. 613 ali 58.5% anketirancev drugim aktivnostim ob nedeljah in praznikih nameni v povprečju 0.59 ure.

6.4. Opredelite kaj so druge aktivnosti

Na vprašanje je odgovorilo 166 anketirancev, od katerih so nekateri našteali več aktivnosti, zato je seštevek vseh višji. Razlike med vsakodnevnimi in prazničnimi aktivnostmi so prisotne na skoraj vseh področjih.

Od 166 anketirancev je ob nedeljah in praznikih **duhovno** aktivnih 71 ali 42.8%; 70 jih gre k maši ali v cerkev, 1 pa na pokopališče. **Družabno** aktivnih je 33 ali 19.9%; na izlete jih gre 10, na obiske 8, na tekme 4, drugim pomagajo 3, v gostilno gresta 2, na kavico 2, z živalmi se ukvarjata 2, po eden nakupuje in igra karte. Z **duševnimi** aktivnostmi se jih ukvarja 28 ali 2.7%; bere jih 9, TV jih gleda 9, študirata 2, po eden pa posluša radio, glasbo, hodi v gledališče, na koncert, prireditve, rešuje križanke, piše, se pogovarja. **Rekreativno** je aktivnih 13 ali 7.8%; na sprehod jih gre 5, telovadita 2, po eden pa pleše, gre na lov, lovi ribe, gre na pohod, v hribe ali počiva. **Fizična in ročna dela** jih opravlja 9 ali 5.4%; po eden dokončuje hišo, dela na vikendu, vrtnari, dela v vinogradu, pripravlja pecivo, peče v kuhinji, plete, šiva in opravlja manjša ročna dela. 19 ali 11.4% anketirancev je povedali, da se ne ukvarja z **nobeno** aktivnostjo.

Komentar:

Ob nedeljah in praznikih anketiranci spijo ali počivajo v povprečju dobre pol ure več, družini namenjajo dobro uro več časa, tri četrtine ure manj se ukvarjajo z gospodinjskimi deli, četrta ure manj časa namenjajo samim sebi, pol ure več pa sorodnikom in znancem. Celu uro in četrta manj delajo za službo ali plačano delo, tretjino ure več pa namenjajo rekreativnim aktivnostim. Nekaj več časa se posvečajo drugim aktivnostim. Opazen je izrazit premik k počitku, družini, družbenim stikom in rekreaciji. Praznični premik je še bolj očiten v analizi drugih aktivnosti, kjer so v absolutni prednosti duhovne aktivnosti, ki so v glavnem povezane s prisotnostjo pri cerkvenih obredih, sledijo družabne, duševne in rekreativne dejavnosti, fizična dela pa so na zadnjem mestu.

Občutek za praznike, notranji odnos do prazničnega obnašanja, je med anketiranci močno prisoten. Ker se izsledki nanašajo na starejšo populacijo slovenske družbe, bi bilo zanimivo enaka vprašanja postaviti še mlajšim in oboje primerjati. Praznični občutki in obnašanje so posledica vzgoje v mladih letih, dediščina staršev. Ali se ob sedanjih razmerah in vzgoji prenaša v enaki meri tudi na mlajše, ne vemo. Prazniki in njihovo spoštovanje so del družbe in vsakega posameznika in niso namenjeni zgolj prostemu času. Njihov družbeni, socialni in duhovni pomen naj bi bil del osebnostne strukture vsakega posameznika. Med tistimi, ki so sodelovali v raziskavi, je temu v večini primerov tako.

7. Telesna izkaznica

7.1. Koliko ste visoki?

Od 1047 anketirancev jih je na vprašanje odgovorilo 1040 ali 99.3%. Povprečna višina je 168 cm, najmanjša je 140cm, največja pa 196cm.

7.2. Koliko tehtate?

Od 1047 anketirancev jih je odgovorilo 1042 ali 99.5%. Povprečna teža je 77.4 kg, najnižja je 39kg, najvišja pa 168kg.

Komentar:

Upošteva povprečno višino in težo, je povprečni ITM vseh anketirancev 27.45, kar pomeni, da je slovenska družba v povprečju malo pretežka. To je tudi edini možen zaključek. Podatki omogočajo podrobnejše analize po spolu in starostnih dekadah, kar bi podrobneje prikazalo telesno izkaznico starejših slovenskih državljanov.

8. Kajenje in pitje

Nikotin in alkohol sta drogi, ki sta v različnih oblikah povsod in vsakomur na voljo. Sta pomemben del vsake ekonomije in pomemben vir proračunskih prihodkov. Številnim posameznikom in družinam zagotavljata eksistenco. Kajenje in pitje alkoholnih pijač sta zato, kljub dobro znanim negativnim zdravstvenim in socialnim posledicam, družbeno sprejemljivi navadi ali razvadi. Pri nas lahko

tobačne izdelke in alkoholne pijače kupimo tako rekoč na vsakem vogalu, pa čeprav je dokazano, da sta tako nikotin, kot alkohol substanci, ki predstavljata vrata v bolezen odvisnosti, v primeru alkoholizma pa lahko tudi v osebni in družinski propad.

8.1. Ali kadite?

Od 1047 anketirancev jih je odgovorilo 1047 ali 100%.

Nekadilcev je 895 ali 85.5%, kadilcev je 147 ali 13.8%, kar pomeni, da je med 100 anketiranci v povprečju nekaj manj kot 14 kadilcev, kar je v primerjavi z nekaterimi drugimi okolji, predvsem pa z razmerami pred dvema ali tremi desetletji pri nas, ugoden podatek.

8.2. Približno koliko cigaret na dan?

Od 147 kadilcev iz prejšnjega vprašanja, jih je odgovorilo 143. V povprečju pokadijo 15.78 cigaret na dan (zaokroženo 16). Najmanj kar kdo pokadi, je 1 cigareta, največ pa 40 cigaret vsak dan. 16 cigaret na dan predstavlja danes hudo odvisnost, ki z leti povzroča prav tako hude zdravstvene posledice.

53

8.3. Koliko let že kadite?

Od 147 kadilcev jih je odgovorilo 142. V povprečju kadijo 33.89 let (zaokroženo 34 let). Najmanj je nič let (ali to pomeni, da so ravno pričeli?), največ pa 71 let. Povprečje kaže, da so to kadilci z dolgotrajno anamnezo, ki imajo zaradi svoje razvade zagotovo tudi že okvarjeno zdravje.

8.4. Ali ste kdaj prenehali s kajenjem?

Od 1047 anketirancev jih je na vprašanje odgovorilo 787 ali 75%. Med njimi jih je 300 ali 38.1% kadilo, vendar so se te navade rešili.

8.5. Če ste prenehali s kajenjem, pred koliko leti?

Od 300 anketirancev, ki so prenehali s kajenjem, jih je odgovorilo 292 ali 97.3%. V povprečju ne kadijo več že 16.62 let (zaokroženo 17 let), najmanj pred 1 letom, najdlje pred 60 leti

Komentar:

Nikotin je v tobaku za kajenje, njuhanje in žvečenje. Kadilec je vsak, ki na dan pokadi vsaj eno cigareto, pipo ali cigaro (4). Najbolj razširjeno je kajenje cigaret in ob besedi kajenje običajno pomislimo le nanje. Tobačni dim s škodljivimi sestavinami povzroča in pospešuje bolezni srca, ožilja in dihal, škoduje pa tudi vsem ostalim organom. Kajenje sodi med najbolj nevarne povzročitelje rakavih bolezni. Njegovim škodljivim vplivom se prav lahko izognemo s tem, da ne kadimo in da se ne zadržujemo v prostorih s tobačnim dimom. Kadilci v primerjavi z nekadilci v povprečju živijo 14 let manj (1). Čeprav so pogubni učinki kajenja znanstveno potrjeni in splošno znani, je kadilcev še vedno veliko, zlasti med mladimi. Kadi jih vse več, še posebej deklet (1). Z ozirom na kajenje sodijo adolescenti med preventivno najbolj zanemarjene skupine pri nas.

Kljub preprosti, učinkoviti možnosti osebne preventive, kajenje povsod po svetu in tudi v Sloveniji še vedno sodi med najbolj razširjene in najbolj nevarne zdravstvene dejavnike tveganja za kronične bolezni in raka. Slovenija je leta 1996 med prvimi v Evropi sprejela zakon o omejevanju kajenja na javnih mestih, ki je bil leta 2007 dopolnjen s prepovedjo kajenja na javnih mestih (2). Razširjenost kajenja med odraslimi prebivalci Slovenije je upadala že pred sprejetjem zakona. Leta 1989 je bil delež kadilcev med odraslimi prebivalci Slovenije 32.5%, do leta 1995 se je znižal na 26.4%, po sprejemu zakona v letu 1996 se je zniževal še naprej in do leta 2006 dosegel vrednost 22.8% (3). Po letu 2007 se je ustalil med populacijo od 15 let navzgor pri 22%. Ta odstotek Slovenijo uvršča med države z odstotkom kadilcev pod 25%, v kateri so še Finska, Švedska, Islandija, Malta in Portugalska. Povprečje v Evropski uniji je 10% višje od slovenskega povprečja (4).

V naši raziskavi je med 1047 anketiranci, starih nad 50 let, na vprašanje ali kadijo, pozitivno odgovorilo 147 ali 14% vseh anketirancev. V primerjavi s slovenskim povprečjem je to malo, ni pa nenavadno. Znano je, da z naraščajočo starostjo število kadilcev upada, ker so zdravstvene težave pogostejše in je za svoje zdravje vsak pripravljen storiti več. Statistike kadilce običajno spremljajo do 65. leta starosti (4).

Z vprašanjem, koliko cigaret na dan pokadijo, smo prišli do visokega povprečja 16 cigaret na dan, kar kaže na hude kadilce in izrazito odvisnost. Na to opozarja tudi izredno visoko najvišje zabeleženo število 40 pokajenih cigaret dnevno. Ali to

pomeni, da se je v raziskovani populaciji večina kadilcev že izvila iz odvisnosti in so med starejšimi slovenskimi kadilci ostali le tisti, ki so trdno odločeni, da bodo za vsako ceno kadili do konca svojega življenja? Na to kaže tudi povprečna dolga doba kadilstva, 34 let, najstarejši kadilec kadi že 71 let. To so »življenjski« kadilci; cigareta je pomemben del njihovega vsakdanjika in njihovih življenj.

Na vprašanje ali so kdaj prenehali s kajenjem, je od 1047 anketirancev odgovorilo 787. Pozitivnih odgovorov je bilo 300. Z ozirom na bistveno nižje število aktivnih kadilcev v anketi, so med temi, ki so prenehali s kajenjem, tudi nekdanji kadilci, ki zdaj štejejo med nekadilce. V Sloveniji je nekdanjih kadilcev toliko, kolikor je aktivnih kadilcev (1). Med nekdanjimi kadilci lahko iščemo najbolj primerne prostovoljce, ki bi pomagali aktivnim kadilcem pri opuščanju kajenja oziroma zdravljenju njihove odvisnosti. V povprečju ne kadijo že 17 let. Njihova odločitev je potrjena in utrjena, do kadilcev in kajenja imajo specifičen odnos, ki ga vsebinsko ne moremo primerjati z odnosom tistih, ki nikoli niso kadili. Dejstvo, da so kajenje opustili že pred mnogimi leti, kaže najbrž tudi, da je manj tistih, ki se v zadnjem času odločajo za opustitev kajenja. Kljub temu je med aktivnimi starimi kadilci potrebno razširjati zavest, da vsaka opustitev še tako dolgega kajenja pomeni izboljšanje zdravja in da se zato vedno izplača.

55

Za kajenje se vsak odloči sam in vsak se lahko tudi odloči, da bo nehal kaditi. Ker je kajenje oblika bolezenske zasvojenosti z abstinenčnimi simptomi, se tudi najboljši sklepi težko uresničujejo. Nikotin povzroča odvisnost, zato kadilci, ki bi se kajenja radi rešili, potrebujejo pomoč. Dejstvo, da je z naraščajočo starostjo kadilcev manj, pomeni tudi, da je med njimi pripravljenost na opustitev prisotna kljub trdovratnosti navade. S primernim pristopom in načinom, bi lahko pomagali marsikomu med njimi, ki je na robu odločitve, pa se zanjo vseeno ne more odločiti in jo prelaga v prihodnost, čaka kakšen poseben datum, praznik, Novo leto in podobno. Če se s svojo odločitvijo spopade sam, je zdravljenje težje, verjetnost recidiva pa večja.

Viri:

1. Ali kadilstvo v Sloveniji narašča ali upada? Slovenska zveza za tobačno kontrolo in zdravje. <http://www.tobak-zveza.si/default.asp?lang=sl&tip=vsebina&str=164> (11.2.2012)
2. UL RS 57/96, 19. 10. 1996 Zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov. Sprememba UL RS 60/07, 6. 7. 2007

3. Koprivnikar H. Razširjenost kajenja v Republiki Sloveniji, IVZ Ljubljana 2006
4. Zaletel-Kragelj L. Kajenje med odraslimi prebivalci Slovenije. Vita 2012.
Napaka! Sklicna hiperpovezava ni veljavna.
(11.2.2012)

8.6. Ali kdaj popijete kakšno alkoholno pijačo?

Od 1047 anketirancev jih je odgovorilo 1043 ali 99.6%.

Da se ne odrekaajo alkoholnim pijačam jih je od 1043 odgovorilo 674 ali 64.6%, da ne pijejo alkoholnih pijač pa jih je odgovorilo 369 ali 35.4%

8.7. Koliko povprečno v decilitrih na teden?

Od 1047 anketirancev jih je odgovorilo 626 ali 59.8%.

V povprečju vsak popije 8.66 decilitra alkoholnih pijač na teden. Najmanjša količina je 1 deciliter na teden, največja pa 140 decilitrov na teden oziroma 2 litra vsak dan.

8.8. Katere vrste pijač pijete?

10 vrst alkoholnih pijač pije 663 anketirancev.

Pijejo vse vrste vina (belo, rdeče, šampanjec, špricer), pivo, žgane pijače (žganje, viski, vodko, likerje, medico) in mošt.

536 ali 80.96% anketirancev je navedlo le eno alkoholno pijačo, največ vino. 106 ali 16.01% jih pije dve pijači, največ vino in pivo. 16 ali 2.41% jih pije tri pijače, največ vino, pivo in žgane pijače. 2 ali 0.30% pijeta štiri pijače, vino, pivo, žganje, mošt, 2 ali 0.30% pijeta vse, kar teče. Za enega ali 0.15% ni podatka.

Največ se popije vina, če mu prištejemo še mošt, ki je sadno vino, je njun delež med pijačami 71.58%, delež piva je 20.52%, žganih pijač pa 7.88%.

8.9. Če ste abstinent, ali res nikoli ne poskusite nobene alkoholne pijače?

Odgovorilo je 334 ali 32% od 1047 anketirancev. Da res nikoli ne pijejo nič alkoholnega jih je odgovorilo 198 ali 59% od 334 oziroma 18.9% od 1047 anketirancev. Da sem in tja vendarle kaj popijejo jih je odgovorilo 136 ali 40.7% od 334 oziroma 13% od 1047. Po tem podatku je vsak peti med anketiranci abstinent.

8.10. Od kdaj ste popolni abstinent?

Od 198 anketirancev, ki so se proglasili za popolne abstinente, jih je odgovorilo 181 ali 91.4%, oziroma 17.3% od 1047. Da so abstinenti odkar se zavedajo, jih je odgovorilo 88 ali 48.6% od 181 oziroma 8.4% od 1047. Nekaj let jih že ne pije 93 ali 51.4 od 181 oziroma 8.9% od 1047.

8.11. Koliko let ste abstinent?

Odgovorilo je 91 ali 8.7% anketirancev od 1047.

V povprečju vsak abstinira 17 let, najmanj nič let, največ 70 let.

8.12. Ste se kdaj zdravili zaradi alkoholizma?

Odgovorila sta 902 anketiranca ali 86.2% od 1047.

Da so se že zdravili zaradi alkoholizma, jih je odgovorilo 11 ali 1.2% od 902 anketirancev. Nikoli se jih zaradi alkoholizma ni zdravilo 883 oziroma 97.7% od 902. Odgovor je zavrnilo 8 anketirancev ali 0.9% od 902.

8.13. Koliko let ste skupaj abstinirali od začetka zdravljenja alkoholizma?

Odgovorilo je 10 anketirancev. V povprečju so ali abstinirajo 13.6 let, najmanj 1 in največ 35 let.

8.14. Kaj je vaš največji dosežek po zdravljenju?

Odgovorilo je 9 anketirancev.

Dvema največ pomeni, da doma in drugje ni več prepirov, enemu največji dosežek predstavlja sama abstinenca, drugemu spoznanje, da zmore tudi brez alkohola, eden si je uredil življenje, eden navaja zmernost kot dosežek (?), drugi, da ga je družina spet sprejela, nekdo je prenehal tudi kaditi, eden pa ne ve, kaj naj reče.

8.15. Kaj je vaša največja težava po zdravljenju?

Odgovorilo je 9 anketirancev.

Pet jih je odgovorilo, da nimajo nobenih težav, eden ne ve, kaj naj dela v prostem času, enega moti, da ne more v gostilno, eden nima razumevanja doma, eden pa ne ve, kaj naj bi rekel.

8.16. Ste kdaj recidivirali?

Odgovorilo 10 anketirancev.

Štirje so recidivirali, šest pa ne.

8.17. Kolikokrat?

Odgovorili 3 anketiranci.

V povprečju so recidivirali 1.33krat, najmanj enkrat, največ dvakrat.

8.18. Pred koliko leti nazadnje?

Odgovorili 4 anketiranci.

V povprečju o recidivirali pred 23 leti, nazadnje pred dvema letoma, najdlje pred 40 leti.

Komentar:

V Sloveniji se ob vsaki priliki pije alkoholne pijače. Vključno z adolescenti se pije za zabavo in sprostitev, ob proslavah, v družbi, na žalost ali veselje, ali pa kar tako. Prebivalec Slovenije naj bi na leto spil v povprečju 150 do 200 litrov vina oziroma več kot 10 litrov čistega alkohola, vendar v to oceno niso vključene alkoholne pijače domače pridelave. Naša družba je pitju naklonjena in prizadevanja za zmanjšanje porabe so bolj usmerjena v promocijo zmernega pitja, ne pa v njegovo odpravo (1). Takšno stanje je dobra podlaga za razvoj alkoholizma.

Tvegano pitje je vse, kar presega 2 dcl vina, eno steklenico piva in 2 šilca žgane pijače na dan za moškega in 1 deciliter vina, pol steklenice piva in 1 šilce žgane pijače na dan za žensko. Posebnih priporočil za starejše v tem smislu ni, čeprav je njihova toleranca manjša. Deset odstotkov tistih, ki pijejo, je odvisnih od alkohola oziroma svojega pitja niso sposobni nadzorovati (2). Odvisnost od alkohola ni povezana le z okvarami srca, žilja, prebavil, žlez, rakom, nesrečami, padci in splošnim propadanjem telesa, ampak jo običajno spremlja še alkoholikov socialni propad, podprt s čustvenim razpadom njegove družine. Nevarnost alkohola se poveča v kombinaciji z zdravili, drogami in poživili. Kot vse bolezni, ima alkoholizem poleg splošnih značilnosti vselej tudi svojo individualno podobo.

Med obema spoloma je nemalo prikrite alkoholne odvisnosti (4). Ena od njenih značilnosti je, da jo ni lahko odkriti, saj alkoholik svojo zasvojenost zanika in mojstrsko manipulira z okolico, še posebej, če je kljub odvisnosti sposoben ohranjati socialno podobo (5). V vseh anketiranjih, tudi v naši raziskavi, je podatke o pitju alkohola treba sprejemati z določeno rezervo. Na njihovi podlagi lahko le

najboljši poznavalci ocenijo, kakšno je resnično stanje. Tudi med starejšimi je pitje alkoholnih pijač prisotno v odstotku, ki ga ni mogoče natančno oceniti. Za razliko od kajenja, ki s starostjo upada, pa je pitja z leti več. Nekateri začno zaradi poklicnih, čustvenih, socialnih in zdravstvenih sprememb redno piti šele z nastopom starosti, kar je pogostejši pojav med premožnejšimi sloji. Čeprav je raziskav o alkoholizmu veliko, pa jih med starimi ni prav dosti (3).

V raziskavi smo z vprašanji, ki so bolj namenjeni družbeno sprejemljivim vzorcem pitja, manj pa odvisnosti, želeli dobiti verodostojno sliko pitja med starimi. Zato smo pozornost posvetili predvsem vrstam alkoholnih pijač in načinom njihovega pitja. Seveda nas je zanimala tudi vzdržnost, abstinenca, še posebej po morebitnem zdravljenju alkoholne bolezni. Vendar pa je frekvenca teh odgovorov nizka in v primerjavi z vprašanji o pijačah in pitju manj verodostojna.

Na vprašanje ali kdaj kaj popijejo, je med 1043 odgovori pozitivno odgovorilo dobrih 64% anketirancev, dobrih 35% pa, da ne pijejo. Bolj kot visok odstotek pozitivnih odgovorov čudi še vedno velik odstotek negativnih, saj se ocenjuje, da v Sloveniji občasno pije večina odraslih prebivalcev (2). V povprečju vsak anketiranec spije 8.66 dl na teden, kar je v okviru priporočil za zmerno pitje obeh spolov. Po teh dveh odgovorih bi lahko rekli, da je pitje med starejšimi Slovenci pogosto, vendar ni problematično.

662 anketirancev, ki so na vprašanje o pitju pozitivno odgovorili, pije vse vrste pijač; bela in rdeča vina, brizgance, šampanjce, pivo, žganje, viski, vodko, likerje, medice in mošt. 536 ali 80.96% jih pije le eno alkoholno pijačo, največ vino, tudi samo pivo, le redko pa žgane pijače. 106 ali 16.01% jih pije dve pijači, najpogosteje vino in pivo, 16 ali 2.41% jih poleg vina in piva pije tudi žgane pijače, 2 ali 0.30% pijeta vino, pivo, žganje in mošt, 2 ali 0.30% pa sta izjavila, da pijeta vse, kar teče.

Po pridobljenih podatkih se popije največ vina, če mu prištejemo še mošt (jabolčnik, hruškovec), ki je tudi neke vrste vino, je delež vin med pijačami 71.58%. Delež piva je 20.52%, žganih pijač z likerji pa 7.88%. Dejstvo, da starejši popijejo daleč največ vina in malo žganih pijač, najbrž ni povezano le z zmanjšano toleranco v starosti, ampak kaže tudi na to, da se spreminja nekdanji vzorec pitja v

Sloveniji, ko se je popilo največ žganih pijač. Videti je, da od vseh alkoholnih pijač starim prebavilom še najbolj ustreza vino. Tudi izboljšana kakovost slovenskih vin ob tem, da se jih največ popije, izboljšuje splošno prognozo pitja med starimi pri nas.

Odgovori na vprašanje katere vrste pijač pijejo, so povečini omejeni le na vrsto pijače in manj na količino. Vseeno pa nekateri odgovori nakazujejo tudi na navade, ki jih pivci imajo. Izrazi kot »zelo redko, dvakrat letno, pri kosilu v nedeljo, če slučajno kdo pride, ob vikendih, občasno kakšno žgano pijačo, zelo malo šampanjca, žganje za prehlad, ob posebnih priložnostih, če je praznovanje, ob večjih praznikih, odvisno od družbe«, so predvsem povezani z družbeno sprejemljivimi oblikami pitja. Na drugi strani pa navedbe »enkrat mesečno se zelo napijem, spijem tri litre jabolčnika na dan, količine ne povem« in podobno, predstavljajo škodljivo pitje in opozarjajo na prisotno odvisnost.

Podatki iz ankete kažejo, da je pitje alkoholnih pijač med starejšimi nad 50 let prej pravilo kot izjema, kar je v skladu s splošnim vzorcem pitja pri nas. Koliko je pitje starejših povezanih z njihovimi zdravstvenimi težavami, je težko oceniti. Večina anketirancev svoje zdravje ocenjuje kot dobro, zdravstvene težave, ki jih največ navajajo, so značilne za vse stare ljudi. Zato špekuliranje o tem, koliko je med njimi alkoholizma, na podlagi pridobljenih podatkov ne bi bilo upravičeno.

Med 1047 anketiranci se jih je za abstinate proglasilo 334 ali 32%. Vendar jih je med njimi na vprašanje, ali res nikoli ne poskusijo nobene alkoholne pijače, pozitivno odgovorilo le 198 oziroma 59%, 136 ali 40.7% pa jih kljub »abstinenci« sem pa tja kaj poskusi, kar pomeni, da je pojem abstinence pri nas ali napačno razumljen ali pa relativen. Če ostanemo pri 198 abstinentih, jih je 88 ali 48.6% med njimi povedalo, da ne pijejo odkar so na svetu, od rojstva, 93 ali 51.4% pa, da ne pijejo že nekaj let. 91 abstinentov v povprečju abstiniira že 17 let.

Na vprašanje, ali so se kdaj zdravili zaradi alkoholizma, sta odgovorila 902 anketiranca. Odgovor je zavrnilo 8 anketirancev, 883 jih je odgovorilo negativno, 11 pa pozitivno, da, zdravili so se. 10 zdravljenecv od začetka zdravljenja v povprečju abstiniira 13.6 let, najmanj 1 leto, največ pa 35 let. Visoko povprečje pomeni, da je nekdanja odvisnost pozdravljena. Kot največji dosežek po

zdravljenju 9 anketirancev navaja različna področja. Za dva je največji dosežek, da ne doma, ne kje drugje ni več prepirov. Kot dosežek navajajo še abstinenco, urejenost življenja, povratek v družino, poleg pitja tudi prenehanje kajenja, eden pa ne ve, kaj naj bi bil njegov dosežek po prenehanju pitja. Na vprašanje o težavah po zdravljenju je bilo 9 odgovorov. Med njimi jih 5 nima nobenih težav, za enega je težava v tem, da ne more v gostilno (?), za drugega nerazumevanje doma, spet eden ne ve, kaj naj bi rekel.

Na vprašanje ali so kdaj recidivirali, je odgovorilo 10 anketirancev. Med njimi so 4 recidivirali, 6 pa ne. Od štirih, ki so recidivirali, so trije povedali, da sta dva recidivirala dvakrat, eden pa enkrat. Zadnji recidiv je bil pred dvema letoma, od enega pa je minilo že 40 let. Število odgovorov je prenizko za posplošene zaključke, saj bi bila slika med drugimi 10 zdravljenj drugačna. Vprašanje o recidivu je zelo osebne narave, z močnim socialno negativnim nabojem, ki bi se mu večina raje izognila, zato je maloštevilne odgovore v raziskavi potrebno sprejemati z ustrežno toleranco. Zaključimo lahko le, da se zdravljenje kljub recidivom vedno izplača.

Čeprav je pitje alkoholnih pijač v Sloveniji med najvišjimi ne le v Evropi, ampak na svetu (6), je po proučitvi vseh odgovorov težko presoditi, ali je alkoholizem med starejšimi prebivalci Slovenije problem ali ne. Z ozirom na visoko smrtnost zaradi ciroze jeter, ki je v Sloveniji sicer v rahlem upadu, kljub temu pa še vedno dvakrat višja od evropskega povprečja, bi lahko rekli, da je, čeprav vsake ciroze ni mogoče pripisati zgolj alkoholu. Isto velja tudi za samomor med starejšimi (6). Tisto, kar v splošni sliki pitja in odvisnosti od alkoholnih pijač v Sloveniji lahko označimo kot dobro, je, da je z ozirom na veliko število pivcev bolezenske odvisnosti razmeroma malo. Drug dober premik je, da se popije največ vina in manj žganih pijač, ki imajo bistveno večjo adiktivno moč. V zadnjih desetletjih je kultura pridelovanja in pitja vina s kakovostjo vin, ki so naprodaj vred, v Sloveniji bistveno višja kot nekoč. Pomeni, da se pije vina, ki za organizem niso več tako agresivna. Ker ni mogoče pričakovati, da bi v Sloveniji, kot eni najstarejših vinskih dežel na svetu, prenehali pridelovati in piti vina, oziroma alkoholne pijače, je potrebno predvsem nadzorovati in podpirati njihovo kakovost in dvigovati kulturo pitja, ki naj bi ji ne bil cilj opitost, ampak kombinacija med hrano in pijačo. Zato bi morali pivske

navade adolescentov in mladih, ki pijejo, da bi se »ga nažrli«, obravnavati z bistveno večjo pozornostjo in resnostjo.

V Sloveniji imamo z zdravljenjem alkoholizma veliko izkušenj, razvilo se je več metod, njihovi protagonisti pa žal med seboj niso sodelovali, prej obratno, kar sodi v sklop tistih značajskih lastnosti, ki podpirajo tudi pitje in alkoholizem. Zdi se, da je ta faza mimo, v kolikšni meri pa terapevti med seboj sodelujejo, spoštujejo in podpirajo metode drugih, je bolj stvar njihovih značajev in manj znanja. Tudi na tem področju alkoholizma bi bili v Sloveniji koristni premiki.

Uspehi zdravljenja boleznih alkoholizma se kažejo v številu tistih, ki abstinirajo, v ozdravljenih družinskih odnosih, srečnejših otroštvih otrok in v smislu, ki ga po prestopu alkoholnih bolezni v življenju vsak znova odkrije sam.

Viri:

1. Slovenec vsako leto spije okrog 150 litrov alkohola. <http://vizita.si//clanek/dusevnost/slovenija-alkoholizirana-dezela.html> 11.2.2011
2. Odgovorno pitje alkohola. <http://www.ustanova-odsevseslisi.si/ustanova/o-odvisn-alko-ak.htm> 11.2.2011
3. Lipar T. Zloraba alkohola pri starejših. Poročilo o članku. Kakovostna starost 14/4, str. 60-2. Inštitut Antona Trstenjaka, Ljubljana 2012.
4. Ramovš K. Alkoholizem med starejšimi. Predavanje v okviru programa Inštituta Antona Trstenjaka PPP za 3; Ljubljana 3. 11. 2009
5. Elderly and Alcohol. http://alcoholism.about.com/od/elder/Elderly_and_Alcohol.htm 12.2.2011
6. World Health Organization, Regional Office for Europe and Ministry of Health of the Republic of Slovenia. Public Health in Slovenia. Delovno gradivo 2011, str. 23.

62

Zdravila

Poglavje je v celoti in strokovno vzorno analizirala mag. farm.spec. Nada Irgolič. Dodati k celoti.

Zaključek

Po analizi odgovorov na vprašanja o tem, kako svoje zdravje in težave z njim doživlja starejša polovica slovenske družbe, lahko rečemo, da je njeno zdravje razmeroma dobro in da že tako kakršno je, napoveduje še nadaljnje podaljševanje

življenja oziroma dolgoživosti slovenske družbe. Bolezni in težave, ki spremljajo človeške družbe, se spreminjajo z njimi vred. Današnja slovenska javnost je drugačna od tiste pred dvajsetimi, petdesetimi ali sto leti, kar velja tudi za epidemiološko strukturo njenih bolezni oziroma zdravstvenih težav. Raziskava je pokazala dvoje: jasen epidemiološki premik h kroničnim nenalezljivim boleznim in premik v zdravstveni zavesti; ljudje o zdravju in boleznih vedo več, bolje ocenjujejo in bolj cenijo svoje zdravje in se tako tudi obnašajo.

Dinamika zdravstvenih premikov je danes bolj intenzivna, premiki na slabše ali na bolje, so hitrejši, eno leto tudi v zdravstvenih statistikah veliko pomeni. Javnemu zdravstvu in zdravstveni politiki se nalaga večja odgovornost, pričakovana je hitrejša odzivnost zdravstva in zdravstvene politike, zato je več tudi nestrpnih ocen o njenem delu. Čeprav je zdravstveno stanje slovenske družbe v vsem njenem obstoju najboljše doslej, so v njej še izredno velike zdravstvene rezerve oziroma potenciali. V naši anketi jih nakazujejo odgovori na tako rekoč vsako vprašanje.

Na vseh področjih je mogoče še zelo veliko storiti. Vendar bi gojili napačna pričakovanja, če bi več preventivnih nalog pripisovali zdravstvu, katerega dolžnosti in njihov obseg so danes prav tako drugačne. Potrebujemo velik preventivni premik, preventivno tranzicijo, vključevanje preventivnih navad v vsakdanjike vseh in vsakogar. Naloga zdravstva kot stroke je pri tem v pravilnem usmerjanju in skrbi za strokovnost tistih aktivnosti, ki jih s tem v zvezi sprožamo v lokalnih okoljih. Stroke in strokovnih navodil ni mogoče prepuščati laikom, bolj ko gre preventiva v širino, strožji strokovni nadzor je potreben, sicer bo tudi preventiva postala plen pridobitništva in raznih ambicij.

Čeprav je videti, da je spekter nalog ogromen, temu ni tako. Ko govorimo o preventivni tranziciji, govorimo o aktivnem in zdravem življenju, področju kjer se zdravstvena preventiva srečuje s socialno preventivo. Govorimo o zdravstveni pismenosti in kulturi družbe, ki vključuje tudi kulturo samega zdravstva. Potencial aktivnega in zdravega življenja je veliko večji od pomena samih besed. V njem so združene tudi prvine družbene in osebne etike, zato predstavlja vrata v hitrejši in pravičnejši družbeni razvoj. V trenutnih razmerah so to najbrž tudi edina vrata, na katere lahko potrkamo.

DRUGI DEL

Dostopnost do zdravstvenih storitev po oceni državljanov v starosti nad 50 let v Sloveniji

Uvod

V demokratičnih družbah je dostopnost do zdravstvenih storitev pomembno področje javnega zdravstva in zdravstvene politike. Čeprav se zdi enostaven pojem, je nikoli ni bilo lahko opredeliti (*Daniels 1982*). Med vrednotami, s katerimi presojujemo zdravstvene sisteme, je vsebinsko najobširnejša. Nanaša se na ves sistem zdravstva, njen obseg pa je odvisen od usmeritev zdravstvene politike, organiziranosti zdravstvene dejavnosti in razpoložljivih sredstev (*Gulliford 2002*).

Dostopnost je na ravni sistema povezana z njegovo **razpoložljivostjo** (*WHO 2005*), to je s številom aktivnih zdravnikov, ambulant, poliklinik, bolnišnic in drugih z zdravstvom povezanih dejavnosti, ki so skupaj z zdravstvenimi pravicami namenjene zdravstveni varnosti in zdravstvenim potrebam državljanov. Ustrezna razpoložljivost sistema še ne zagotavlja vsem enakopravne dostopnosti. Nanjo ima velik vpliv **ekonomska ali finančna dostopnost** (*WHO 2005*), ki je povezana z ekonomsko močjo posameznika ali skupine, da storitev bodisi plača v celoti, bodisi prispeva delež njene cene. Vsako plačilo ali doplačilo povzroča v zdravstvu zmanjšano dostopnost do storitev, nepravilnost na osebni in neenakopravnost na ravni skupin oziroma neenakost zdravstvene varnosti nasploh. Plačila in doplačila zdravstvenih storitev so povezana ne le s finančno močjo posameznika ali sistema, ampak tudi z razumevanjem družbene vloge zdravstva. Je njegovo poslanstvo predvsem socialne narave, ali posredovanje plačljivih storitev (*Daniels 1982*) ? Tu

se finančna dostopnost prepleta z **etično dostopnostjo** (*Oliver 2004, WHO 2005*), v kateri se pravičnost in enakopravnost povezujeta z vrednostjo osebne svobode, ki jo vsaka bolezen ogroža (*Sachs 2008*). V etično neoporečnem zdravstvu naj bi imeli vsi državljani in vse populacijske skupine brez diskriminacije enakopraven dostop do potrebnih zdravstvenih storitev. Z etično je povezan pojem **informacijske dostopnosti** (*WHO 2005*), to je obveščeni in zavedanja o možnostih in pravicah do zdravstvenih storitev. Informacijska dostopnost se deloma prekriva z vrednoto **sprejemljivosti** (*WHO 2005*), ki bolnikovo razumevanje in sprejemanje zdravstvenih storitev ter z njimi povezanih dobrin povezuje z načinom njihovega pojasnjevanja. To naj bi bilo prilagojeno izobrazbi in kulturi bolnikov, kakor tudi tradiciji njihovih okolij.

Med različnimi vsebinami dostopnosti predstavlja **fizična dostopnost** (*WHO 2005*) razdaljo med potrebo in storitvijo, zato ji pravimo tudi **geografska dostopnost**. Običajno se jo razume kot dolžino bolnikove poti od njegovega bivališča do storitve oziroma zdravnika ali zdravstvene ustanove. Zaradi različnih razdalj so razlike v fizični dostopnosti logične, zmanjšati pa jih je mogoče z ustrežno mrežo zdravstvenih enot oziroma z razpoložljivostjo sistema. Fizično dostopnost lahko opisujemo tudi v obratni smeri, to je poti, ki jo izvajalec storitve opravi na poti do bolnika. Predstavljajo jo hišni obiski zdravnikov, patronažnih sester, babic, v novejšem času tudi dobro opremljeno vozilo ali helikopter, v katerem zdravnik ali drug strokovnjak hudo prizadetemu bolniku ali ponesrečencu nudi potrebno pomoč.

Vsebina naštetih vrednot naj bi vsem, ki imajo enako zdravstveno potrebo, zagotavljala enako dostopnost do zdravstvenih storitev (*Oliver 2004*). Ker obseg zdravstvenih pravic nikjer ni neomejen, se dostopnost razume kot **zagotavljanje dogovorjenih in kakovostno opredeljenih zdravstvenih storitev s kar najmanj neprijetnosti in stroškov**. K uresničevanju dogovorjene ravni naj bi, ne oziraje se na plačilno sposobnost posameznika, pripomogla tudi socialna solidarnost in družbena pravičnost, ki jo je ob nejasno opredeljenih ciljih zdravstvene politike težko uresničevati (*Mooney 1987*).

A tudi pod pogoji zadostne razpoložljivosti in dogovorjene dostopnosti, je ta od posameznika do posameznika, od skupine do skupine, različna. Odvisna je še od izobrazbe, socialnega položaja, etnične pripadnosti, dohodka, starosti in spola. K

temu je potrebno dodati še osebno potrebo po njej, ki ni odvisna le od naštetih okoliščin izobrazbe, dohodka itd, ampak od načina življenja. Ob zdravju škodljivih razvadah je misel na zdravo življenje odveč, zdrave navade pa so napor, ki ne odtehta ugodja razvade. Četudi je zdravstvena storitev vsakomur dosegljiva, še ne pomeni, da jo bo vsak tudi izkoristil; vzroki za to so raznoteri in povezani z osebnimi, socialnimi in kulturnimi okoliščinami (*Gulliford 2002*).

V Sloveniji dostopnost do zdravstvenih storitev zagotavlja zakonska in finančna organiziranost zdravstvenega sistema (*Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju 1992*). Ker osebni zdravnik predstavlja vstop v sistem in dostop do specialističnih in bolnišničnih storitev, je posebej pomembna dostopnost primarnega zdravstva. Ta je razen v odročnih predelih, kjer ni dovolj zdravnikov, zagotovljena vsem državljanom v enaki meri (*Albreht 2009*). Ovira v dostopnosti so čakalne liste, ki jih doslej z različnimi ukrepi ni bilo mogoče odpraviti, tudi razlogi za razlike v njihovi dolžini za enako storitev niso jasni. Zakon iz leta 1992 že obstoječih doplačil (participacij) k storitvam, ki so bila uvedena še v času jugoslovanske države in so jih morali neposredno plačevati vsi bolniki v enaki višini, ni odpravil, uvedel pa je možnost prostovoljnega zavarovanja za njihovo pokritje. Svojo zdravstveno varnost so z njim, razen redkih izjem, zavarovali vsi državljani Slovenije.

Vse vrednote in načela dostopnosti do zdravstvenih storitev je možno zasledovati tudi v slovenskem zdravstvu. V nacionalni raziskavi o potrebah, zmožnostih in stališčih posameznikov nad 50 leti starosti v Sloveniji, ki jo je Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje izvedel v letu 2010, je bila vrsta vprašanj namenjena tudi dostopnosti do zdravstvenih storitev, kakor so o njej govorili in jo ocenili anketirani posamezniki. V nadaljevanju poročamo o izsledkih raziskave, ki se nanašajo na razpoložljivost in sprejemljivost zdravstvenih storitev, kakor tudi na njihovo finančno, etično in informacijsko dostopnost.

Viri k uvodu:

WHO Regional Office for Europe The Health for All Policy Framework for the WHO European Region, 2005 Update, Copenhagen 2005:17.

Oliver A. Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:655-658.

Gulliford M et al. What does 'access to health care' mean? *J Health Serv Res Policy* 2002 Jul;7(3):186-8.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12171751> 19.2.2012

Daniels N. Equity of access to health care: some conceptual and ethical issues. *Milbank Mem Fund Q Health Soc.* 1982 Winter; 60(1):51-81.

Sachs B. The liberty principle and universal health care. *Kennedy Inst Ethics J.* 2008 Jun;18(2):149-72.

Mooney G. What does equity in health mean? *World Health Stat.* 1987;40(4):296-303.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju Ur.l. RS 9/1992, zadnja dopolnitev UL RS 87/2011.

Albreht T, Turk E, Toth M, Ceglar J, Marn S, Pribaković Brinovec R, Schäfer M, Avdeeva O and van Ginneken E. Slovenia: Health System Review. *Health Systems inTransition.* 2009; volume 11(3):148-51.

Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje. Potrebe, možnosti in stališča prebivalcev Republike Slovenije v starosti nad 50 let. Raziskava 2009-2010.

Po naključnem vzorcu Urada RS za statistiko je bilo po vsej Sloveniji izbranih 1800 prebivalcev obeh spolov v starosti nad 50 let. Narava obsežne ankete je zahtevala, da so anketarji vprašalnik izpolnjevali v neposrednem pogovoru s posameznim anketirancem. Uspešno je bilo zaključenih 1047 anketiranj. Del ankete je bil namenjen zdravju in zdravstvu, kjer so potrebe starejših najbolj stalne in pogoste, zato dostopnost do zdravstvenih storitev predstavlja pomemben del njihove zdravstvene varnosti.

Razpoložljivost

67

V zvezi z razpoložljivostjo zdravstvenih storitev nas je zanimalo, v kolikšni meri in na kakšen način lahko anketiranci uveljavljajo pravico do zdravstvenih storitev. Zato smo jih vprašali, ali imajo izbranega osebnega zdravnika, kako pogosto ga obiskujejo, na kakšen način se poleg obiska v ambulanti z zdravnikom lahko še posvetujejo, ali se morajo na pregled naročiti ali ne, ali pridejo na pregled takrat, ko so naročeni, koliko zdravstvenih pritožb naenkrat so njihovi zdravniki pripravljene obravnavati, koliko časa presedijo v čakalnici, ali so na kakšni čakalni listi, koliko časa že in ali so jim kdaj na čakalni listi že dogovorjeni datum storitve preložili na kasneje.

Sledijo vprašanja, odgovori in komentarji.

Imate izbranega osebnega zdravnika?

Med 1047 anketiranci jih je 1040 ali 99.4% odgovorilo pritrdilno in le 6 oziroma 0.6% jih je odgovorilo, da ga nimajo. En anketiranec na vprašanje ni odgovoril.

Komentar:

Vprašanje je namenjeno ugotavljanju razpoložljivosti slovenskega zdravstvenega sistema na primarni ravni. Po določilu 80. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ima vsak zavarovanec, ki izpolnjuje vse pogoje obveznega zdravstvenega zavarovanja, pravico do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda med tistimi zdravniki, ki opravljajo zdravstveno dejavnost na primarni ravni, bodisi v zdravstvenem domu, bodisi v okviru dodeljene koncesije (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju 2006).

Zakonodajalec je tako pravico lahko uzakonil pod pogojem, da imamo v Sloveniji na primarni ravni toliko aktivnih zdravnikov in ambulant, da ima vsak upravičenec do obveznega zdravstvenega zavarovanja, ne oziraje se na njegov socialni ali drug položaj, izbranega osebnega zdravnika. Obenem pa je zakonodajalec z izbranim osebnim zdravnikom želel vsem, ki so obvezno zavarovani, zagotoviti ustrezno dostopnost do zdravstvenih storitev (Državni portal Republike Slovenije 2010).

Glede na skoraj 100% pozitivni odgovor je **razpoložljivost slovenskega zdravstvenega sistema na nivoju primarnega zdravstva odlična**. To pa še ne pomeni, da je taka tudi njegova dostopnost, ki iz že navedenih razlogov kljub enakim pravicam in možnostim ni vsem zagotovljena v enaki meri.

68

Viri:

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. UL RS 38/06, 11.4.2006

Državni portal Republike Slovenije. Kako izberem osebnega zdravnika? <http://e-uprava.gov.si/e-uprava/dogodkiPrebivalci.euprava?zdid=1230&sid=885> (7.10.2012)

Če imate osebnega zdravnika, je vaš zdravnik v javni zdravstveni ustanovi, zasebnik s koncesijo, zasebnik brez koncesije?

Odgovorilo je vseh 1047 anketirancev. V javni zdravstveni ustanovi jih ima osebnega zdravnika 782 oziroma 75,3%, 251 ali 24,2% jih hodi k zasebniku s koncesijo, 5 ali 0,5% pa k zasebniku brez koncesije.

Komentar:

V Sloveniji v desetletjih po drugi svetovni vojni izvajanje zdravstvenih storitev na zasebni ravni ni bilo dovoljeno. Na primarni ravni so zdravstveno varstvo uresničevali zdravstveni domovi, v katerih so varovanci imeli dostop do storitev

brez predhodne najave. V zdravstvenih domovih so se sčasoma poleg osnovne dejavnosti splošne medicine razvili še otroški, šolski, ginekološki in nekateri drugi dispanzerji z ustrezno usposobljenimi zdravniki. Zdravstvena varnost je bila na visoki stopnji zagotovljena vsem, ne oziraje se na njihov socialni položaj. V zadnjem desetletju pred osamosvojitvijo so po večini slovenskih občin z velikim deležem samoprispevkov občanov, ki so se zanje odločili prostovoljno, zgradili nove ali obnovili stare stavbe zdravstvenih domov. Ob občutku zdravstvene varnosti so se občani poistovetili z »njihovimi« zdravstvenimi domovi in postajami. S tako tradicijo so slovenski zavarovanci pričakali novo zdravstveno zakonodajo v samostojni državi, ki je bolj na zahteve in pričakovanja izvajalcev in ne potreb javnosti dovolila tudi zasebne oblike zdravstvene dejavnosti, s koncesijami ali brez njih. Koncesionarji lahko po pogodbi z ustanoviteljem - občino in vodstvom zdravstvenega doma svojo dejavnost izvajajo tudi v prostorih javne ustanove. Iz odgovorov anketirancev izvemo, da jih je večina, 75.3%, svojega zdravnika izbrala v javni zdravstveni ustanovi, to je v zdravstvenem domu. Ker je leta 2010, ko je bila raziskava izvedena, minilo že 18 let od sprejema zakonodaje, ki je uvedla zasebno zdravstveno prakso, ima večina anketirancev izbranega zdravnika v zdravstvenem domu ali postaji, kar pomeni, da v svojem okolju na zdravstvo še vedno gledajo tako, kakor so bili ves čas vajeni.

69

Med zasebniki s koncesijo ima izbranega osebne zdravnika 24.2% anketirancev. Marsikdo med njimi je svojemu že prej izbranemu zdravniku sledil, ko se je ta odločil za zasebnost. Odgovori ne dopuščajo analize, ki bi potrdila, v kolikšni meri je temu tako in v kolikšni ne. Pomemben pa je podatek, da so to zasebniki s koncesijo, kar pomeni, da je za zavarovanca s stališča uveljavljanja njegovih zdravstvenih pravic vseeno ali je njegov zdravnik zasebnik ali pa dela v javni zdravstveni ustanovi. S tega stališča lahko trdimo, da v Sloveniji zasebnost v zdravstvu pod pogoji zakona iz leta 1992 ni zmanjšalo ne razpoložljivosti, ne dostopnosti, če je zraven koncesija. Ker je v veliki večini primerov tako, so koncesije ena od možnosti, da odročni kraji dobijo svojega stalnega zdravnika. Njihova podhranjenost z zdravstvenimi kadri pomeni nezasedenost mreže in pomembno oviro v dostopnosti do storitev.

Zdravnikom brez koncesije bi lahko rekli pravi zasebniki, ki svoje storitve tudi zaračunavajo po svojih cenikih. Med starejšimi si med njimi lahko izberejo svoje zdravnike le tisti, ki so materialno bolj preskrbljeni od ostalih. Ker takih med

anketiranci ni veliko in ker je odnos do zdravstva na primarni ravni še vedno specifičen, ne čudi, da jih je med 1047 odgovori le pet oziroma 0.5% povedalo, da njihov osebni zdravnik nima koncesije.

Imate izbranega zobozdravnika?

Odgovorilo je 1042 anketirancev, 5 jih ni odgovorilo. Izbranega zobozdravnika ima 839 ali 80.5% anketirancev, 203 ali 19.4% pa ga nima.

Komentar:

Uvedba zasebnega zdravstva z zakonom iz leta 1992, je največ sprememb povzročila na področju zobozdravstva, kjer se je za zasebno pot odločilo največ zdravnikov, med njimi kar 15% zobozdravnikov brez koncesije. Ker so v zobozdravstvu največja doplačila, se je med državljani povečal socialni gradient v zobozdravstveni varnosti. Med starejšimi so poleg zobne gnilobe in izgube zob pogoste parodontopatije (OECD 2011). Ker je zdravje ustne votline izrednega pomena za zdravje in socialno sprejemljivost starejših državljanov in je revnejšim slojem težje vzdrževati zdravje zob in ustne votline, bodo na področju zakonodaje in zdravstvenih storitev potrebne spremembe, bodisi v povečanju pravic ali z možnostjo prostovoljnega dodatnega zavarovanja (*Albreht 2009*).

70

Viri:

Health at a Glance 2011: OECD indicators. Inequalities in dentist consultations, 140-1.

Albreht et al. Slovenia: Health system review. Health Systems in Transition. 2009; volume 11(3):130-2.

4.

Če imate izbranega zobozdravnika, je vaš osebni zobozdravnik v javni zdravstveni ustanovi, zasebnik s koncesijo ali zasebnik brez koncesije?

Od 839 anketirancev, ki imajo izbranega zobozdravnika, ga ima 447 ali 53.4% v javni zdravstveni ustanovi, 327 ali 39.1% med zasebniki s koncesijo in 61 ali 7.3% med zasebniki brez koncesije. Dva anketiranca, 0.2%, nista vedela kam sodi njun zobozdravnik.

Komentar:

V slovenski javnosti je pravica do zobozdravstvenega varstva enako pomembna kot pravica do drugih zdravstvenih storitev, zato so pričakovanja s tem v zvezi visoka (Albreht 2009). To dokazuje visok odstotek anketirancev, ki imajo izbranega zobozdravnika, kakor tudi, da je izbranih zobozdravnikov največ v javnih zdravstvenih ustanovah. Ker so pravice zavarovancev do zobozdravstvenega varstva pri zasebnih zobozdravnikih s koncesijo enake kakor v javni zdravstveni ustanovi, lahko zaključimo, da v Sloveniji večina anketirancev uživa razmeroma visoko zobozdravstveno varnost oziroma je prav taka razpoložljivost zobozdravstvenih storitev.

Med anketiranci so tisti, ki so svoje zobno zdravje zaupali zasebnikom brez koncesije, gmotno bolje situirani od povprečja.

5.

Ali hodite k zobozdravniku na preventivne preglede, na zdravljenje zob ali popravljanje proteze ali oboje skupaj?

Odgovorilo je 950 anketirancev, 97 pa ne. Na preventivne preglede jih hodi 151 ali 15.9%, na zdravljenje, popravljanje zob ali proteze 340 ali 35.8%, na oboje prav tako 340 ali 35.8%. K zobozdravniku jih ne hodi 119 ali 12.5%.

71

Komentar:

Večina strokovnjakov priporoča preventivni pregled pri zobozdravniku vsaj enkrat na leto (*OECD 2011*). Kdor je v starosti ostal brez zob in ima protezo, je njeno popravljanje najbolj pogost razlog za obisk pri zobozdravniku. Med starejšimi pa je veliko takih, ki imajo še bolj ali manj ohranjeno in z različnimi protetičnimi vložki vzdrževano zobovje in potrebujejo razmeroma pogoste zobozdravniške intervencije. V kolikšni meri jih lahko uresničijo, je odvisno tudi od števila zobozdravnikov in zobnih ordinacij. Po podatkih Zdravstveno statističnega letopisa 2009 je v Sloveniji 905 zobozdravnikov in 10 dentistov, kar zneso v povprečju 1 zobozdravnika na 2000 prebivalcev.

Zaradi doplačil je zobozdravstvena oskrba manj dostopna revnejšim slojem.

Vendar Slovenija sodi med države, kjer doplačila predstavljajo manjši del stroškov zobozdravstva in so v letu 2009 znašala 28.6%, kar nas med članicami OECD

uvršča med 6 držav z najnižjimi doplačili; poleg nas so to še Japonska, Nizozemska, Francija, Nemčija in Belgija. Povprečje OECD je 54.2% (OECD 2011). Z ozirom na podatke anketirancev in statistične podatke lahko zaključimo, da je razpoložljivost in dostopnost zobozdravstvenega varstva še vedno v veliki meri dostopna vsem anketirancem.

Viri:

Health at a Glance 2011: OECD indicators: 140-1

Inštitut za varovanje zdravja RS. Zdravstveno statistični letopis 2009:11-2.

Približno kolikokrat ste bili v zadnjem letu pri osebnem zdravniku?

Odgovorov je bilo 1036, 11 anketirancev ni odgovorilo. V povprečju je vsak od anketiranih bil svojem zdravniku 4.54 krat (najmanj 1 krat, največ 99 krat) kar je v povprečju en obisk v dveh in pol mesecih.

Komentar:

Vprašanje je povezano z neposredno dostopnostjo, to je s stikom med bolnikom in zdravnikom. Ob dejstvu, da je med starejšimi največ zdravstvenih potreb, so dobri štirje obiski pri zdravniku na leto nizka številka, če jo primerjamo s slovenskim in s povprečjem drugih držav. Po podatkih OECD (*OECD 2011*) je posameznik v Sloveniji obiskal zdravnika 6.6 krat, kar je enako kot na Islandiji in Avstraliji, oziroma je skoraj identično s povprečjem OECD držav, ki je 6.5 obiskov zdravnika na leto. Vendar so v ta podatek vključeni vsi obiski, tudi pri specialistih, prav tako tudi hišni obiski zdravnikov, zato je podatek o 4.54 obiskih na leto pri osebnem zdravniku lahko točen. Če ga vzamemo kot splošno povprečje, bi bila Slovenija primerljiva z Dansko in Novo Zelandijo. Med državami, ki so se leta 2004 pridružile Evropski uniji, je slovensko povprečje 6.6 najnižje. Vendar pa število obiskov pri zdravniku ni vedno odraz dostopnosti do storitev. Na Švedskem vsak državljan v povprečju zdravnika obišče le 2.9 krat na leto, kar je bolj znak zdravstvene osveščenosti in večje vloge medicinskih sester, ne pa težje dostopnosti do storitev.

Če primerjamo oba podatka o slovenskem povprečju, je treba upoštevati, da je v naši anketi vsak anketiranec na vprašanje odgovoril s svojo oceno, ki ni nujno točna (podatek 99 krat!) in da se odgovori nanašajo tako na prve kot na kontrolne

obiske pri zdravniku. Da je temu tako, kažejo podatki zdravstveno statističnega letopisa 2008, po katerih so prvi in ponovni kurativni obiski zavarovancev v starosti nad 50 let na primarni ravni predstavljali 47% vseh obiskov. Med vsemi prvimi kurativnimi obiski je bilo v starosti nad 50 let opravljenih 41%, ponovnih pa 54,4%.

Zaključimo lahko, da lastne ocene o tem, kolikokrat je kdo v preteklem letu obiskal zdravnika, nagibajo k nižjemu številu in jih je potrebno preveriti z uradnimi statističnimi podatki.

Viri:

Health at a Glance 2011: OECD indicators; Consultations with doctors: 80-1.
Inštitut za varovanje zdravja. Zdravstveno statistični letopis 2008; Ljubljana 2009 str 139.

Kolikokrat je v tem času šel za vas k zdravniku nekdo drug?

Odgovorov je bilo 1029, odgovorilo ni 18 anketirancev. V povprečju je za bolnika v enem letu šel do zdravnika namesto njega nekdo drug 0,78 krat.

Komentar:

Vprašanje je povezano s posredno dostopnostjo, ki se v zadnjem času vse bolj širi z možnostmi stika z zdravnikom na daljavo prek različnih medijev. V preteklosti pa je bil stik pred druge osebe edina tovrstna možnost. Zdravnik bolnika ni videl, z njegovo potrebo se je seznanil po pripovedi druge osebe. Zato tega ni mogoče primerjati s telefonsko konzultacijo med bolnikom in zdravnikom, ko bolnik sicer ni prisoten, zdravnik pa je vseeno neposredno seznanjen z bolnikovo anamnezo, ki je ne more nadomestiti pripoved nobene druge osebe.

Iz tega razloga so v slovenskem zdravstvu posredne usluge namenjene predvsem tistim storitvam, kjer bolnikova prisotnost ni nujna; receptu za stalna zdravila, dvigu napotnic, dokumentacije o bolniški odsotnosti in drugih potrdil zdravstveno-administrativne narave. Čeprav se dogaja, da zdravnik za bolnika predpiše zdravilo zgolj na podlagi pripovedi sorodnika ali znanca, ne da bi ga videl, nemara celo zato, da bi se s tem izognil zaprošenemu hišnemu obisku, je to vselej tvegano. V primarnem zdravstvu se za še tako nedolžno anamnezo lahko skriva primer, ki si ga bo zdravnik zapomnil za vse življenje ali pa mu bo celo spremenil kariero.

Izsledek vprašanja pove, da sta bila v enem letu za 1029 anketirancev opravljena 802 posredna obiska zdravnika. To ni malo, podrobnejša analiza njihove strukture bi osvetlila vzroke zanje. Pripomniti pa je treba, da so vzroki za stik z zdravnikom ali zdravstvom pod kategorijo *MKB XXI – Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik (MKB-10 2010)*, med katere lahko štejemo posredne stike, najštevilčnejši, in so v letu 2008 predstavljali 19.2% vseh obiskov na primarni ravni (*Zdravstveno statistični letopis 2008*).

Viri:

Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Deseta revizija. Inštitut za varovanje zdravja RS. Ljubljana 2010.

Inštitut za varovanje zdravja RS. Zdravstveno statistični letopis 2008, str 173.

Ste se v zadnjem letu kdaj z zdravnikom posvetovali po telefonu?

Pozitivno je odgovorilo 209 oziroma 19.8% , negativno pa 80.2% vseh anketirancev.

Komentar:

Vprašanje je povezano s posredno dostopnostjo prek tehničnih medijev, ki se je v Sloveniji s telefonom dobro razvila šele po drugi svetovni vojni. Pomen pogovora med bolnikom in zdravnikom po telefonu je naraščal s telefonsko oskrbljenostjo državljanov. Danes je to priznana storitev, ki so jo sprejeli bolniki, zdravniki in zdravstveno zavarovanje. Z zdravnikom se o bolniku pogosto posvetujejo tudi svojci, npr. za bolnega otroka ali starejšega sorodnika, vendar sta narava in vsebina pogovora med bolnikom in zdravnikom drugačni. Posvet prek telefona je lahko tudi nevaren; za bolnikovo pritožbo morda tiči dramatična nevarnost, ki se je bolnik ne zaveda, zdravnik pa jo v njegovi pripovedi ne zazna. Koristno bi bilo vedeti, zaradi kakšnih težav bolniki največkrat uporabljajo to pot in v kolikšnem odstotku je bolnikova težava s tem tudi dokončno urejena.

Odstotek pozitivnih odgovorov v naši anketi kaže, da je posvet po telefonu pogosto uporabljena zdravstvena storitev. Bolniki in zdravniki verjamejo, da je mogoče pomagati tudi na takšen način.

Ste se v zadnjem letu kdaj posvetovali z zdravnikom po internetu

Pozitivno je odgovorilo 18 ali 1.7% vseh anketirancev, negativno pa 1030 oziroma 98.3% anketirancev.

Komentar:

Vprašanje je podobno prejšnjemu vprašanju, le da je tehnični medij drugačen. Očitno je posvetovanje prek interneta šele v povojih, s staranjem internetno pismenih prebivalcev bo v prihodnosti teh stikov več. Zaradi večje porabe časa in možnega klepeta z zdravnikom, se bodo brez pravil in omejitev pojavile težave, ki jih telefonske konzultacije ne poznajo. V nasprotju z zdravniki imajo bolniki za svojo bolezen veliko časa. Telefonski pogovor ne pozna odlaganja, na zdravnikov odgovor prek interneta utegne bolnik čakati tudi več dni ali pa odgovora sploh ne bo, če bo zdravnik zasut s pošto svojih bolnikov. V določenih primerih utegne počasnejši odziv bolniku in zdravniku kasneje povzročati veliko težav. Po tej plati je internetni stik nevarnejši od telefonskega. Nizek odstotek v raziskavi ni znak nizke dostopnosti do zdravnika prek interneta, ampak obstoječe nizke internetne pismenosti med starejšimi bolniki. Trenutno tudi med slovenskimi zdravniki ni pretiranega navdušenja za stike z bolniki preko e-pošte. Kar 83.3% jih meni, da bo e-pošta povečala njihovo obremenjenost (*Bihar 2011*). Kljub temu pa širjenja in razvoja nove oblike stikov med zdravniki in bolniki ne bo mogoče ustaviti.

75

Vir:

Bihar D. Vpliv informacijsko komunikacijskih tehnologij na organizacijo dela v primarnem zdravstvu. Magistrska naloga. Univerza na Primorskem, Fakulteta za management; Koper 2011

Kako običajno pridete do osebnega zdravnika, ko ga potrebujete? Se morate prej naročiti ali lahko pridete brez predhodnega naročila?

Odgovorilo je 1027 anketirancev, 20 jih ni odgovorilo. Za obisk se mora predhodno naročiti 863 ali 82,4% anketirancev, brez predhodnega naročila pa zdravnika lahko obiše 164 ali 15,7 % anketirancev.

Komentar:

Osnovni namen naročanja bolnikov je približati storitev bolnikom brez čakanja, povečati njihovo zadovoljstvo z delom zdravnika oziroma ambulate in zmanjšati

gnečo v čakalnici. Zdravnik naj bi si z naročanjem bolnikov zagotovil bolj tekoče delo, enakomernejšo obremenitev, višjo kakovost in zadovoljstvo z delom (Kersnik 2001). Naročanje je dobra organizacijska rešitev, če zdravnik in bolnik spoštujeta dogovorjeno uro in če zdravniku uspe, da vsakemu bolniku posveti približno enako časa. Ob naravi anamnez v primarnem zdravstvu to ni vselej mogoče.

S stališča bolnika predstavlja dostopnost možnost priti do zdravnika oziroma storitve kadarkoli, zato potrebo po predhodnem naročanju bolniki neredko razumejo kot oviro pri uresničevanju njihovih pravic (Kersnik 2001). V vsakem primeru predstavlja dostop brez naročanja prosto, odprto dostopnost, z naročanjem pa v osnovi dobronamerno, a vendar nadzorovano, uravnava dostopnost.

V slovenskem primarnem zdravstvu naročanje ni bilo v navadi in se je razvilo šele po spremembi zakonodaje z uvedbo zasebnega zdravstva, v katerem zdravnika bolj kot v javnem zdravstvu zanima bolnikovo zadovoljstvo. Poprej gneča v čakalnici ni bila motiv za organizacijske spremembe. Še leta 2001 je bolnike naročalo malo zdravnikov (Kersnik 2001). Naročanje nima smisla, če zdravnik zamuja s pričetkom dela, kar je v slovenskem zdravstvu pogost pojav in pomemben razlog za gnečo v čakalnicah. Če se ob istem času naroči več bolnikov, povzroča to njihovo slabo voljo in izgubo zaupanja v naročanje (Voljč 2010).

Naročanje med drugim pomeni, da ima zdravnik za posameznega bolnika določen čas. Če med obravnavo bolnik začuti, da se zdravniku mudi in da mu zaradi tega svojih težav ne more pojasniti tako, kakor želi, je to eden od klasičnih razlogov zakaj bolniki zamenjajo zdravnika (Voljč 2011). Kersnik v raziskavi iz leta 2001 ugotavlja, da naročanje zadovoljstva bolnikov z zdravstvom pri nas ne povečuje. Čas čakanja v čakalnici je resda krajši, vendar bolniki ob naročanju niso pripravljeni na dolgo čakanje in so kritični, če morajo predolgo čakati oziroma če se ne upošteva dogovorjene ure. Ob naročanju, zlasti po telefonu, so bolj izpostavljene medicinske sestre, ki ne morejo takoj dvigniti telefona in tudi ne vsem bolnikom ustreči v njihovih željah (Voljč 2010). Večina bolnikov pa krajši čas sedenja v čakalnici sprejema kot pomembno kakovostno pridobitev.

Izsledki naše raziskave kažejo, da so se razmere močno spremenile tudi v primerjavi z letom 2001, ko je nova zakonodaja bila v veljavi že skoraj celo desetletje. V letu 2010 je naročanje bolnikov v slovenskem primarnem zdravstvu z 82.4% naročenih pregledov postalo pravilo. V urgentnih primerih naročanje ni potrebno. Dobro organizirano naročanje predstavlja organizacijski napredek in

spoštovanje bolnikovega časa, kar je v odnosu slovenskega zdravstva do bolnikov novost. Ob naročeni uri ima bolnik zagotovljen dostop do zdravnika. Če pa se bolniki morajo naročati in potem prav tako čakati v čakalnici, je to le en razlog več za nezadovoljstvo.

Vir:

Kersnik J, Vipotnik-Zupanc V. Čas čakanja na pregled pri zdravniku splošne medicine in zadovoljstvo bolnikov. ZDRAV VESTN 2001; 70: 275-8.

Voljč B. Starosti prijazna Ljubljana. Inštitut Antona Trstenjaka; Ljubljana: 2010

Voljč B, Ramovš J. Vrednote starosti prijaznega zdravstva v Ljubljani (še ni objavljeno)

Voljč B. Zakaj pri nas starejši bolniki menjajo zdravnika? Kakovostna starost

Kako se držite ure in dneva, ko ste naročeni pri zdravniku?

Odgovorilo je 857 anketirancev. 537 ali 62,7 % upošteva dogovor in pride točno ob dogovorjenem času, 302 ali 35,2 % prideta prej. 6 anketirancev zamuja kljub dogovorjeni uri, štirje se še nikoli niso naročili, dva imata sorodstvene ali poklicne stike z zdravstvom, eden čaka ravno tako kakor prej, eden pride enkrat točno, drugič ne.

77

Komentar:

Čeprav na vprašanje ni odgovorilo 190 anketirancev, je spoštovanje dogovorjenega dneva in ure med anketiranci zelo visoko, saj so v 97,9 % ob dogovorjenem času v čakalnicah. To pomeni, da večina s točnim prihajanjem podpira dobro organizacijo zdravstvene službe in potrjuje smisel naročanja.

Kakšne so vaše običajne izkušnje pri vzpostavljanju telefonskega stika z ambulantno?

Od 1047 je odgovorilo 1026 anketirancev. V 735 primerih ali 71,6 % se takoj oglasi sestra in se dogovorita za dan in uro pregleda, v 153 ali 14,9 % se oglasi sestra in pove, kdaj so ure za naročanje, v 24 primerih ali 2,3 % se oglasi avtomatski odzivnik in pove, kdaj so ure za naročanje, v 26 ali 2,5% primerov pa se ne oglasi ne sestra, ne odzivnik.

88 odgovorov ni bilo mogoče razporediti v nobeno izmed gornjih skupin in so zajete pod pojmom »drugo«. Analiza teh odgovorov kaže, da se jih največ še nikoli ni naročilo, ker že dolgo niso bili pri zdravniku (39), da se raje osebno zglasijo v ambulanti in se dogovorijo za pregled (13), da sami pokličejo zdravnika, ker imajo to možnost (11), da včasih kar gredo in poskusijo priti do zdravnika ali pa se naročijo - kakor kdaj (2), da morajo večkrat klicati (2), da jih za pregled naročijo drugi (2). Med anketiranci je bilo tudi nekaj stanovalcev domov za starejše občane. Njim se ni potrebno naročati, ker pride zdravnik v dom in se sreča z njimi (5). Ostali vzroki se pojavljajo po enkrat: se ne da naročiti, oglasi se vratar.

Komentar:

V 89 % je bodisi prek sestre ali avtomatskega odzivnika telefonski stik z ambulanto možno vzpostaviti takoj, kar je visok odstotek, ki kaže na dobro povprečno dostopnost po telefonu do sestre. Vendar pa se kljub takojšnjemu odzivu v 17.2% ni mogoče takoj tudi naročiti, kar ne izključuje zamer in občutka slabše dostopnosti. V zelo majhnem odstotku se nekateri bolniki za datum in uro pregleda dogovorijo kar sami v ambulanti. Telefonski dogovor ni vselej možen, bodisi ker nihče ne dvigne telefona bodisi se namesto sestre oglasi nekdo drug, npr. vratar. Vendar pa je ta odstotek zanemarljivo nizek. Pacienti dolgega zvonjenja ali čakanja na nadaljnji stik po prvem odzivu ne morejo biti veseli, kljub temu pa v odgovorih tega nikjer ne omenjajo.

Naročanje zahteva dodatno aktivnost pacientov in ambulante, ki pri prostem dostopu ni potrebna. Če ta aktivnost predstavlja oviro pri naročanju, npr. da se pacient naroča s težavo, je vrednost naročanja nižja, dostopnost do zdravstvenih storitev pa manjša.

Koliko časa običajno čakate v čakalnici pri osebnem zdravniku?

Odgovorilo je 1023 anketirancev od 1047 možnih. V povprečju čakajo dobre pol ure (37.44 minut). V najkrajšem primeru sploh ne čakajo, v najdaljšem pa čakajo 6 ur (360 minut).

Komentar:

Povprečje kaže na razmeroma hitro dostopnost in dobro organizacijo dela. S polurnim čakanjem naročenega bolnika je mogoče izravnati razlike v času, ki je

potreben za obravnavo različnih zdravstvenih potreb. Če je čakanje daljše, je smisel naročanja manjši, bolniki pa zamerijo, če morajo čakati, čeprav so bili dogovorjeni za določeno uro, ki potem ni namenjena njim.

Povprečno čakanje 37.44 minut v raziskavi se sklada z raziskavo Kersnika iz leta 2001 (glej vir pri vprašanju 10), ki je ugotovil 35.7 minut čakanja naročenih bolnikov. V naši raziskavi je najdaljši čas lahko le izjemna izjema, sicer pa je strokovno in organizacijsko nesprejemljiv.

Ali ste bili v zadnjem letu dni na pregledu pri specialistu?

Odgovorilo je 1039 anketirancev od 1047 možnih. Med njimi jih je 571 ali 55% bilo specialistično pregledanih, 468 ali 45% pa ne.

Komentar:

Odstotek obiskov pri specialistih kaže na dobro dostopnost sekundarnega nivoja zdravstva, odpira pa več drugih vprašanj. S strokovnega stališča je odstotek zelo visok in kaže na nizek prag odločitve izbranih zdravnikov, da paciente pošiljajo naprej. Analiza vzrokov za napotitev k specialistu bi pojasnila ali je bila to odločitev zdravnika, ali je to zahteval pacient ali pa je tako hotel specialist, ki si bolnike naroča na bolj ali manj pogoste kontrole. Pomembna je tudi razlika med prvimi in ponovnimi pregledi. Prvih je vedno manj in so običajno povezani z odločitvijo samega zdravnika, ki je bolnika pregledal (Voljč 1981)

Vir:

Voljč B (1981) Analiza specialističnih pregledov zavarovancev občine Ribnica. Magistrska naloga.

Koliko časa običajno čakate v čakalnici pri specialistu?

Odgovorilo je 563 anketirancev od 1047 možnih. V povprečju čakajo v čakalnici specialista eno uro (56,62 minut). Najkrajše čakanje so 3 minute, najdaljše pa 12 ur ali 720 minut.

Komentar:

Povprečje je sprejemljivo, najdaljši čas pa ne. Značilno za naše specialistične ambulante je, da je časovna investicija čakajočega bolnika bistveno daljša od čakanja pri svojem zdravniku. Specialistične ambulante večino bolnikov naročajo na dan, ne na uro, kar pomeni tudi več čakanja v čakalnici. Tudi točen ali netočen začetek dela pomembno vpliva na čas čakanja bolnikov. Če zdravnik prične z delom z zamudo, ima poleg gneče v čakalnici še slabo razpoloženje, ki se prenaša tudi k sestri in v ordinacijo.

Ali ste bili v zadnjem letu na bolnišničnem zdravljenju?

Odgovorilo je 1032 anketirancev od 1047 možnih. Hospitaliziranih je bilo 144 ali 14% vseh, ki so odgovorili.

Komentar:

Dostopnost bolnišničnega zdravljenja običajno ni vprašljiva, večina bolnikov je hospitalizirana v primeru potrebe, z ali brez predhodnega filtriranja primarne ali sekundarne ravni. Po pridobljenih podatkih je bila stopnja hospitalizacije 13.7 na 1000 prebivalcev, kar je v primerjavi z uradnimi podatki nizko. V Sloveniji je bilo v letu 2010 na 1000 prebivalcev 16.3% odpustov iz bolnišnic, po podatkih OECD pa v letu 2009 19.9 odpustov iz bolnišnic na 1000 prebivalcev. Tudi oba uradna podatka se med seboj precej razlikujeta. Nizkega odstotka iz raziskave ni mogoče pojasnjevati z nizko dostopnostjo bolnišničnega zdravljenja.

Viri:

Statistični urad RS Letopis 2011

Health at a Glance 2011: OECD indicators. Hospital discharges, p. 86-7.

Kolikokrat?

Odgovorilo je 143 anketirancev od 1047 možnih. V povprečju je bil vsak hospitaliziran 1,29 krat. Najmanj 1 krat, največkrat 7 krat.

Komentar:

So hospitalizacije pogoste? Odgovori tega ne potrjujejo, če upoštevamo število anketiranih.

Približno koliko dni skupaj?

Odgovorilo je 141 anketirancev od 1047 možnih. V povprečju je hospitalizacija trajala 14.85 dni. Najmanj 1 dan, največ 330 dni.

Komentar:

Povprečje je visoko, tudi če upoštevamo starost anketirancev. Po podatkih OECD je v povprečju trajala hospitalizacija v Sloveniji v letu 2009 4 dni, kar je enako kot v Luksemburgu in Grčiji. Vendar ta podatek Slovenijo še vedno uvršča med države z dolgimi hospitalizacijami, ker je povprečje članic OECD 3.1 dan. Vendar imajo nekatere najbolj razvite države tudi daljšo povprečno hospitalizacijo od Slovenije, Švica npr. 5.1 dan. Najkrajše trajanje je zato sprejemljivo, kar pa ni mogoče reči za najdaljšega, za katerega bi bilo treba najprej preveriti njegovo točnost.

Vir:

Health at a Glance 2011: OECD indicators. Average length of stay in hospitals, P. 88-9

81

Zaradi česa?

Odgovorilo je 144 anketirancev. Zaradi težav s srcem in ožiljem jih je bilo v bolnišnici 29, zaradi poškodb 21 (od tega 7 zaradi padcev), zaradi težav z gibali 21, prebavili 20, dihali 7, raka 7, sečili 6, ginekoloških težav 5, živcev 4, duševnih bolezni 3, presnove 3, nalezljivih bolezni 2, oči 2 in prostate 2. Iz drugih razlogov je bilo 12 hospitalizacij.

Drugo: infekcija 1, bezgavke 1, nezavest 1, slabokrvnost 1, oslabelost 2, operacija 2, rehabilitacija 1, pregled 1, preiskave 1, nejasno 1.

Komentar:

Struktura vzrokov hospitalizacij je z manjšimi razlikami ponovitev običajnih statističnih prikazov.

Ste sedaj na kakšni čakalni listi za zdravstveni pregled ali za bolnišnico?

Odgovorilo je 1031 anketirancev. Na čakalnih listah jih je 231 oziroma 22% . 16 anketirancev ni odgovorilo, kar na zgoraj izračunani odstotek vpliva le z nekaj desetinkami.

Komentar:

Čeprav za čakalne dobe ni splošno sprejete opredelitve, jih običajno pojmujejo kot čas, izražen v dnevih ali tednih, ko bolnik, ki potrebuje pomoč, čaka bodisi na pregled pri zdravniku ali sestri, bodisi na zdravstveni poseg. Vzroki za čakalne dobe so različni; ali je premalo aparatur, postelj, kadra, ali je organizacija dela premalo učinkovita (OECD 2011). V Sloveniji se kot vzrok pogosto navaja nezadostno plačevanje storitev s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje, bolnike, ki ne morejo ali nočejo čakati, pa izvajalci preusmerjajo v samoplačniške ordinacije, kar pomeni, da revnejši državljani na potrebno zdravstveno storitev čakajo dlje in se v tem primeru razpoložljivost prepleta z etično dostopnostjo. V vsakem primeru pa čakalne dobe predstavljajo oddaljevanje zdravstva od zdravstvenih potreb državljanov, kar vodi v slabše odnose sistema z javnostjo in zdravstveno politiko, ki skuša čakanje bolnikov več ali manj neuspešno skrajšati ali odpraviti z različnimi ukrepi.

82

Najmanj bolniki na srečanje z zdravnikom čakajo v primarnem zdravstvu, kjer čakalnih list nimajo. Gornja številka se zato lahko nanaša le na čakanje na specialistični pregled, še bolj pa na operativne posege, kjer je v primerih odložljivih operacij čakanje najdaljše in lahko traja celo več let. V primeru, da se bolniku zdravstveno stanje med čakanjem poslabša, je običajno obravnavan prej, če pa temu ni tako, se postavlja vprašanje odgovornosti sistema in odškodnin.

Vir:

Health at a Glance 2011: OECD Indicators: 144-5

Če ste na čakalni listi, koliko dni že čakate?

Med 231 anketiranci, ki so na čakalnih listah, jih je odgovorilo 219. V povprečju čakajo že 145.33 dni ali 20 tednov; najkrajši čas je en dan, najdaljši pa 999 dni.

Komentar:

Odgovori ne omogočajo analize, ali anketiranci čakajo na specialistični pregled ali na operativni poseg. V vsakem primeru pa sodi Slovenija z 20 tedni povprečnega čakanja med države z nizkimi čakalnimi dobami. Na področju čakanja na specialistični pregled je v letu 2010 primerljiva z Združenimi državami (20), Švico (18) in Nemčijo (17) v nasprotju s Kanado (59), Švedsko (55), Norveško (50) ali Avstralijo (46), ki se jih najpogosteje navaja kot države z vzorno urejenim zdravstvom. V čakanju na operativne posege se Slovenija lahko primerja s Kanado (25), Švedsko (22), Norveško (21), Združenim kraljestvom (21) in Avstralijo (18). V letu 2010 so bolniki na operacijo najmanj čakali v Novi Zelandiji (8), Švici (7), Združenih državah (7), Nizozemski (7) in Nemčiji, kjer ni bilo čakanja. Zanimivo je, da je v navedenih državah čakanje na operativni poseg v povprečju krajše kakor na specialistični pregled.

Pri navajanju razlik je potrebno upoštevati tudi, kako javnost sprejema čakalne dobe. V eni državi je lahko 40 tedensko čakanje sprejeto kot običajno, v drugi pa 20 tedensko predstavlja velik javno-zdravstveni in politični problem. Slovenska javnost je na tem področju občutljiva in zgornjih primerjav ni mogoče sprejeti kot absolutnih.

Vir:

Health at a Glance 2011: OECD indicators; Waiting times: 144-5

So vam že kdaj predstavili določeni rok za zdravstveni pregled ali bolnišnico?

Odgovorilo je 1006 anketirancev. Med tistimi, ki so ali so kdaj bili na čakalnih listah, jih je pritrdilno odgovorilo 187 ali 18.6%. Brez takih izkušenj je bilo 819 ali 81.4% anketirancev, ki so odgovorili.

Komentar:

Čeprav tega ne moremo trditi pa lahko domnevamo, da je večina predstavitev čakanja pomenila predvsem njihovo podaljševanje. Datum pregleda ali posega je bil predstavljen skoraj vsakemu petemu anketirancu, kar ni nizek odstotek, še

posebej, če pomislimo, s kakšnimi občutki bolnik, ki se je že moral sprijazniti s čakanjem, sprejema tako sporočilo.

Finančna ali ekonomska dostopnost

Katera zdravstvena zavarovanja imate

Obvezno 777

dopolnilno 788

nadstandardno 120

nimam zavarovanja 1

drugo 28 (zavarovanja pri Triglavu, iz tujine, veteransko in druga)

Dopolnilnih ne more biti več kot obveznih

kako se seštevajo

eden jih ima lahko več

kje je pri obveznem razlika do 1047? nemogoče je, da bi jih bilo 270 brez obveznega.

Komentar:

Finančna dostopnost do zdravstvenih storitev je v državah z nacionalnim sistemom zdravstvenega varstva in zavarovanja pogojena z obliko zavarovanja za različna tveganja in za različen obseg zdravstvenih storitev. V Sloveniji imamo od leta 1992 obvezno zdravstveno zavarovanje, ki vključuje 99% vseh prebivalcev in prostovoljno dodatno zavarovanje v katerega je vključenih 85% vseh prebivalcev (niso vključeni otroci in študentje do 26 let starosti (Albreht 2009).

V državah, v katerih so vsi državljani obvezno zdravstveno zavarovani, ni velikih razlik v nujenju zdravstvenih storitev med premožnimi in manj premožnimi prebivalci, kar se pozna tudi v socialnem gradientu v zdravju, ki je v primerjavi z državami s pretežno privatnim zdravstvom bistveno ožji (Marmot WHO). Finančna dostopnost do zdravstvenih storitev je široka in plačilo zdravljenj zavarovancem ne povzroča skrbi. Ker je večina prebivalstva s prostovoljnim zavarovanjem

zavarovana še za doplačila, je finančna dostopnost do zdravstvenih storitev zagotovljena vsakemu državljanu.

Komentar odgovorov

Doplačila za zdravstvene storitve ali zdravila zmorem kriti

Odgovorilo je 1017 anketirancev, brez odgovora 30

Zmorem 654 ali 64.3%

Ne zmorem 287 ali 28.2%

Ne vem 76 ali 7.5%

Komentar: (v delu)

Dodatno analizirati kdo lahko, kdo ne, kdo ne ve

kar ena tretjina ne more, kar je veliko, ti tudi ne morejo k čistim zasebnikom, ki so le za določen sloj ne višje izobraženih, ampak z denarjem

isto velja za samoplačniške

finančna dostopnost je posredno tudi etična, vsaka participacija ima posledice v dostopnosti

85

Etična dostopnost

Ali je zdravnik pripravljen obravnavati več vaših zdravstvenih težav ob enem obisku?

Odgovorilo je 993 anketirancev od 1047 možnih. V 897 primerih ali 90,3% zdravnik obravnava več težav, v 96 ali 9,7% pa ne.

Komentar:

Do nedavnega takega vprašanja še ni bilo, saj so zdravniki obravnavali vsako pritožbo. Tak običaj še vedno močno prevladuje, kaže pa se že drugačen način dela, ki je razširjen v drugih državah, to je, za vsako zdravstveno pritožbo se je potrebno posebej naročiti. To ne zniža le dostopnosti, ampak je strokovno tvegano in etično

oporečno. Bolnik se želi pogovoriti o težavi, ki je lahko usodna, zdravnik pa se o njej noče pogovarjati.

Kersnik v raziskavi iz leta 2001 navaja, da bolniki obiščejo zdravnika v povprečju s tremi potrebami. Več ko je potreb, ki jih zdravnik ob posameznem bolniku obravnava, težje je vzdrževati tekoče pregledovanje naročenih bolnikov in manj časa je na razpolago za obravnavo vsake od potreb. Zagotovo so med njimi tudi take, katerih obravnavo zdravnik lahko odloži na prihodnje srečanje, vsaka pa ni taka. V teh primerih je stalnost odnosa med zdravnikom in bolnikom, dobro poznavanje bolnika in njegovih težav varovalo za oba.

Vir:

Kersnik J, Vipotnik-Zupanc V. Čas čakanja na pregled pri zdravniku splošne medicine in zadovoljstvo bolnikov. Zdrav Vestn 2001;70:275-8

Sprejemljivost

Ali govorijo zdravniki in sestre razumljivo slovenščino?

86

Od 1047 anketirancev jih je odgovorilo 1022. Da zdravniki in sestre govorijo razumljivo slovenščino, je potrdilo 977 ali 95.6% anketirancev, 45 oziroma 4.4% pa jih je odgovorilo nikalno.

Komentar:

Pomembna lastnost dobrega zdravnika je, da se zna vsakemu bolniku približati na njegovem nivoju, da je kulturno prilagodljiv. Tega brez dobrega znanja bolnikovega jezika ne more storiti. Z ozirom na visok odstotek pritrdilnih odgovorov lahko sklepamo, da po jezikovni plati v slovenskem zdravstvu ni večjih problemov. Vendar pa ni čisto tako. Zdravnik v pogovoru z bolnikom lahko kljub istemu jeziku ostane na ravni medicinskega izražanja, ki ga bolnik ne razume. Tu gre za razumljivost znotraj enega jezika, še zlasti v enosmerni strokovni in hierarhični komunikaciji (Ferbežar 2009). Težava je še v tem, da bolniki pogosto prikimavajo zdravniku in s tem dajejo vtis, da so navodila razumeli, čeprav temu ni vedno tako. Možnosti za odpravljanje slabega razumevanja navodil so s tem močno omejene. V Zakonu o pacientovih pravicah se je zakonodajalec očitno zavedal pogoste zadrege v razumevanju zdravnikovih navodil in je zapisal, da mora

zdravnik v neposrednem stiku s pacientom na pacientu razumljiv način pojasniti svoje ukrepe in zdravstvene nasvete (UL 15/2008). Pojem razumljivega načina sicer ni podrobneje pojasnjen, vendar pa določilo odraža načelo, da naj bi bile v demokratičnih družbah pravice do razumevanja na strani šibkejšega, zagotavljanje razumljivosti pa dolžnost močnejšega (Ferbežar 2009).

Težje je, če bolnik in zdravnik govorita vsak v drugem jeziku. V Sloveniji ni malo zdravnikov, ki so prišli in še vedno prihajajo iz nekdanje skupne države. Pred pridobitvijo licence za delo morajo dokazati znanje medicine in v to ni vključeno dokazovanje znanja slovenščine. Vendar pa morajo tako dokazilo predložiti delodajalcu pred nastopom dela, kar pomeni, da o znanju slovenščine odloča delodajalec, ki z ozirom na pomanjkanje zdravnikov pri tem pogosto pogleda čez prste (Dnevnik 2011). Zdravniška zbornica stoji na stališču, da je za zdravniško delo v Sloveniji potrebno znanje slovenskega jezika, kar se v primeru tujih državljanov dokazuje s potrdilom izobraževalnega zavoda (Zbornica), ker pa tega stališča ne podpira noben pravni akt, tudi zbornica vseeno izda licenco čeprav pogoj ni izpolnjen (Dnevnik 2011).

Zdravnik, ki se je sposoben vživeti v občutke bolnika in njegovo sprejemanje bolezni, bo kljub morebitnim jezikovnim oviram vedno uspel ustvariti potrebno vzdušje in si pridobiti bolnikovo zaupanje.

Viri:

Ferbežar I, Stabej M. Razumljivost v slovenski pravni normi.

http://www.centerslo.net/files/file/simpozij/simp28/Ferbezar_Stabej.pdf (24.10.2012)

O znanju slovenščine tujih zdravnikov odločajo delodajalci

<http://www.dnevnik.si/slovenija/v-ospredju/1042437044> (24.10.2012)

Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list RS 15/2008

Zdravniška zbornica. Tuji državljanjani. <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/243/>

Informacijska dostopnost

Ali veste, da imamo v Sloveniji zakon o bolnikovih pravicah?

Od 1047 anketirancev jih je odgovorilo 1030. Pritrdilno jih je odgovorilo 813 ali 78.9%, da imamo tak zakon pa jih ni vedelo 217 ali 21.1%.

Komentar:

Razmeroma dobra obveščenost anketirancev je mogoče bolje oceniti šele z odgovori na naslednje vprašanje.

Katerega od spodnjih načinov za pritožbo poznate?

Od 1047 anketirancev jih je po vrstah poznavanja pritožbenih možnosti odgovorilo 963, ki so našli eno ali več možnosti pritožbe. Te so po rangu naštevanja med 963 anketiranci razdeljene takole:

- v knjigo ambulante 591 ali 61.4 %
- ustno zdravniku ali sestri 555 ali 57.6 %
- varuhu človekovih pravic 419 ali 43.5 %
- neposredno predpostavljenim ali vodstvu ustanove 415 ali 43.1 %
- ministrstvu za zdravje 294 ali 30.5 %
- zdravniški zbornici 285 ali 29.6 %
- zdravstveni zavarovalnici 279 ali 29.0%
- drugo 136 ali 14.1 %

88

Struktura odgovorov pod »drugo« je naslednja:

- ne poznam nobenega načina, 88
- ne razmišljam o tem, 18
- zagovornik bolnikov, 9
- s pritožbami ne uspeš, 8
- se bojim, 2
- če bi bilo treba, bi povedal, 2
- obstoja pritožbeni postopek, 2
- delal v zdravstvu, 2
- šel bi v javnost, 1
- so predalčki v ustanovi, 1
- nejasno, 3

Komentar:

Slovenski bolniki v starosti 50+ so razmeroma dobro seznanjeni z dejstvom, da imamo v Sloveniji zakon o pacientovih pravicah. Drugo vprašanje je v kolikšni

meri svoje pravice poznajo in ali vedo, na kakšen način jih zakon ščiti. Vendar pa bi se v primeru potrebe po vsej verjetnosti z njimi seznanili.

Glede na nabor pritožbenih možnosti, ki so jih navedli, pa lahko tako po številu odgovorov, kakor po naštetih možnostih ugotovimo, da z naslovnikom ali mestom pritožbe ne bi imeli težav. Pod »drugo« so na primer navedli zagovornika bolnikov, ki ga, zanimivo, v osnovnem naboru pritožbenih možnosti ni. Pod »drugo« je zanimiv tudi odgovor »delal sem v zdravstvu«, kar pomeni, da se zato ne bi pritoževal. Tudi v starosti se upokojeni zdravstveni delavci solidarizirajo s svojim nekdanjim delovnim področjem.

O pritožbah slovenskih državljanov nad zdravstvom je Zdravniško društvo Slovenije v letu 2003 organiziralo posvet z naslovom »Zakaj se bolniki pritožujejo nad zdravniškim delom?«, na katerem je bila vrsta in struktura pritožb bolnikov na enem mestu pri nas doslej najbolj obdelana.

Za osveščeno demokratično javnost je značilno, da se nezadovoljni bolniki tudi pritožujejo. Z ozirom na dejstvo, da je temu tako tudi v Sloveniji, lahko sklepamo, da je slovenska javnost tudi na področju zdravstvenih pravic in njihovih morebitnih kršitev vse bolj osveščena in da bolniki svojo vlogo v sistemu sprejemajo na vse bolj aktiven način. V osveščenem zdravstvu je pritožba ena od prvin kakovosti storitev, ki lahko prispeva k večji varnosti storitev in boljšemu delovanju sistema. Vendar pa zdravniki menijo, da bolniki kot laična javnost lahko ocenjujejo le kakovost komunikacije, ne pa strokovnosti storitev. Vendar pa se pritožbe bolnikov pogosto nanašajo na kakovost storitev in strokovne napake (vse Poredoš 2003). V večini primerov je v ozadju pritožb motena komunikacija med zdravnikom in bolnikom, zapleti pri zdravljenju, opuščanje pojasnilne dolžnosti, nedorečena doktrina, malomarnost, površnost, neznanje, pomanjkanje izkušenj, neozdravljiva bolezen ali politravma (Pegan 2003). Na primarni ravni se bolniki pritožujejo tudi nad težavnostjo pri vzpostavljanju telefonskih stikov in neprijaznostjo sester (Kersnik 2003). Pri Zvezi potrošnikov Slovenije se nezadovoljni bolniki najpogosteje zanimajo za pravice in pritožbene poti (Kutin 2003), varuhinja bolnikovih pravic pa navaja, da se pritožbe bolnikov najpogosteje nanašajo na odnos, pravico do izbire zdravnika, opuščanje pojasnilne dolžnosti, pridobivanje zdravstvene dokumentacije, zobozdravstvene storitve, na zdravljenje, čakanje, napake, zavlačevanje in odklanjanje hišnih obiskov (Žezlina 2002), v letu 2010 pa se pritožbe bolnikov največkrat nanašajo na primernost oskrbe, varstvo zasebnih in

osebnih podatkov, spoštovanje časa, obveščenost, sodelovanje in prosto izbiro zdravnika (RTV SI 2010), kar nakazuje tudi na spremenjen odnos slovenskih bolnikov do zdravstva v zadnjem desetletju.

Če pogledamo na drug konec sveta, zakaj se bolniki pritožujejo v Singapurju, lahko ugotovimo, da so pritožbe bolnikov vsebinsko tako rekoč stalnica, le zdravstvo je povsod po svetu nanje slabše odzivno. Pritožbe so se tudi tam nanašale na odnos in obnašanje do bolnikov, strokovnost, pričakovanja bolnikov, čakanje in potek obravnave (Lim 1998).

Zanimivo je vprašanje obrniti in se vprašati, nad čim se v zvezi z bolniki pritožujejo zdravniki? Ti menijo, da so bolniki tudi težavni, nadležni, neprivačni, razdiralni, pravdarski, imajo nerealna pričakovanja, frustrirajo zdravnike, zahtevajo česar ni mogoče dati, prepogosto prihajajo v ordinacijo, zahtevajo zdravila ki jih ne rabijo ali pa so, zanimivo, o svojih pravicah predobro obveščeni (Torrey 2011).

V zdravstvu se svet bolnikov srečuje s svetom zdravstva. Oba živita vsak v svojih predstavah in pravilih, a drug drugega življenjsko potrebujeta. Pri takih razlikah so trki neizogibni, vendar se jim je z medsebojnim razumevanjem in potrpljenjem v veliki meri lahko izogniti.

90

Viri:

Poredoš P (2003) Razlogi za nezadovoljstvo bolnikov z zdravstvenimi storitvami. Posvet Slovenskega zdravniškega društva: Ljubljana

http://www.sz.d.si/user_files/vsebina/Zdravniski_Vestnik/vestnik/st3-5/st3-5-312-325.htm

(27. 10. 2012)

Pegan V (2003) Vzroki pritožb nad delom zdravnikov. Posvet SZD: Ljubljana

Kersnik J (2003) Vzroki za bolnikove pritožbe. Posvet SZD: Ljubljana

Kutin B (2003) Struktura pritožb v svetovalni pisarni Zveze potrošnikov Slovenije v zvezi z zdravstvenimi pravicami bolnikov. Posvet SZD: Ljubljana

Poročilo o delu varuhinje bolnikovih pravic 2002

<http://www.rtv.slovenija.si/zdravje/v-mariboru-pacientom-najveckrat-krsena-pravica-do-primerne-oskrbe/262131>

Lim HC, Tan CB, Goh LG, Ling SL. Why do patients complain? A primary health care study. Singapore Med J. 1998;39(9):390-5

Torrey T. Doctors Complaints About Patients' Behaviour.

<http://patients.about.com/od/doctorsandproviders/a/doctorcomplaints.htm>

Fizična ali geografska dostopnost

V primeru da ne morete sami k zdravniku vam pomagajo...

Pri obravnavi fizične dostopnosti nas ni zanimala oddaljenost v kilometrih, ampak kako pridejo do zdravnika tisti bolniki, ki sami tega ne zmorejo in je zanje tudi majhna razdalja do ambulante nerešljiv problem. Kdo takim bolnikom pomaga do zdravnika?

Od 1047 anketirancev jih je na vprašanje odgovorilo 1033. Največkrat so to svojci, tako je odgovorilo 713 ali 69% anketirancev. Ni potrebe za pomoč je odgovorilo 272 ali 26.3% anketirancev, da so to prijatelji ali znanci je odgovorilo 58 ali 5.6% anketirancev, prav toliko, 58 ali 5.6% jih je odgovorilo, da so to reševalci, 32 ali 3.1% jih je odgovorilo, da so to drugi, 5 ali 0.5% pa jih je reklo, da ne gredo k zdravniku.

Struktura odgovorov pod »drugo«:

Zdravnik pride na dom, 6

Taksi, 6

Sosedje, 6

Sestre, reševalci, 4

Partner, 2

Osebj v domu, 2

Sin, 1

Sam, 1

Skrbnik, 1

Pokličem po telefonu, 1

Avtobus, 1

Nimam izkušenj, 1

Komentar:

Slovenska zdravstvena zakonodaja med pravicami zavarovancev navaja tudi pravico do spremstva otrokom do 15. leta starosti in težje ali težko duševno in telesno prizadetim starejšim, otrokom in mladostnikom. Pravico do spremstva ima vsaka zavarovana oseba, ki zaradi svojega zdravstvenega stanja ni sposobna sama potovati. O tem odloča osebni ali pooblaščen ali imenovani zdravnik. Oseba, ki

bolnika spremlja, ima pravico do povrnitve potnih stroškov, če tako odloči osebni zdravnik ali zdravniška komisija pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Beigot) .

Z ozirom na veliko število odgovorov je jasno, da so odgovarjali tudi anketiranci, ki s potjo do zdravnika nimajo težav. Odgovori so zato tudi odraz njihovih predstav o tem, kdo bi jim v primeru take potrebe pomagal in tu so seveda vedno najbližji svojci. Če odmislimo svojce, ki težje gibljivim bolnikom najpogosteje pomagajo do zdravnika, pa tiste, ki so odgovorili, da ni potrebe za pomoč in reševalce, ki bolnike spremljajo po službeni dolžnosti, ima bolnik, ki je osamljen, težko gibljiv in neobveščen o možnosti za spremstvo, v resnici za pomoč bolj malo možnosti. Dobra četrtina anketirancev je odgovorila, da ni potrebe za pomoč, kar je mogoče razumeti na več načinov; ali se vseeno potrudijo in kakorkoli že gredo, ali iz različnih razlogov težko prosijo za pomoč, ali pa ne gredo in bi jih potem morali prišteti k tistim, ki so tako odgovorili. Nihče od anketirancev pa v zvezi s pomočjo ni omenil niti pravice do spremstva, niti prostovoljcev. Prostovoljstvo je v Sloveniji dobro razvito in prostovoljci opravljajo številne aktivnosti. Ni pa bilo možno najti podatka o tovrstnih prostovoljskih storitvah. Ker je spremstvo krhkega bolnika k zdravniku značilna humanitarna storitev, lahko pričakujemo, da se bo v okviru prostovoljskih aktivnosti prej ali slej uvedla tudi ta storitev, o kateri pa bi bilo treba seznaniti javnost, predvsem pa prostovoljce, ki se jim stroški spremstva ob predloženem potrdilu zdravnika povrnejo.

Z ozirom na strukturo odgovorov bi bilo mogoče sklepati, da se pravica do spremstva med slovenskimi starejšimi bolniki bolj malo uveljavlja. Po vsej verjetnosti pa se bo z naraščanjem števila najbolj starih bolnikov potreba po spremstvu večala.

Vir:

Beigot F. Pravice in postopki – pogosta vprašanja

<http://www.zdravniski-nasveti.net/?nstran=teme/&tema=pravice#pod5>

K zdravniku grem z velikim trudom, tudi če mi nihče ne pomaga

Od 1047 anketirancev jih je odgovorilo 940. Da gredo, jih je reklo 603 ali 64.1%, da ne gredo 257 ali 27.3%, da ne vedo pa 80 ali 8.5%

Komentar:

Z ozirom na naravo bolezni ali poškodbe, je pot do zdravnika lahko težavna za bolnike v katerikoli starosti. Ne vemo, v kolikšni meri so odgovori na vprašanje odraz osebne izkušnje ali stališča kako bi v primeru potrebe ravnali. Domnevamo pa lahko, da so med tistimi, ki bi se v vsakem primeru potrudili k zdravniku mlajši anketiranci, med tistimi, ki tega ne bi storili, pa starejši in huje bolni. Podrobnejše pojasnilo dobimo z odgovori na naslednja dva vprašanja.

Če je bil zadnji odgovor NE, zakaj ne greste k zdravniku tudi če vam nihče ne pomaga?

Od 257 bolnikov, ki so na prejšnje vprašanje odgovorili nikalno, jih je na to vprašanje odgovorilo 163. Da ne gredo, ker ne zmorejo več, jih je odgovorilo 96, da ne gredo iz drugega razloga pa 67.

Komentar:

Odgovori potrjujejo, da je med anketiranci, ki ne bi šli k zdravniku brez pomoči, največ starih in huje bolnih. Za popolnejšo sliko je potrebno videti še strukturo odgovorov o drugih razlogih.

Pojasnite, kateri drugi razlogi vas ovirajo?

Od 67 negativnih odgovorov smo dobili 48 pojasnil.

Ni potrebe, da bi šel , 20

Ne vem, 3

Da ne obremenjujem drugih, 2

Če bi bilo treba bi že šel, 2

Nimam izkušenj, 2

Nimam časa, 1

Zdravnik pride na dom, 1

Grem le, če je nujno, 1

Saj ne pomagajo, 1

Predaleč je, 1

Zakaj bi se trudila, 1

Nikamor ne morem brez pomoči, 5

Pelje me mož, žena, 4
Vedno kdo pomaga, 3
Grem s skrbnikom, 1

Komentar:

35 odgovorov kaže na to, da so tako odgovorili anketiranci, ki nimajo hudih zdravstvenih težav in se obisku zdravnika lahko odpovedo. 13 odgovorov pa kaže na resnično potrebo po spremstvu, ki pa sodeč po vsebini odgovorov zakonske možnosti po spremljevalcu ne pozna in ne uveljavlja.

Do zdravnika lahko pridem le po stopnicah

Od 1047 anketirancev jih je odgovorilo 1023. Da, moram po stopnicah, jih je reklo 480 ali 46.9%, mi ni treba, 523 ali 51.5%, ne vem 20 ali 2%.

Komentar:

Dostopnost do zdravstvenih storitev je tudi krajevna in lokacijska. Načeloma naj bi bile zdravstvene storitve ljudem na voljo sredi prebivališč, tako kakor banke, uradi ali trgovine. Lokacije bolnišnic na robu ali izven mest, morda še na vrhu vzpetine, so bolnikom neprijazne in skoraj nedostopne tistim bolnikom, ki so osamljeni, obnemogli in brez možnosti spremstva in ki so bili tudi med udeleženci te raziskave. Pri načrtovanju lokacij za zdravstvene ustanove je v srednje velikih mestih t.i. zdravstvena cona še najboljša rešitev, če je locirana tako, da je razdalja do nje v vseh smereh približno enaka ali pa je zagotovljen reden 24 urni javni prevoz. Veliko akutnih zdravstvenih težav na stopi ponoči in če pomoči ni mogoče priklicati, se večina starejših pešpoti do tja raje odpove – z vsemi možnimi posledicami – ker jih je strah ponočne hoje in napadov po ulicah (Hamer 2004). Vprašanje o stopnicah se zdi morda odveč, vendar v stavbah, kjer ni dvigal, postane zelo pomembno za težko gibljive, srčne in izčrpane bolnike. Pomembno je, da se pri načrtovanju stavb za zdravstvo ali predelavi hiš v zdravstvene namene upošteva, da naj bi bile storitve za stare in izčrpane bolnike organizirane v pritličju. Dostopnosti do storitve v pritličju ne more nadomestiti nobeno dvigalo.

Vir:

Hammer L (2004). Improving patient access to health services: a national review and case studies of current approaches. Health Development Agency: London

Kolikokrat vas je zdravnik obiskal na vašem domu?

Odgovorilo je 1027 anketirancev, 20 jih ni odgovorilo. V povprečju je zdravnik obiskal bolnika na domu 0.16 krat na osebo kar predstavlja 164 hišnih obiskov.

Bolj jasno, več!

Komentar:

Vprašanje je povezano z obratno dostopnostjo, ne bolnika do storitve, ampak storitev do bolnika; ali k bolniku na dom pride zdravnik, patronažna sestra ali kakšen drug strokovnjak zdravstvene nege. Hišni obisk se najpogosteje razume kot obisk zdravnika na domu bolnika in je bil v preteklosti v primarnem zdravstvu ena od najbolj pomembnih storitev. Čeprav zaradi današnjega načina življenja obiski zdravnikov na domu bolnikov niso več tako pogosti, pa hišni obisk ni prav nič izgubil na svoji vsebini in sporočilnosti. Zato tudi ni izumrl. Zdravstvo, ki se odpove hišnim obiskom, izgubi posluš za resnične zdravstvene potrebe prebivalstva in ga ljudje ne sprejemajo (Urlep 1992). Poleg pomirjujoče navzočnosti zdravnika na domu bolnika, veliko bolj osebnega odnosa, pregleda, dajanja nasvetov in predpisovanja zdravil je vsebina hišnega obiska nabita s socialno in družinsko informativnostjo, ki zdravstvene pritožbe bolnika ali članov družine tudi kasneje, v ambulanti, postavlja v okolje, kjer so nastale; zdravnik jih razume in sprejema drugače, tudi pogovarja se drugače o njih. Zdravnik obiskuje na domu tudi neozdravljivo bolne in umirajoče in dinamika družine, s katero ob takih prilikah živi, veliko prispeva k njegovemu etičnemu zorenju. Po svoji strokovni in socialni vsebini ostaja hišni obisk še vedno ena najbolj popolnih, če ne najpopolnejša zdravstvena storitev sploh.

V letu 1969 je vsak zdravnik na primarni ravni v povprečju opravil 11.000 kurativnih, prvih in ponovnih pregledov, na domu pa je obiskal 1000 bolnikov, kar predstavlja 9% kurativnih pregledov (Cvahte 1972). Po podatkih Zdravstveno statističnega letopisa je bilo v letu 2008 v Sloveniji opravljenih 67.602 prvih in ponovnih hišnih obiskov, kar predstavlja 0.85% vseh prvih in ponovnih kurativnih obiskov. V strnjenih naseljih je bilo hišnih obiskov 44.028, v težje dostopnih krajih pa 23.574. Bolnikom v starosti nad 50 let je bilo v strnjenih naseljih namenjenih 87.25%, v težje dostopnih krajih pa 80.93% vseh hišnih obiskov. Med temi jih v obeh okoljih velika večina odpade na starost nad 65 let; v strnjenih naseljih 85.51% , v težje dostopnih krajih pa 84.57%. Podatek kaže, da je v strnjenih naseljih obiskov več, kar je lahko povezano tudi z manjšim številom prebivalstva v

težje dostopnih krajih, lahko tudi, da je v relativnem prikazu na enega bolnika v težje dostopnih krajih obiskov celo več.

V naši raziskavi je na vprašanje o številu obiskov pri zdravniku v preteklem letu odgovorilo 1036 anketirancev, ki so v povprečju obiskali zdravnika 4.54 krat na leto, kar skupaj znesse 4703 prvih in ponovnih kurativnih obiskov. Iz podatka, da je v povprečju zdravnik anketiranca na njegovem domu obiskal 0.16 krat na leto izračunamo, da je bilo vseh hišnih obiskov 164, kar je v primerjavi z obiski v ambulanti 3.48% vseh obiskov. Podatek je v primerjavi z uradno statistiko nekajkrat večji.

Vir:

Urlep F. Hišni obisk. V: Voljč B Košir T Švab I Urlep F. Splošna medicina Načela in tehnike. Sekcija SM Zveze zdravniških društev SZD Ljubljana 1992 str 133-8.

Cvahte et al. Zdravstveno stanje prebivalstva SR Slovenije. Zavod za zdravstveno varstvo, Ljubljana 1972, str.48

Zaključek

Enakopravne dostopnosti do zdravstvenih storitev z ozirom na vse njene oblike in spremljajoče okoliščine, ni. Sistem pa mora imeti z zakonom zagotovljeno načelo enakopravne dostopnosti, da razlike v njej ostajajo v sprejemljivih okvirih.

Zdravstvene storitve so namenjene ohranjanju in izboljšanju zdravja ter preprečevanju bolezni ali njihovih poslabšanj. S tem zdravstvo vzdržuje zdravstveno varnost in z njo kakovost življenja na posamični in družbeni ravni. Raziskava je pokazala, da je v Sloveniji za vse vrste dostopnosti razmeroma dobro poskrbljeno, da pa se njena enakopravnost počasi zmanjšuje, razlike pa večajo. Ker slovensko zdravstvo po njegovi tradiciji in vsebini lahko označimo za razvito in socialno, naj bi zdravstvena politika z zakoni in ukrepi to tudi spoštovala. S tega stališča in z ozirom na izsledke raziskave je zato treba izpostaviti, kaj v sedanjem sistemu enakopravnost dostopnosti zmanjšuje in jo lahko še bolj zmanjša. To so doplačila in samoplačniške storitve, neurejene in nepravične čakalne dobe, zmanjševanje pravic iz obveznega zavarovanja, zviševanje plačil za prostovoljno zavarovanje in zniževanje patronažnih in hišnih obiskov. Posebej velja opozoriti na obravnavo le ene zdravstvene težave ob obisku zdravnika, kar je za bolnika z več kroničnimi boleznimi nesprejemljiv način dela.

Slovenija ima še vedno zelo dober in razmeroma dostopen sistem zdravstva, ki naj bi ga obdržali tudi v prihodnje. Politika ne sme pozabiti, da predstavlja zdravstvena varnost eno bistvenih prvin socialnega miru in družbenega napredka.

TRETJI DEL

Zaupanje in zadovoljstvo z zdravstvom po oceni državljanov v starosti nad 50 let v Sloveniji *Confidence and satisfaction of health services of citizens aged 50+ in Slovenia*

Božidar Voljč

Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje

Uvod

V demokratičnih družbah sta zaupanje v javne sisteme in zadovoljstvo z njihovim delom pomembna za njihovo nemoteno delovanje. Med njimi ima zdravstvo poseben položaj, saj ga vsakdo presoja s stališča življenjsko pomembnih osebnih potreb. Javnost zato do zdravstva nikoli ni tako brezбриžna, kot je lahko brezбриžna npr. do političnih strank. Glede na njegovo naravo se v zaupanje do zdravstva in zadovoljstvo z njim vpletajo etične norme in vrednostna merila (Kurdija, Broder 2010). Zaupanje ni trajno razmerje, kakor tudi zadovoljstvo ni trajen občutek, zato je njuno stopnjo in vsebine potrebno večkrat preverjati. Ko ugotovimo, koliko je zaupanja in zadovoljstva na posameznih področjih zdravstva, posredno izvemo tudi o vrsti in stopnji nezaupanja in nezadovoljstva. Meritve zaupanja in zadovoljstva imajo velik sporočilni pomen; vsakemu sistemu posredujejo informacijo o potrebah po izboljšanju določenih storitev ali delovanja na nekaterih področjih.

Zaupanje in zadovoljstvo se na neposredni, osebni ravni, oblikuje s pozitivnimi ali negativnimi izkušnjami, ki jih posameznik zbere v svojih stikih z zdravstvom, zaupanje v zdravstveni sistem pa je bolj splošne narave in imajo nanj velik vpliv tudi mediji. V vsakem primeru pa sta tako zaupanje v zdravstvo kot zadovoljstvo z njim vrednoti, ki si ju želijo vsi, od posameznikov na eni, do ministrstva in vlade na drugi strani. Na vsebino obeh vrednot vpliva veliko prvin, ki se od okolja do okolja, od osebe do osebe, razlikujejo. Med te prvine sodijo dostopnost, organizacija,

kakovost komunikacije, spoštovanje, dostojanstvo, izpolnjena pričakovanja, čustveno stanje posameznika ali družbe in druge (Pusari). V času socialnih in ekonomskih kriz je zaupanje v sisteme manjše (AMA 2012). Višja ko so pričakovanja posameznikov in javnosti, manjše je lahko zadovoljstvo. Slovenski zdravstveni sistem se ponaša z močno socialno tradicijo. V času, ko se ta zmanjšuje, je zaupanje in zadovoljstvo težko vzdrževati, še posebej, če pomislimo na razmeroma visoko povprečno izobraženost slovenske družbe (OECD 2012). Kljub temu slovensko zdravstvo tudi v obstoječih razmerah uživa visoko in stabilno zaupanje javnosti, ki je z njegovimi storitvami zadovoljna. Raziskave kažejo tudi, da zadovoljni bolniki bolj sledijo navodilom in se bolje zdravijo, da ne menjajo zdravnikov, da izkazujejo starejši, manj izobraženi in v večjih mestih več zaupanja in zadovoljstva. Če imajo pacienti več možnosti izbire, se v zdravstvu bolj potrudijo za njihovo zaupanje in zadovoljstvo (Kovačič 2008).

V naši raziskavi smo zaupanje in zadovoljstvo ugotavljali z različnih zornih kotov. Zanimalo nas je, kako anketiranci doživljajo posamezne zdravstvene profile in njihove storitve, kako ocenjujejo njihov odnos do njih, kako ocenjujejo sodelovanje med posameznimi nivoji zdravstva, s kakšnimi občutki gredo po pomoč, kako doživljajo zdravstvene prostore, kaj jim je in kaj jim ni všeč v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvu, kaj bi po njihovem mnenju izboljšalo naše zdravstvo in kako je z njihovim odnosom do napak in pritožb v zdravstvu. Raziskav, ki spremljajo odgovore na gornja vprašanja, je pri nas več, vodijo jih tudi same zdravstvene ustanove z vpeljanim sistemom kakovosti. Vendar je razlika, če se zadovoljstvo in zaupanje ugotavlja med tistimi, ki so pravkar deležni zdravstvene storitve ali med tistimi, ki ga ocenjujejo v svojih okoljih in z umirjenimi izkušnjami. Druga pomembna okoliščina naše raziskave je, da so anketiranci le predstavniki starejše polovice slovenske populacije, ki zdravstvene storitve v povprečju potrebujejo bolj pogosto in stalno, saj je med njimi veliko kroničnih stanj.

Vprašanja so bila razen nekaterih odprta in niso sugerirala odgovorov. Zato je izsledke mogoče sprejeti kot avtohtono mnenje starejšega dela naših državljanov. V nadaljevanju so odgovori na vprašanja na kratko povzeti in primerjani s podatki iz literature. Vsako vprašanje je mogoče obdelati veliko bolj podrobno, v tem poročilu je poudarek predvsem na javno-zdravstvenih in zdravstveno-političnih izsledkih, manj pa na statističnih formulah in grafih. Poročilo povezuje veliko javno-

zdravstvenih področij, kakor jih vidijo starejši državljani, zato za vse, ki se na sistemski ravni ukvarjajo z zdravstvom, predstavlja pomembna javno-zdravstvena in zdravstveno-politična sporočila. Od zdravstva in zdravstvene politike je odvisno, v kolikšni meri si jih bosta vzela k srcu.

Viri:

1. Kovačič P. (2008) Zadovoljstvo pacientov z zdravstvenimi storitvami. Fakulteta za družbene vede. Ljubljana
2. Kurdija S, Broder Ž (2010). Zaupanje v zdravstvo. Center za raziskavo javnega mnenja, Ljubljana
3. 41% of Americans voice confidence in HC system.
www.ama-assn.org/amednews/2012/07/09/bisf0712.htm (7.12.2012)
4. OECD indicators; Education at a Glance 2012. www.oecd.org/educ/EAG2012_e-book_EN_200912.pdf (7.12.2012).
5. Pusari ND. Eight »Cs« of caring: A holistic framework for nursing terminally ill patients.
www.contemporarynurse.com/archives/vol/7/issue/3/article/10007/eight-cs-of-caring(7.12.2012)

Vprašanja, odgovori in komentarji

1.

Ali zaupate zdravnikom in njihovemu znanju?

99

Od 1047 anketirancev jih je na vprašanje odgovorilo 1034. Da jim povsem zaupajo, je odgovorilo 701 ali 67.8% od 1034 odgovorov. Da jim omejeno zaupa, je odgovorilo 274 ali 26.5%, zelo malo 54 ali 5.2% in da jim nič ne zaupa, je povedalo 5 anketirancev oziroma 0.5%.

Komentar:

Vprašanje se nanaša na zdravnike nasploh, vendar je v to oceno vključeno zaupanje anketirancev do njihovih osebnih zdravnikov. Bolnikovo zaupanje v zdravnika je posebna oblika odnosa med dvema posameznikoma, kjer eden potrebuje pomoč in jo pričakuje, drugi pa to pomoč daje po svojem najboljšem prepričanju in znanju. Zaupanje v zdravnika je posebne narave; je vera v njegovo znanje in človeške vrednote, zato bolnik zdravnikovih navodil ne nadzira, ampak jim sledi. Ko jih začne nadzirati, je to vedno povezano z zmanjšanjem ali izgubo njegovega zaupanja v zdravnika, s tem pa tudi njun odnos veliko izgubi. Vsak odnos ima svojo dinamiko in zaupanje je kot osnovo dobrega odnosa potrebno razvijati in ga utrjevati, prav tako ga je mogoče tudi izgubiti. Zaupanje je v odnosu med zdravnikom in bolnikom medosebna vrednota, na katero vplivajo še prijaznost,

iskrenost, lojalnost, predvidljivost, zanesljivost, natančnost, strokovnost, verodostojnost in dobronamernost (Trust 2012).

Bolnikovega zaupanja z ozirom na številne okoliščine, ki nanj vplivajo, ni mogoče vedno doseči. Zdravnik ga izgublja, če podcenjuje bolnikove težave ali se jim posmehuje, če bolnik dvomi v njegovo diskretnost, če ne razume zdravnikovih navodil, če zdravnik ne izpolni njegovih pričakovanj in če ima bolnik že od prej slabe izkušnje (Quora 2012). Kadar bolnik zdravniku ne zaupa, ga je težko zdraviti, saj tak bolnik zdravnikovim navodilom slabše ali sploh ne sledi.

Bolniki zdravnikom veliko bolj zaupajo kakor samemu zdravstvu. To zaupanje je zelo trdno in je prisotno tudi takrat, kadar je zaupanje javnosti v zdravstvo na nizki stopnji (Kliff 2012). V Veliki Britaniji javnost že dvajset let med vsemi poklici najbolj zaupa zdravnikom, v zadnji raziskavi v 88%, v 81% učiteljem, v 17% pa politikom (ipsos MORI 2011). Podobna razmerja so tudi v Sloveniji. Če poklice ocenjujemo od 1 do 5, potem so najvišje ocene, 4.23, oziroma prvo mesto dobili zdravniki, zdravstvo pa je s 3.04 točke na 14. mestu. Pred zdravstvom je med javnimi službami vojska, šolstvo in predsednik republike, na zadnjih treh mestih pa so državni zbor, predsednik vlade in cerkev (Kurdija, Broder 2010). Tudi v naši raziskavi so anketiranci zdravnike ocenili zelo visoko, čeravno ne v tolikšni meri, kakor v prej navedenih raziskavah, vendar je 67.8% anketirancev odgovorilo, da zdravnikom povsem zaupa, tistih, ki jim zelo malo ali nič ne zaupajo, pa je manj kakor 6%. Starejši bolniki zdravnikom bolj zaupajo, saj jih tudi bolj potrebujejo (Kurdija, Broder 2010).

V zadnjem času lahko internetno pismeni bolniki dobijo o vzrokih, naravi, poteku in zdravljenju njihovih bolezni tako rekoč vse informacije. Vendar to ne zmanjšuje njihovega zaupanja v zdravnike. So pa do zdravljenja bolj zahtevni, želijo biti bolj aktivni, hočejo več informacij, zdravnikom demonstrirajo svoje znanje in želijo njihove komentarje. Imajo več vprašanj, ki si jih običajno napišejo na listke. (University of California 2012). Poleg telefonskih stikov si utirajo pot tudi internetni stiki z zdravniki. Zdravniki nad to spremembo niso navdušeni, saj srečanje s takimi bolniki presega običajno časovno normo, za odgovarjanje na internetna vprašanja pa nimajo dovolj časa, ker obseg njihovega siceršnjega dela ostaja nezmanjšan.

Viri:

1. Trust (social sciences) (2012) [http://en.wikipedia.org/wiki/trust_\(social_sciences\)](http://en.wikipedia.org/wiki/trust_(social_sciences)) (3.11.2012)

2. Kurdija S, Broder Ž (2010). Zaupanje v zdravstvo. Center za raziskavo javnega mnenja. Ljubljana
3. Kliff S (2012). Why trust in doctors is at an all-time high? The Washington Post (26.4.2012)
4. Ipsos MORI. Doctors are most trusted profession – politicians least trusted. British Medical Association. <http://www.ipsos.mori.com/researchpublications/researcharchive/2818/doctors-are-most-trusted-profession-politicians-least-trusted.aspx> (3.11.2012)
5. Why don't people trust doctors? <http://www.quora.com/Why-dont-people-trust-doctors> (3.11.2012)
6. University of California – Davis (2012 July 6). Patients trust doctors, but consult internet. Science Daily. <http://www.sciencedaily.com/releases/2012/07/120706184421.htm> (3.11.2012)

2.

Kako na splošno ocenjujete prijaznost zdravstvenega osebja od sester pri sprejemu v ambulanti, zdravnikov in bolnišnic do farmacevtov v lekarnah?

Ocenite po šolsko od 1 do 5 (1 = zelo neprijazni, 2 = neprijazni, 3 = nekaj srednjega, 4 = prijazni, 5 = zelo prijazni)

Od 1047 anketirancev jih je na vprašanje odgovorilo 1034. Prijaznost zdravstvenega kadra so med ocenami od 1 do 5 ocenili s povprečno oceno 4.24.

Komentar:

Visoka ocena pomeni, da so anketiranci s prijaznostjo v zdravstvu zadovoljni in da so pritožbe nad neprijaznostjo, ki jih pogosto slišimo, bolj izjema kot pravilo. Prijaznost je v zdravstvu pomembna vrednota dela z bolniki. Dobra komunikacija ustvarja okolje, v katerem je delo bolj pestro, zanimivo in lažje. Je najboljša preventiva pritožb, obrekovanja in tožb v zvezi z delom in osebami zdravnikov, sester in drugih zdravstvenih profilov. Dobra beseda in dejanje se vedno vračata, oholost in neprijaznost pa tudi (Zwitter 2009).

Zdravnikova prijaznost bolnika motivira za sodelovanje, zato je v korist obeh – bolnika in zdravnika. Je tudi osnova trajnega odnosa, ki ga bolniki zelo cenijo. Na prijaznega zdravnika se bolniki radi navežejo in ne želijo svojih težav razlagati drugim zdravnikom. Če zna zdravnik na prijazen način bolniku vlivati upanje, nuditi varnost in lajšanje težav, je to za bolnika bolj pomembno kot sama zdravnikova strokovnost. Moč alternativne medicine, ki je pogosto brez znanstveno dokazanih učinkov, je prav v tem, da znajo alternativni zdravniki bolj in boljje prisluhniti težavam svojih klientov.

S prijaznostjo je povezana tudi njena iskrenost. Če je narejena, bolnik to čuti, če je iskrena pa prav tako. V prijaznosti se inteligenca prepleta s čustvi, kar je daleč od

strokovne oholosti. Vzvišenega odnosa bolniki ne sprejemajo in so jim tuja tudi navodila takega zdravnika. V današnjih časih zgolj strokovnost, brez prijaznosti, ni brez nevarnosti, saj bolniki zdravstvo presojujejo drugače kot so ga nekoč.

(Abetternhs's Blog 2012).

Ker anketiranci v starosti 50+ pogosteje potrebujejo zdravstvene storitve kakor mlajša polovica družbe, je izsledek tega vprašanja kompliment za slovensko zdravstvo.

Viri:

1. Zwitter M (2009) Komunikacija z onkološkim bolnikom <http://www.matjaz-zwitter.si/?=95> (4.11.2012)
2. Do doctors need to be kind? (2012) Abetternhs's Blog. <http://abeternhs.wordpress.com/2012/05/04/kindness> (4.11.2012)

3

Kakšna se vam zdita pogovor z zdravnikom in njegov zdravstveni pregled?

Anketiranci so imeli tri možnosti odgovora: temeljit, še primeren, površen

Od 1047 anketirancev jih je na vprašanje odgovorilo 1025. Da sta pogovor in pregled temeljita, je odgovorilo 616 ali 60.1% anketirancev, še primeren je po mnenju 356 ali 34.7% anketirancev, da je vse skupaj površno, je menilo 53 ali 5.2% anketirancev.

Komentar:

Odgovori predstavljajo osebne ocene anketirancev, ki niso nujno odraz pravega stanja. Kako bolnik po pogovoru z zdravnikom in po telesnem pregledu oceni kakovost srečanja, je odvisno od njegovih pričakovanj pred obiskom zdravnika in njegovih predhodnih izkušenj. Bolniki so s pogovorom in pregledom zadovoljni, če zdravnik bolnika takoj, ko prične govoriti o svojih težavah, ne prekinja, pokaže zanimanje za njegovo zdravje, je prijazen in spoštljiv in se z njim pogovarja na razumljiv in dostopen način. Bolnik, ki je s pogovorom in pregledom zadovoljen, zdravniku spošтовanje in prijaznost tudi vrača (Carlquist 2010). Če so bolniki nezadovoljni, se pogosteje vračajo, srečanja z njimi pa so za zdravnika bolj utrujajoča in daljša (Bell RA 2002).

Vtis o tem, kakšna sta bila pogovor in pregled imata oba, bolnik in zdravnik. Ni nujno, da se v oceni oba strinjata, saj ga bolnik presoja bolj celovito (Kersnik 2001), zdravnik pa bolj po strokovni plati in po posameznih diagnostičnih detajlih. Vsak pa si z oceno pogovora in pregleda ustvari tudi vtis o svojem sogovorniku.

Čeprav v odgovorih na vprašanje prevladuje mnenje, da sta bila pogovor in pregled temeljita, razmeroma visok odstotek bolnikov, ki menijo, da je bil pregled še primeren, pomeni, da so v tej oceni tudi kritični vtisi, ki v oceni o površnosti povsem prevladujejo. Struktura odgovorov pove, da starejši slovenski bolniki znajo oceniti kakovost srečanj in da zato znajo biti tudi kritični.

Viri:

1. Carlquist J (2010) Nine ways to meet and exceed patient expectations. <http://www.jaapa.com/nine-ways-to-meet-and-exceed-patient-expectations/article/171463> (5.11.2012)
2. Bell RA et al. Unmet expectations for care and the patient-physician relationship. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495125/> (5.11.2012)
3. Kersnik J. Multivariantna analiza zadovoljstva bolnikov z zdravnikom družinske medicine. Zdr vestnik 2001;70:381-6

103

4.

Menite, da vas osebni zdravnik dovolj pozorno posluša?

Od 1047 anketirancev jih je na vprašanje odgovorilo 1034. Kar 922 oziroma 89.2% jih je na vprašanje odgovorilo pritrdilno, da jih ne posluša pozorno, jih je menilo 96 ali 9.3%; odgovorov, ki jih je bilo mogoče uvrstiti pod »drugo«, je bilo 16 oziroma 1.5%. Med njimi je bilo 11 odgovorov »kakor kdaj, ne vedno, včasih, če hoče«, ostalih 5 pa je odgovorilo z »ne vem, nimam izkušenj«.

Komentar:

Bolniki neredko povedo, da jih zdravnik ni poslušal, da se jih ni niti dotaknil, odkar so v ordinacijah računalniki pa tudi, da je največ gledal v ekran. Zdravniki pripovedi bolnikov pogosto prekinjajo in s ciljanimi vprašanji, na katere naj bi bolnik odgovarjal z »da« ali »ne« skušajo skrajšati čas anamneze (Verghese 2011). S tem se izpostavljajo nevarnosti, da je njihov diagnostični vtis tudi napačen, saj je v pripovedi bolnika, ki so jo prekinili, skrita diagnoza (Appleby 1996). Bolnik je s svojimi zdravstvenimi težavami soočen 24 ur na dan in je njihov najboljši

poznavalec, zdravniku, ki ga je pripravljen poslušati, pa jih posreduje svojim izraznim sposobnostim primerno, čemur se zdravnik mora prilagoditi. Res je, da bi se večina bolnikov o svojih težavah z zdravniki rada pogovarjala kar najbolj na široko in zdravnik, ki zna bolnikovo pripoved usmerjati v časovno sprejemljiv okvir, ne da bi bolnik imel občutek, da ni povedal tistega, kar je zanj najbolj pomembno, mora imeti veliko komunikacijskih izkušenj, da začuti, kdaj je bolnik povedal tisto, kar je zanj najbolj važno. Neredko se pravi vzrok obiska razkrije, ko bolnik na koncu pravi, »pa še tole..«

Pogovor je v odnosu med bolnikom in zdravnikom izredno pomemben. Moč alternativne medicine je v tem, da zdravitelji poslušajo in med obravnavo uporabljajo dlani, bolnikov se dotikajo. Vse to naj bi bila poleg medicinskega znanja tudi lastnost zdravnikov. Ko bolnik govori, ga je treba gledati v oči, mu sem pa tja prikimati in ponoviti kakšno njegovo besedo. S tem zdravnik bolniku posredno pove, da ga njegova pripoved zanima, bolnik pa bo njegova navodila bolje sprejel in se po njih tudi ravnal (Voljč 1992).

Struktura odgovorov na vprašanje kaže, da so starejši bolniki pri nas zadovoljni s tem v kolikšni meri lahko zdravniku predstavijo svojo pritožbo in z načinom, kako zdravnik pritožbo sprejme. V splošni sliki zadovoljstva z zdravstvom je to ena od njegovih pomembnih prvin.

104

Viri:

1. Verghese A (2011) Doctors, listen to your patients!
<http://edition.cnn.com/2011/10/02/opinion/verghese-doctors-touch/index.html> (5.11.2012)
2. Appleby C. Getting doctors to listen to patients.
<http://www.manegedcaremag.com/archives/9612/9612.listening.html> (5.11.2012)
3. Voljč B, Urlep F, Košir A, Švab I (1980) Splošna medicina – načela in tehnike. Sekcija splošne medicine Zveze zdravniških društev. Ljubljana; 1992: 101-9.

5.

Koliko časa traja v povprečju pregled in pogovor z osebnim zdravnikom?

Od 1047 anketirancev jih je na vprašanje odgovorilo 1008. Izračunano povprečje je 14.40 minut.

Komentar:

Podatek o povprečnem trajanju obiska pri zdravniku je zelo splošen kazalnik vsakega zdravstvenega sistema. Posamično trajanje obiska pri zdravniku je odvisno

od številnih okoliščin, ki so pogojene s samim zdravnikom, bolnikom in vrsto zdravstvene težave. Zdravniki imajo različen pristop do dela in do bolnikov, nekatere bolezni ali poškodbe so jim bližje, do drugih ne čutijo nobene afinitete. Bolniki s psihosocialnimi težavami potrebujejo več časa za pogovor, nemalo zdravnikov pa se pogovorom te vrste izogiba, ker se zanje ne čutijo dovolj usposobljene. Starejši zdravniki se znajo v težave bolnika bolje vživeti in srečanja z bolniki so pri njih v povprečju daljša. Če se zdravnik in bolnik že dolgo poznata, so običajna srečanja krajša, v primeru potrebe pa daljša in takrat oba vesta, zakaj je temu tako. Prvi pregledi ob novi zdravstveni težavi so daljši od ponovnih, kadar se bolnik in zdravnik prvič srečata, prav tako. Pri hudo obremenjenih zdravnikih so pregledi krajši. Pri zasebnih zdravnikih so daljši, ker želijo bolnike obdržati, v javnem zdravstvu zdravniki te skrbi nimajo. Bolnice se navadno v ordinaciji zadržujejo dlje od bolnikov, tudi starost bolnika ni nepomembna. (Deveugele 2002). Trajanje srečanja je povezano tudi s strukturo in pravicami v sistemu zdravstva in se od dežele do dežele razlikuje. V nekaterih regijah Španije traja približno 3 minute, v Avstraliji 14, na Švedskem pa 21 minut (Al Hayeri 2009). Okoliščin je veliko in povprečje vse povezuje na neznačilen način. Podatek o povprečnem trajanju pove, kako se vse navedene in še druge okoliščine povezujejo v podatku o povprečnem trajanju srečanja med bolnikom in zdravnikom, zato je sistemski pokazatelj, po katerem lahko sklepamo na urejenost sistema in njegovo pozornost oziroma odnos do javnosti, kadar ga potrebuje. Čeprav bolniki trajanje srečanja z zdravnikom ocenjujejo vsak zase in gre za različne ocene, pa je povprečje vseeno blizu resnice. Povprečje v naši raziskavi je skoraj identično z avstralskim, kar naše zdravstvo in Slovenijo tudi s tem kazalnikom uvršča med razvite države.

105

Viri:

1. Deveugele M et al (2002) Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ* 2002;325;472.1 <http://www.bmj.com/content/325/7362/472.1> (7.11.2012)
2. Al Hayeri A. Consultation Length in Primary Health Care: Is It Getting Longer? *Bahrein Medical Bulletin* 2009;31:3

6.

Ste kdaj zamenjali izbranega osebnega zdravnika?

Odgovori so bili podrobneje obdelani v članku, ki je bil objavljen v »Kakovostni starosti«. Članek je dodan ob koncu tega poročila.

7a.

Koliko ste v povprečju zadovoljni z osebnim zdravnikom?

Šolske ocene od 1 do 5. Brez izkušenj 0

Od 1047 anketirancev jih je odgovorilo 1034. Brez izkušenj jih je bilo 13 ali 1.3%, zelo zadovoljnih je bilo 563 ali 54.4%, zadovoljnih 303 ali 29.3%, manj zadovoljnih 128 ali 12.4%, nezadovoljnih 18 ali 1.7% in zelo nezadovoljnih 9 ali 0.9%.

Komentar:

Zadovoljstvo bolnika z zdravnikom povezuje številne okoliščine, ki so povezane s samim bolnikom, zdravnikom, boleznijo, preteklimi izkušnjami in ki so opisane v uvodu k temu poglavju. V Sloveniji, kjer je izbrani osebni zdravnik zakonsko opredeljen, je zadovoljstvo z njim bolj pomembno, kakor v okoljih z izključno zasebnim zdravstvom. Zato je podatek, da je med anketiranci z njim zelo zadovoljnih ali zadovoljnih kar 83.7% , zelo nezadovoljnih ali nezadovoljnih pa 2.6%, dobro spričevalo za odnose med zdravniki in bolniki v našem primarnem zdravstvu. Bolnik in zdravnik živita vsak v svojem svetu; bolnik med potrebami in željami, zdravnik med stroko, predpisi in bolnikom, zato so občasna nesoglasja in razočaranja skoraj nujna. Podatek kaže, da je po mnenju anketirancev tega manj, kakor bi lahko sklepali po medijskih objavah in govoricah, ki se ukvarjajo izključno z negativnimi vsebinami. Videti je, da v resnici močno prevladujejo dobre izkušnje in odnosi.

106

7b

Kako ste v povprečju zadovoljni s specialisti?

Šolske ocene od 1 do 5. Brez izkušenj 0

Od 1047 anketirancev jih je odgovorilo 1026. Brez izkušenj jih je bilo 183 ali 17.8%, zelo zadovoljnih 389 ali 37.9%, zadovoljnih 286 ali 27.9%, še zadovoljnih 122 ali 11.9%, nezadovoljnih 40 ali 3.9%, zelo nezadovoljnih pa 6 ali 0.6%.

Komentar:

Specialistična služba ima v sistemu zdravstva trojno vlogo; za primarno zdravstvo je strokovno-posvetovalna dejavnost, je samostojna zdravstvena dejavnost za

določeno strokovno področje, ob bolnišnicah pa predstavlja njihovo ambulantno dejavnost. Odnos med specialisti in bolniki ni v tolikšni meri vezan na trajnost, kot v primarnem zdravstvu, čeprav je v primeru ginekologije enako pomemben. Specialisti imajo v zdravstvu v odnosu do bolnika lažjo vlogo, saj so strokovno omejeni na določeno področje, zato jim bolnikovih težav ni potrebno v tolikšni meri celostno razumeti. Pomembno je, da se dovolj posvetijo bolezni svojega področja, dajo navodila in predlagajo zdravila, ostalo pa je naloga osebnega zdravnika. Pričakovanja bolnikov ob pregledu pri specialistu neredko presegajo te okvire, zato je lahko zadovoljstvo bolnika po pregledu manjše. Tako kažejo tudi izsledki raziskave. Čeprav prevladuje zadovoljstvo v 65.8%, pa je ta odstotek v primerjavi z osebnimi zdravniki bistveno nižji. Tudi zelo nezadovoljnih in nezadovoljnih bolnikov je s 4.5% več. Še zadovoljnih je pri tem vprašanju 3.9%, pri prejšnjem pa 1.7%.

Izsledki še vedno dovoljujejo sklep, da so anketiranci s specialističnimi uslugami zadovoljni, kljub temu pa je razlike v primerjavi z osebnim zdravnikom potrebno poudariti in jih povezati z razlikami v položaju in nalogami specialistične službe.

7c

Kako ste v povprečju zadovoljni s sestrami in ostalim kadrom?

Šolske ocene od 1 do 5. Brez izkušenj 0

Od 1047 anketirancev jih je odgovorilo 1026. Brez izkušenj jih je bilo 20 ali 1.9%, zelo zadovoljnih 532 ali 51.9%, zadovoljnih 320 ali 31.2%, še zadovoljnih 129 ali 12.6%, nezadovoljnih 17 ali 1.7%, zelo nezadovoljnih pa 20 ali 1.9%.

Komentar:

Medicinske sestre so v povprečju v daljšem stiku z bolniki kakor zdravniki, kar še posebej velja za bolnišnice. Bolniki, ki sicer sprejemajo tradicionalno hierarhično strukturo zdravstva in mesto medicinskih sester v njem, njihovo delo presojujejo predvsem s stališča prijaznosti, vljudnosti in podpore, ki jo nudijo bolnikom. Za priljubljenost sester med bolniki je pomembno tudi, da so pojasnila, ki jih dajejo bolnikom, jasna (Prestor 2008). Sestre imajo v svojem delokrogu še številna druga opravila, ki jih bolniki ne presojujejo tako osebno in ki so ključnega pomena za delovanje in obstoj zdravstvenega sistema. V manjši meri velja to tudi za druge zdravstvene profile.

Sestre se v odnosu do zdravnikov, ustanove in bolnikov lahko obnašajo v treh modelnih vzorcih. Birokratski model pomeni, da se sestra ravna predvsem po navodilih in ščiti dobro ime ustanove in zdravnikov tudi v primeru strokovnih in drugih napak na škodo bolnikov. Zdravniški model pomeni, da ščiti predvsem delo in osebo zdravnika, tudi v primerih, ko to predstavlja zakrivanje zdravniških napak, tretji pa je bolnikov model, ko ji je dobrobit bolnika pomembnejša od ustanove in zdravnikov (Klemenc 2006). Ni mogoče, da bi sestre v vseh primerih ravnale po tem ali onem modelu, ampak njihovo ravnanje v vsakem posamičnem primeru nagiba zdaj k temu, zdaj k onemu modelu, saj je zadovoljstvo bolnikov z njihovim delom prevladujoče, kar kaže tudi analiza odgovorov na vprašanje. Zelo zadovoljnih in zadovoljnih bolnikov s sestrami je kar 83.1% in le 3.6% takih, ki so nezadovoljni ali zelo nezadovoljni. Ker je vprašanje splošnega značaja in vključuje tudi ostali zdravstveni kader, lahko sklepamo, da je tudi zadovoljstvo z njim na podobno visoki stopnji.

Viri:

1. Prestor L (2008) Zadovoljstvo pacientov kot element kakovostne obravnave v urgentni ambulanti bolnišnice Golnik Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo.
2. Klemenc D (2006) Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki – priložnost za nenehno izpolnjevanje kakovosti.
<http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-K1EAMDMD/?&language=eng> (8.11.2012)

108

7d

Kako ste v povprečju zadovoljni z bivanjem in oskrbo v bolnišnici?

Šolske ocene od 1 do 5. Brez izkušenj 0

Od 1047 anketirancev jih je na vprašanje odgovorilo 1023. Brez izkušenj jih je bilo 334 ali 32.6%, zelo zadovoljnih 321 ali 31.4%, zadovoljnih 230 ali 22.5%, še zadovoljnih 102 ali 10.0%, nezadovoljnih 25 ali 2.4%, zelo nezadovoljnih pa 11 ali 1.1%%.

Komentar:

Čeprav so načela zadovoljstva z zdravstvenimi storitvami enaka na vseh nivojih, pa so v bolnišničnem zdravstvenem varstvu najbolj opredeljena. Vsaka bolnišnica jih sicer lahko prilagodi svojim potrebam in ciljem, na splošno pa velja, da naj bi

zadovoljstvo bolnika ali bolnikov ne bilo slučajni, ampak sistemski cilj. Zdravniki in sestre naj bi si prizadevali kolikor mogoče zmanjšati strah bolnika in njegovih svojcev, s primerno komunikacijo vzdrževali z njimi čustveni stik, bolnik naj bi imel občutek, da je obravnavan osebno, strokovno ukrepanje naj bi bilo odgovorno in učinkovito, z vpeljanim sistemom kakovosti pa naj bi ustanova vzdrževala in izboljševala zadovoljstvo v njej hospitaliziranih bolnikov (Mazella 2012). Dobro organizirane bolnišnice sproti merijo zadovoljstvo bolnikov z njihovim delom in oskrbo. V Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani so bili v letu 2011 na lestvici od 1 do 5 bolniki z bivanjem in storitvami zadovoljni z oceno 4.65, kar je odličen dosežek. Najbolj so bili zadovoljni z odnosom do njih in strokovno obravnavo, kar pa je predstavljalo tudi najpogostejši vzrok pritožb. Bolniki so se pritoževali tudi nad pomanjkljivim informiranjem in čakanjem. Kljub prevladujočemu zadovoljstvu, ki je v letu 2011 višji od leta poprej, pa število pritožb raste, kar v bolnišnici pripisujejo večji ozaveščenosti bolnikov in ne manj kakovostnemu delu (Klančnik Gruden M, Jurša M 2012).

Vsaka hospitalizacija je v življenju bolnikov poseben dogodek, ki ga globoko dojemajo in se prav tako vtisne v njihov spomin. Bolnišnično zdravljenje se tako razlikuje od ambulantnega, da zadovoljstva ali nezadovoljstva bolnikov kljub podobnosti ali identičnosti načel ni mogoče prenašati nanj. Pri ambulantnem zdravljenju samostojnost bolnikovega odločanja ni prizadeta, pri bolnišničnem pa se mora izključiti iz življenja in se povsem podrediti sistemu ustanove, v določeni meri je prizadeta tudi njegova svoboda odločanja. Kljub pojasnilni dolžnosti, mu v primeru nestrinjanja s predlaganimi ukrepi ne ostane veliko, če sploh kaj, drugih možnosti (Voljč 1992).

Če od 1023 anketirancev odštejemo 334 tistih, ki niso odgovorili, ker so bili brez bolnišničnih izkušenj, jih ostane 689, ki so jih imeli. Zelo zadovoljnih in zadovoljnih je bilo skupaj 551 ali 80%, nezadovoljnih in zelo nezadovoljnih pa 36 ali 5.2%, ostalo so še zadovoljni. Odstotek se približuje oceni 4.65, ki so jo v letu 2011 dosegli v Kliničnem centru. Ker so anketiranci ocenjevali vse slovenske bolnišnice, smemo sklepati, da je zadovoljstvo z bolnišničnim zdravljenjem tudi v ostalih slovenskih bolnišnicah enako visoko.

Viri:

1. Mazella V. Hospital Patient Satisfaction and the Quality Patient Experience. <http://www.quality-patient-experience.com/hospital-patient-satisfaction.html> (9.11.2012)
2. Klančnik Gruden M, Jurša M (2012) Zadovoljstvo pacientov v UKC Ljubljana. INTERNO Junij 2012, št. 3
3. Voljč B, Urlep F, Košir A, Švab I (1992). Splošna medicina – načela in tehnike. Ljubljana: 89-96

Kako ste v povprečju zadovoljni z zdravstvom?

Šolske ocene od 1 do 5. Brez izkušenj 0

Od 1047 anketirancev jih je odgovorilo 1025. Brez izkušenj jih je bilo 20 ali 2%, zelo zadovoljnih 254 ali 24.8%, zadovoljnih 338 ali 33.0%, še zadovoljnih 323 ali 31.5%, nezadovoljnih 64 ali 6.2%, zelo nezadovoljnih pa 26 ali 2.5%.

Komentar:

Zadovoljstvo bolnikov z zdravstvom je zelo kompleksen in splošen kazalnik. Poleg splošnosti ocene vključuje še zadovoljstvo s storitvami. Svetovna zdravstvena organizacija meri zadovoljstvo bolnikov z zdravstvenim sistemom z njegovo odzivnostjo, ki povezuje stopnjo bolnikove samostojnosti, možnost izbire, način komunikacije, stopnjo zaupnosti, spoštovanje bolnikovega dostojanstva, takojšna pozornost in udobje. Pri hospitaliziranih bolnikih meri še možnosti podpore s strani družinskih članov in drugih socialnih stikov (Bleich 2009). Zadovoljni bolniki raje in bolje sodelujejo z izvajalci storitev in so bolj pozorni do svojega zdravja. V zadnjem času predstavlja pomemben doprinos k zadovoljstvu bolnikov uvajanje sistemov kakovosti, ki sproti spremljajo odzive bolnikov in s korektivnimi ukrepi izboljšujejo kakovost sistema. To je v resnici možno šele potem, ko stališča bolnikov postanejo njegova upoštevana prvina.

V raziskavi, v kateri so leta 2007 v 21 evropskih državah, tudi v Sloveniji, merili zadovoljstvo bolnikov z zdravstvom, so bili slovenski državljani z našim zdravstvom zelo zadovoljni v 10.6%, precej zadovoljni v 41.2%, nevtralni v 27.5%, precej nezadovoljni v 13.6%, zelo nezadovoljnih je bilo 8.1% (Bleich 2009). S temi izsledki se Slovenija uvršča v zgornji del druge polovice in je še vedno med državami, v katerih zadovoljstvo s sistemom presega 50% vprašanih, to je 51.8%, kar se približuje izsledkom naše raziskave, v kateri je odstotek zelo zadovoljnih in zadovoljnih z zdravstvom 57.8% anketirancev. Ker se naši izsledki ne nanašajo na vse bolnike, ampak na njihovo starejšo polovico, je s tem mogoče razložiti razliko, saj starejši bolniki zdravstvo potrebujejo v večji meri. Za primerjavo naj povemo, da so bili vprašani v prvouvrščeni Avstriji zelo zadovoljni v 70.4%, precej zadovoljni pa v 21.7%, kar skupaj znese kar 92.1% zadovoljnih državljanov.

V drugi novejši raziskavi o zadovoljstvu bolnikov z zdravstvom v desetih evropskih državah, tudi v Sloveniji, so naši bolniki menili, da je naše zdravstvo dobro v 69%, da je slabo v 30%, 1% vprašanih je odgovoril, da ne vedo. Slovenija se je na lestvici s temi izsledki uvrstila prav v sredino, k povprečju desetih držav, kjer 70% vprašanih ocenjuje zdravstvo kot dobro, 28% kot slabo, 2% vprašanih pa ni vedelo odgovoriti. 16% slovenskih anketirancev je menilo, da je naše zdravstvo boljše od zdravstva v drugih državah, 42% da je enako dobro kot drugod, 30% da je slabše, 12% pa ni vedelo odgovora. V desetih državah v povprečju menijo, da je njihovo zdravstvo boljše od drugih v 33%, v 30% da je enako dobro kot drugje, v 26% da je slabše, 11% vprašanih pa ni vedelo za odgovor (Jaukauskiene 2011). V Sloveniji radi poudarimo, še posebej izvajalci, da imamo dobro in kakovostno zdravstvo in tako v večini meni tudi veliko bolnikov oziroma državljanov. Vendar nas izsledki novejših mednarodnih raziskav postavljajo na bolj realna tla, kar terja tudi bolj realen razmislek o kakovosti sistema in zadovoljstvu bolnikov. Avtorji zadovoljstvo s sistemom povezujejo z izkušnjami bolnikov, ti pa imajo zelo raznoliko izobrazbeno, ekonomsko, značajsko in razpoložensko strukturo, kar vse vpliva na oceno v trenutku vprašanja. Zanimivo je, da struktura sistema in njegove pravice ne igrajo zelo pomembne vloge, saj se lahko zadovoljstvo bolnikov med državami, ki imajo podobno strukturo in skoraj enake pravice zelo razlikuje. Na splošno so bolj izobraženi bolniki manj zahtevni, nižje je zadovoljstvo z zasebnim zdravstvom, v državah z visoko precepljenostjo proti nalezljivim boleznim je zadovoljstvo tudi nižje. Tisti, ki z zdravstvom nimajo nobenih izkušenj, imajo o njem slabše mnenje (Bleich 2009).

Na zadovoljstvo z zdravstvom vplivajo v posameznih državah še splošne razmere, zaupanje v politiko in ekonomske perspektive. Način, kako politika sprejema in obravnava zdravstvo, ni brez vpliva na javno mnenje o njem, prav tako ni brez vpliva tudi medijsko poročanje, še posebej, če se predvsem poroča o negativnih vsebinah, manj pa o ključnih dosežkih zdravstva. Veliko vzvodov, ki vplivajo na zadovoljstvo bolnikov z zdravstvom, ostaja kljub številnim raziskavam še nepojasnjenih. In končno, na splošno mnenje o zdravstvu vplivata tudi nacionalna zavest in ponos državljanov. Kjer velja star rimski pregovor »Ubi patria, ibi bene, kjer je domovina, je dobro«, to nedvomno velja.

Viri:

1. Bleich SN, Özaltın E, Murray CLJ (2009) How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? Bulletin of the World Health Organization 2009;87:271-8

<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/07-050401/en/index.html> (10.11.2012)

2. Jankauskiene D, Jankauskaite I. Access and quality of health-care system by opinion of patients in 10 European countries. Management in health XV/3/2011;pp31-39
<http://journal.managementinhealth.com/index.php/rms/article/viewFile/200/574> (10.11.2012)

8.

Ocenite, ali veljajo spodnje trditve za vaše izkušnje z zdravniki nasploh...

8a

Zdravniki me spoštujejo

Od 1047 odgovorilo 1021 anketirancev. Da v njihovem primeru to povsem drži jih je odgovorilo 727 ali 71.2%, da to drži le deloma, jih je menilo 260 ali 25.5%, da jih zdravniki ne spoštujejo, jih misli 34 ali 3.3%.

Komentar:

Zdravnik s spoštljivim obnašanjem in ravnanjem do bolnika ne spoštuje le njegovega človeškega dostojanstva, ampak pri bolniku vzbuja vtis, da je to neposredno povezano z njegovo osebo. Bolnik, ki mu zdravnikovo vsakokratno obnašanje takšno prepričanje utrjuje, zdravniku ne le spoštovanje vrača, ampak tudi bolje sledi zdravnikovim navodilom. Spoštovanje je za bolnika tudi sporočilo, da sta tako zdravnik kakor zdravstvo v prvi vrsti namenjena bolnikom. Zdravnik izkazuje spoštovanje do bolnika tako, da ga posluša na način, ki vzbuja zaupanje, bolnik pa ima vtis, da zdravnik verjame njegovim pritožbam. Spoštovanje do bolnikov izkazuje zdravnik tudi z urejenostjo prostorov, naročanjem, strokovnostjo in osebno urejenostjo zaposlenih (Ofri 2012).

Slovenski kodeks medicinske deontologije v 2. členu poudarja zavezo zdravnika, da bo pri bolnikih spoštoval človekovo dostojanstvo, v 14. členu pa, da bo odgovorno, strokovno, vestno in natančno obravnaval slehernega bolnika.

Zanimivo je, da spoštovanje bolnikov, ki privolijo sodelovati v medicinskem pouku, bolj neposredno omenja Kodeks odgovornega obnašanja študentov medicine in dentalne medicine, ki že v prvem odstavku preambule posebej poudarja potrebo po spoštovanju bolnikov, na katerih se učijo zdravniških veščin. Kasneje je spoštovanje bolnikov še enkrat poudarjeno v zvezi z njihovimi svojci, spoštovanjem trupel, osebja Medicinske fakultete in njenega imetja.

Nemogoče je, da bi zdravnik do vseh bolnikov gojil enako mero osebnega spoštovanja, zato je bolje govoriti o spoštovanju, ki je del poklicnega obnašanja in

poklicne etike. Zato se je spoštljivega obnašanja potrebno naučiti. Zdravnik, ki ima sam dobre odnose s svojo okolico in ki ima razvit čut za empatijo, veliko lažje razvije v sebi spoštovanje do vseh bolnikov, hkrati pa med njimi velja za dobrega zdravnika.

V naši raziskavi je skoraj tri četrtine vprašanih odgovorilo, da jih zdravniki spoštujejo, kar kaže na prevladujoče dobre odnose med zdravniki in bolniki v našem zdravstvu. Ta izsledek je sicer le eden v mozaiku drugih pozitivnih odgovorov in mnenj, vseeno pa je za zdravstvo pomemben kazalnik, ki se ga ne omenja prav pogosto.

Viri:

1. Ofri D. How doctors show respect to patients. <http://www.kevinmd.com/blog/2009/12/doctors-show-respect-patients.html> (18.11.2012)
2. Kodeks medicinske deontologije Slovenije. <http://www.zdravniskazbornica.si/zzs.as?FolderId=386> (18.11.2012)
3. Kodeks odgovornega obnašanja študentov medicine in dentalne medicine. <http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/dd9a58706c89ce18c9c39e9de57aa968.pdf> (18.11.2012)

8b

Zdravniki so obzirni do mojega počutja

Od 1047 anketirancev jih je odgovorilo 1020. Da to povsem drži, jih misli 766 ali 75.1%, da to drži le deloma, jih misli 220 ali 21.6%, da to ne drži, jih misli 34 ali 3.3%.

Komentar:

Obzirnost predstavlja nadaljevanje prejšnjega vprašanja o spoštovanju bolnikov in ga je mogoče razumeti tudi kot empatijo zdravnika do bolnika. Empatija je v različnih zvezah različno opredeljena, najbolj enostavno jo je mogoče opredeliti kot odločenost zdravnika, da bolnikom pomaga in razume njihovo zaskrbljenost, bolečino in trpljenje. Empatija je močno orožje v zdravnikovih rokah (Halpern 2003). Bolniki, ki začutijo zdravnikovo obzirnost oziroma empatijo, se zdravijo bolje in z manj komplikacijami (Canale 2012).

V naši raziskavi so anketiranci obzirnost zdravnikov do njihovih počutij ocenili z najvišjim odstotkom, po katerem bi lahko sklepali, da je empatija močno orožje tudi v rokah slovenskih zdravnikov.

Viri:

1. Halpern J. (2003) What is Clinical Empathy? J Gen Intern Med 18(8):670-4

2. Canale SD et al. (2012) The Relationship Between Physician Empathy and Disease Complications: An Empirical Study of Primary Care Physicians and Their Diabetic Patients in Parma. *Academic Medicine* (2012);87(9):1250-9.

8c

Zdravniki me vključujejo v odločanje

Od 1047 anketirancev jih je na vprašanje odgovorilo 1006. Da to povsem drži, jih je menilo 675 ali 67.1%, da to drži deloma, jih je menilo 246 ali 24.5%, da to ne drži, pa jih je odgovorilo 85 ali 8.4%.

Komentar:

Včasih veljalo, da v zvezi z zdravljenjem o vsem odloča zdravnik, bolniki pa naj s čim manj vprašanji sledijo njegovim navodilom. Danes tako stališče ne vzdrži več in je celo napačno, posredno pa tudi kaznivo. Slovenski zakon o pacientovih pravicah v členu 5 med pravicami bolnikov omenja pravico do obveščeniosti in sodelovanja in pravico do samostojnega odločanja o zdravljenju, v 21. členu pa pravico do dejavnega sodelovanja pri izbiri načina zdravljenja (Uradni list RS 2008). Oboje je povezano s pojasnilno dolžnostjo zdravnikov, ki bolnike neposredno vključuje v odločanje in jim pri tem odločanju daje nedvoumno pravico zadnje odločitve, ki jo mora zdravnik spoštovati tudi v primeru, ko je v nasprotju z njegovim strokovnim stališčem.

Vendar bolnik s pravico do soodločanja ne razpolaga v vsem postopku ugotavljanja bolezni in njenega zdravljenja. Diagnostični postopki, klinična presoja in tolmačenje izvidov so še vedno izključno v pristojnosti zdravnikov, ko pa se odloča o načinih zdravljenja, naj bolnik kar najbolj sodeluje, saj je končni izid odvisen od vseh značilnosti njegove osebe, zaskrbljenosti, načina življenja, osebnih vrednot, bivalnega okolja, izobraženosti, vrste problema, starosti, socialnega razreda itd, itd (McKinstry 2000, Fowler 2011).

Zakon o bolnikovih pravicah je s pojasnilno dolžnostjo in opredelitvijo bolnikovih pravic v odnos med bolnikom in zdravnikom vnesel spremembe, ki že in ki še bodo oblikovale odnos med zdravnikom in bolnikom. Ta odnos ne bo nikoli več tak kakršen je bil v preteklosti, ne le zaradi spoštovanja določil zakona, ampak tudi zato, ker so bolniki danes bolje obveščeni o naravi njihovih bolezni, zato želijo pri njihovem zdravljenju imeti bolj aktivno vlogo, kar je povezano tudi z njihovo večjo zahtevnostjo.

Izsledki naše raziskave kažejo, da zdravniki v veliki meri spoštujejo določila zakona in bolnike vključujejo v odločanja o njihovih zdravljenjih.

Viri:

1. Zakon o pacientovih pravicah Uradni list RS 15/2008
2. Fowler FJ (2011) Patients Want to be Involved
http://informedmedicaldecisions.org/wp-content/uploads/2011/05/Perspectives_Patient_Involvement.pdf
(19.11.2012)
3. McKinstry B (2000). Do patients wish to be involved in decision making in consultation? BMJ ;321:867

8d

Zdravniki naredijo zame vse, kar je potrebno

Od 1047 anketirancev jih je na vprašanje odgovorilo 1017. Da to povsem drži, se jih je strinjalo 699 ali 68.7% , le deloma se je strinjalo 246 ali 24.2%, da to ne drži pa jih je menilo 72 ali 7.1%.

Komentar:

Bolniki presojujejo zdravnike na drugačen način, kot mislijo ali pričakujejo zdravniki. Marsikdaj o tem, kaj si o zdravniku bolnik misli, odločajo malenkosti, ki nimajo z medicino nič skupnega, ampak so posledica bolnikovih dobrih ali slabih vtisov, ki jih dobijo pri obisku zdravnika. Prepričanje bolnika, da zdravnik zanj naredi vse kar je potrebno, ni povezano samo z zdravstveno stroko, ni trajno in se lahko hitro spremeni. Zdravnik pri bolniku, ki meni, da zdravnik ni izpolnil njegovih pričakovanj, ki meni, da zanj ni dovolj storil, ker mu ni ničesar predpisal, ki ga ni poslal na pregled k specialistu, ki ni izdal zahtevanega potrdila, ki ga ni dovolj poslušal ali se dovolj pogovarjal itd, lahko v bolnikovih očeh hitro izgubi svoj prejšnji položaj.

Bolniki, ki s svojimi zdravniki niso zadovoljni, na vprašanje zagotovo ne bodo pritrdilno odgovorili. Zato je razmeroma visok odstotek pritrdilno prepričanih bolnikov spet dobro spričevalo odnosov med zdravniki in bolniki v Sloveniji. Vprašanje ne omogoča analize, s katero dejavnostjo zdravstva so odgovori predvsem povezani. Domnevati smemo, da na vse nivoje, saj je največ stikov med zdravniki in bolniki na primarni stopnji, jasno pa je, da tudi vsak iz bolnišnice odpuščen bolnik ocenjuje, ali so v času hospitalizacije zanj storili vse, kar je bilo potrebno ali ne.

Vprašanje nadgrajuje druga vprašanja iz te raziskave, ki se nanašajo bodisi na zadovoljstvo, bodisi na nezadovoljstvo bolnikov z njihovimi zdravniki in s podatki

potrjuje prejšnje izsledke; slovenski bolniki so z zdravniki v veliki večini zadovoljni in imajo z njimi dober odnos.

9.

Kako vaš osebni zdravnik glede vašega zdravljenja sodeluje s specialisti in bolnišnico?

Od 1047 anketirancev jih je na vprašanje odgovorilo 1029. Največ, 686 ali 66.7% jih je menilo, da njihov zdravnik s specialisti in bolnišnicami sodeluje le prek izvidov, da se poleg izvidov pogovarjajo tudi po telefonu, jih je navedlo 120 ali 11.7%. V 8 primerih oziroma 0.8% je osebni zdravnik svoje bolnike obiskal v bolnišnici, da ne sodeluje je menilo 13 ali 1.3% anketirancev. Da o tem ne ve nič sta odgovorila 202 anketiranca, kar predstavlja 19.6% vseh odgovorov, 44 ali 4.3% odgovorov pa je uvrščenih pod pojmom »drugo«. Večina razlogov za »drugo« je v tem, da anketiranci ne hodijo k zdravnikom (35 od 44), da izvide sami raznašajo od specialista k zdravniku in obratno (3 od 44), ali pa so bili odgovori nejasni (6 od 44).

Komentar:

Že vrsto let raziskovalci in poročevalci ugotavljajo, da sodelovanje med zdravniki, ki delajo na različnih nivojih zdravstvenega varstva, ni dobro in da posledice v največji meri nosijo bolniki. Slovensko zdravniško društvo je na svojem rednem letnem kongresu v letu 2003 tej temi posvetilo vso pozornost, na samem kongresu pa so referenti ugotavljali več ali manj iste pojave in predlagali enake sklepe. Kot običajno se potem ni nič spremenilo, kongresne teme živijo in umrejo skupaj s kongresi, natisnjeni zborniki pa njihovim avtorjem predvsem služijo za citiranja. Zdravniki si med posameznimi nivoji zdravstvenega varstva bolnike podajajo predvsem z napotnicami in skoraj nikakršnimi osebnimi stiki. Napotnice primarnih zdravnikov so po mnenju specialistov velikokrat pomanjkljive, brez dodanih predhodnih izvidov, zato se preiskave po nepotrebnem ponavljajo, prav tako so pomanjkljivi podatki o zdravilih, ki jih bolnik prejema, on sam pa velikokrat ne zna povedati, katera zdravila prejema in na kakšen način jih jemlje. Zanimivo je, da enako pomanjkljivo sodelovanje ugotavljajo sami specialisti pri medsebojnih napotitvah bolnikov (Fortuna 2003). Analize so pokazale, da splošni zdravniki niso vzrok številnim specialističnim pregledom in da jih povzročajo specialisti s pogostim naročanjem bolnikov na kontrole. Te bi bilo mogoče zmanjšati, če bi

specialisti po prvem pregledu bolnika poslali k splošnemu zdravniku nazaj z dobrimi navodili za zdravljenje, ne pa da si bolnika spet naročijo na pregled in na ta način prevzemajo zdravljenje v svoje roke (Voljč 1981).

Pomanjkljivo sodelovanje med posameznimi nivoji zdravstvenega varstva ni značilno le za Slovenijo, ampak ga opisujejo tudi drugod. Kot vzroke navajajo pomanjkanje časa, nejasne vzroke napotitev, prihod bolnikov brez napotitve splošnih zdravnikov, različne vrednote med zdravniki in podobno. Posledice so nejasnosti in motnje v zdravljenju, prepozne diagnoze, nepotrebni testi in drugi iatrogeni zapleti (Epstein 1995).

Čeprav so posledice slabega sodelovanja med nivoji zdravstvenega varstva in zdravniki raziskane in ukrepi za boljše sodelovanje predlagani, v vsakdanjem življenju zdravstva na tem področju ni premikov. Prevladujoči organizacijski koncept dela tega ne dopušča, sprememb, ki bi to odpravile, pa ni.

Viri:

1. Epstein RM. Communication between primary care physicians and consultants. Arch Fam Med 1995;4(5):403-9. Dosegljivo na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7742962>
2. Fortuna M. Sodelovanje med zdravniki na različnih ravneh. http://www.sz.d.si/user_files/vsebina/zdravniski.vestnik/vestnik/st3-11/st3-11-617-618.htm (21.11.2012)
3. Voljč B. (1981) Analiza specialističnih pregledov zavarovancev občine Ribnica s predlogi za cenejši sistem teh storitev in racionalnejšo doktrino. Magistrska naloga. Medicinska fakulteta univerze v Zagrebu, Škola narodnog zdravlja »Andrija Štampar. Zagreb

117

10.

S kakšnimi občutki greste k zdravniku?

Od 1047 anketirancev jih je odgovorilo 1031 z 1065 odgovori. Da ne gredo radi k zdravniku, jih je odgovorilo 468 ali 43.9%, da gredo radi, jih je odgovorilo 262 ali 24.6%, da gredo s strahom, jih je povedalo 97 ali 9.1%, drugačnih odgovorov pa je bilo še 238 ali 22.3%.

Anketiranci si bili naprošeni, da pojasnijo vzroke za svoje odgovore.

Anketiranci, ki **ne gredo radi** k zdravniku, so med najpogostejšimi odgovori navedli, da jim je pot k zdravniku neprijetna, da nihče ne gre rad, da najraje ne bi šli, da ne marajo zdravnikov, ki so z osebjem vred neprijazni, odveč pa sta jim tudi čakanje in gneča.

Med tistimi, ki so rekli, da **gredo radi**, jih je največ odgovorilo, da jim bo zdravnik pomagal, da so zdravniki prijazni in jim zaupajo, da dobijo zdravila, da izvedo, kako je z njihovim zdravjem in ker nimajo težav, če morajo k zdravniku.

Tisti, ki **gredo s strahom**, so povedali, da zato, ker zdravniki vedno kaj najdejo in da imajo pred njimi privzgojeno tremo in strah.

Med odgovori, ki so uvrščeni pod **drugo**, jih je največ povedalo, da gredo takrat, ko so bolni, sicer pa so najraje zdravi.

Komentar:

Nelagodje ali strah pred obiskom zdravnika je običajen pojav. Povezan je s strahom pred boleznijo, bolečino, bolečimi posegi, nelagodjem pri slačenju in podrejenostjo, pri večkratnih stikih tudi s slabimi izkušnjami, plačilom storitev, skrivanjem bolezni, za katero naj bi tudi zdravnik ne vedel (odvisnosti) in nizkim samospoštovanjem (Klein). Nekateri bolniki se ves čas počutijo nelagodno; ko razmišljajo o tem, da bodo šli, na poti tja, med čakanjem v čakalnici in med samim pregledom. Tudi okolje zdravstvenih prostorov, ambulant in inštitucij jih navdaja z nelagodjem, ki ga marsikdo nosi s seboj še iz otroških izkušenj z zdravniki.

Nelagodje se lahko stopnjuje do nervoze, strahu in celo panike. Nekateri bolniki si med čakanjem v čakalnici premislijo in gredo domov, drugi odlašajo z obiskom, čeprav čutijo, da se jim stanje slabša (Fritscher 2008).

Vendar vsi bolniki ne hodijo k zdravnikom z nelagodjem, kakor kažejo tudi odgovori na vprašanje. Najpogostejši odgovori predstavljajo večinske občutke bolnikov pred obiskom pri zdravniku. Ti občutki izražajo del odnosa, ki ga ima pri nas javnost do zdravnikov, posredno pa tudi do zdravstva. V tem odnosu se prepletata tradicionalna podoba zdravnika s podrejeno vlogo bolnika, ki jo ta hočeš-nočeš mora sprejeti, s sodobno, drugačno vlogo bolnika, ki se pojavlja v zadnjem času; bolnika, ki o bolezni ve mnogo več kot kdajkoli prej, ki želi z boleznijo aktivno živeti in o njej soodločati in ki pri tem zdravnika sprejema bolj kot svetovalca. Očitno je, da pri nas med populacijo 50+ še vedno prevladuje tradicionalni odnos do vloge zdravnikov, saj med anketiranci prednjačijo neprijetni občutki, ki so povezani tako z osebnim odnosom, kakor tudi s pridobljenimi izkušnjami z zdravniki in zdravstvom.

Videti je, da tudi zdravstvo organizacijsko še vedno deluje na dveh pozicijah. Na eni strani nadrejenost, znanje, avtoriteta, sistem, na drugi podrejenost, odvisnost, potreba po pomoči, neznanje, posameznik. Ta podrejenost ni prostovoljna in je zato neprijetna. Ker je raziskava osredotočena na starejšo polovico slovenske populacije, so prevladujoča tradicionalna razmerja razumljiva.

Ali bolnik prihaja k zdravniku z odporom in strahom ali pa ne, je v največji meri odvisno od zdravnika, njegovega zanimanja za bolnika in načina obravnave. Zato gre lahko isti bolnik k enemu zdravniku rad, k drugemu pa z odporom in strahom. V anketi so nekateri povedali, da gredo k svojemu zdravniku radi, k specialistu pa s strahom. Od vsakega zdravnika je zato v največji meri odvisno, ali se bodo prijazni ali neprijazni občutki bolnika med obiskom povečali, utrdili ali zmanjšali. Z ozirom na vrednote, ki jih bolniki pri zdravnikih najbolj cenijo, neprijetne občutke bolnikov odpravlja predvsem prijaznost in manj strokovnost.

Viri:

1. Klein P. Doctor Visit Anxiety. <http://www.womenstherapyservices.com/articles/doctor-visit-anxiety.html> (25.11.2012)
2. Fritscher L. Iatrophobia. <http://phobias.about.com/od/phobiaslist/a/iatrophobia.htm> (25.12.2012)

11.

Ali spodnje trditve veljajo tudi v vašem primeru?

11a. Zdravstveni prostori so čisti:

1025 odgovorov. Da, 997 ali 97.3%. Ne 16 ali 1.6%. Ne vem 12 ili 1.2%.

11b. Zdravstveni prostori so primerno topli:

1023 odgovorov. Da, 993 ali 97.1%. Ne 24 ali 2.3%. Ne vem 6 ali 0.6%.

11 c. Sedeži v čakalnicah so udobni:

1019 odgovorov. Da 77.6%. Ne 207 ali 20.3%. Ne vem 21 ali 2.1%.

11d. Stranišča so čista:

1018 odgovorov. Da 865 ali 85%. Ne 33 ali 3.2%. Ne vem 120 ali 11.8%.

11e. Napisi imajo dovolj velike črke in so lahko berljivi:

1021 odgovorov. Da 945 ali 92.6%. Ne 63 ali 6.2%. Ne vem 13 ali 1.3%.

11f. Med čakanjem lahko dobim vodo:

1015 odgovorov. Da 758 ali 74.7%. Ne 121 ali 11.9%. Ne vem 136 ali 13.4%.

Komentar:

Zdravstvena kultura družbe se izkazuje tudi v načrtovanju in opremljenosti zdravstvenih prostorov, ki naj bi ne bili namenjeni le zdravstvenim storitvam, ampak naj bi upoštevali tudi navzočnost bolnikov, njihove občutke in počutje. Sterilni prostori, ki so bolj namenjeni funkciji kot namenu, pri bolnikih povečujejo njihovo nelagodje in strah pred pregledi. Bolnikom prijazno opremljeni prostori veliko

prispevajo k boljšemu počutju bolnikov, z njimi zdravstvo izkazuje svojo prijaznost in pozornost do bolnikov in svojo zdravstveno kulturo. V tem okviru predstavljajo čakalnice poseben primer. Čeprav so namenjene izključno bolnikom, ki se v njih najdlje zadržujejo, so med njimi najmanj priljubljene, deloma tudi zaradi iztrošene ali neprimerne opreme, kar je značilno za nekatere javno-zdravstvene ustanove. Zasebni zdravniki posvečajo opremi svojih čakalnic več pozornosti; skrbijo, da so njihove čakalnice kar najbolj udobne in s sistemom naročanja skrbijo, da v njih ni nikoli gneče. S tem poudarijo pomen bolnikovih težav, kar potrdijo še s prijaznim sprejemom in pregledom. Vse to je sicer mogoče urediti tudi v javnem zdravstvu, vendar pa zdravniki in drugi zdravstveniki za to niso posebej motivirani, še posebej ne finančno. V Sloveniji imamo že dolgo Pravilnik o pogojih za opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti (UL RS 1992), ki predpisuje nujno opremo posameznih prostorov, kar pa ne pomeni, da ta ne bi bila lahko še bolj bolnikom prijazna. Enako velja za čakalnice v javno-zdravstvenih ustanovah.

Načrtovanje in gradnja zdravstvenih ustanov je skupaj z opremo posebna veja arhitekture in gradbeništva. V Sloveniji smo imeli v nekdanjem Medico-inženiringu specializirano skupino strokovnjakov, ki je v času svojega delovanja načrtovala večino vseh zdravstvenih ustanov, ki so se takrat gradile. Pri tem so upoštevali vse veljavne standarde, ki so veljali tudi drugod po razvitem svetu. Danes je to bolj razpršeno in prepuščeno zasebnim firmam.

V anketi nas je zanimalo, kako anketiranci ocenjujejo prijaznost zdravstvenih prostorov s čistočo, temperaturo, sedeži v čakalnicah, sanitarijami, berljivostjo napisov in možnostjo pitja vode. V večini je bila ocena anketirancev visoka, najnižjo oceno so dobili sedeži v čakalnicah in oskrba bolnikov s pitno vodo. Sicer pa bi po odgovorih lahko sodili, da so prostori slovenskih zdravstvenih ustanov bolnikom v glavnem prijazni, s priporočilom, da bi bilo koristno predpisati obliko in velikost sedežev v čakalnicah.

Vir:

1. Pravilnik o pogojih za opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti. Uradni list RS 24/92.

12.

Kaj bi lahko pohvalili?

12 a. V primarnem zdravstvu

Odgovorilo je 887 anketirancev, 160 jih na vprašanje ni odgovorilo. Najpogostejši odgovori so smiselno razvrščeni takole:

Ničesar ne bi pohvalilo 139 anketirancev, da ne vedo odgovoriti, pa 53.

Da je **vse v redu** in da so **zadovoljni**, jih je menilo 141. Bolj podrobni odgovori so se najpogosteje nanašali na **prijazen odnos** zdravnikov in sester, na kar je opozorilo 169 anketirancev, na **požrtvovalnost in zavzetost** pa 25. **Zdravnike** je posebej pohvalilo 73, **strokovnost** dela 27, **dobro izkušnje** pa 12 anketirancev. Na dejstvo, da je **pomoč dostopna na enem mestu**, je opozorilo 39 anketirancev, **naročanje na uro** pa 29.

12b. V specialističnih ambulantah

Odgovoril je 801 udeleženec, 246 jih na vprašanje ni odgovorilo. Najpogostejši odgovori so smiselno razvrščeni takole:

Ničesar ne bi pohvalilo 150 anketirancev, da ne vedo odgovoriti, pa 112.

Da delajo **dobro** in so **zadovoljni**, je menilo 125 anketirancev, **prijaznost** zdravnikov, sester in osebja, spoštljivost, vljudnost, korektnost, je pohvalilo 158 anketirancev, zadovoljstvo z njihovim delom, **strokovnostjo** in temeljitostjo pregleda 238 anketirancev, **organizacijo** dela in hitro pomoč pa 45 anketirancev. *Kljub pozitivno usmerjenemu vprašanju, so nekateri anketiranci opozorili na čakanje, gnečo v čakalnicah in da je treba imeti zveze.*

12 c. V bolnišnicah

Odgovorilo je 280 anketirancev, 767 jih na vprašanje ni odgovorilo. Najpogostejši odgovori so smiselno razvrščeni takole:

Ničesar ne bi pohvalilo 28 anketirancev, da ne vedo odgovoriti pa 144.

Da so z delom bolnišnic **zadovoljni**, je odgovorilo 121 anketirancev. **Prijaznost** osebja, njihovo prizadevnost, skrb in spoštljivost je pohvalilo 253 anketirancev, **strokovnost, organizacijo** in **uspešne posege** 94 anketirancev, dobro **oskrbo**, hrano, postrežbo in čistočo pa 44 anketirancev.

Kljub pozitivno usmerjenemu vprašanju, so nekateri anketiranci opozorili na neprijaznost osebja, da zdravnika bolnik skoraj ne vidi in na potrebo po zvezah.

Komentar:

Odgovori so vsebinsko in količinsko precej podobno razporejeni na vseh treh nivojih. Prijazen sprejem, občutek požrtvovalnosti osebja, spoštljiv odnos, bolniki poudarjajo bolj kot strokovnost. Videti je, da imajo v strokovnost zdravstvenega osebja nekakšno osnovno zaupanje, kakor da v zdravstvu ne bi pričakovali neznanja.

Bolniki pohvale in graje zdravstva oblikujejo po svojih pričakovanjih, ki so povsod večinoma enaka. Od zdravnikov poleg povrnitve zdravja pričakujejo zasebnost, prijaznost, zaupanje, najboljše storitve, učinkovita zdravila, hitro ukrepanje, cenijo tudi stalnost odnosa z zdravnikom, kakor tudi, da jim zdravnikovo ukrepanje vzbuja upanje. Manj jim pomenijo pravičnost, enakopravnost in morebitni konflikti interesov pri zdravnikih. Če so zavarovani jih najmanj zanimajo stroški pregleda in storitev, še manj pa odstotek BDP za zdravstvo (Destky 2011). Želijo tudi, da se jih posluša, spoštuje in da se pokaže zanimanje za njihove težave. Nočejo biti problem, nočejo podcenjevanja svojih težav, hitrih, površnih pregledov, odločitev za njihovim hrbtom, nadutosti, prevar, odklanjanja in naveličanosti kadra (Polta 2012). Osebni zdravniki so priljubljeni med njimi zato, ker jih bolniki dobro poznajo, ker so z njimi prijazni in ker se da z njimi lažje dogovoriti za datum in uro pregleda (Warner 2008).

V luči vseh teh okoliščin je potrebno presojati stališča, ki so jih v zvezi s pohvalami izrekli anketiranci. Glede na prevladujoče pohvale je moč zaključiti, da je zadovoljstvo slovenskih bolnikov z zdravstvom na visoki ravni in da znajo oceniti tisto, kar je dobro. Seveda je treba upoštevati tudi pozitivno naravnost vprašanja, ki posredno napeljuje k bolj pozitivnim kot negativnim ugotovitvam. Kljub temu so anketiranci čutili potrebo, da opozorijo tudi na stvari, ki jim niso všeč. Temu področju je namenjeno naslednje vprašanje.

Viri:

1. Detsky A (2011) What do patients really want from health care? JAMA 2011;306(22):2500-1.
2. Warner J (2008) What do patients want from doctors?
<http://www.webmd.com/news20080310/what-do-patients-want-from-doctors> (26.11.2012)
3. Polta A (2012) What do patients want anyway?
<http://healthybeat.areavoices.com/2012/03/16/when-the-patient-complain-redux>

13.

Imate kakšne pripombe na

13 a.zdravstvene čakalnice?

Odgovorilo je 686 anketirancev s 770 stališči. Najpogostejša stališča povezujejo naslednja področja:

Med stališči anketirancev je bilo največ, 353 ali 46%, takih, ki niso imeli pripomb na čakalnice. Nekateri med njimi so kot vzrok navajali tudi pomanjkanje izkušenj z zdravstvom. Od vsebinskih pripomb se jih je največ, 228 ali 30%, nanašalo na predolgo čakanje in na gnečo, v kateri se lahko še česa nalezeš. Velikosti, opremi in vzdušju čakalnic je bilo namenjenih 127 ali 16.5% stališč, med katerimi je treba omeniti, da so turobne, neudobne, premajhne, slabo vzdrževane, da je v njih slab zrak in prevroče, da so neredko kar v hodnikih, ponekod so za bolnike zaklenjena stranišča, klopi ali stoli so neprimerni in še premalo jih je. Ponekod ni obešalnikov, v večini tudi ne časopisov ali revij, s katerim bi si bolniki krajšali čakanje. Po stenah je preveč reklam, napisi imajo premajhne črke in so težko berljivi. Na slabo organizacijo, neurejenost, nespoštovanje delovnega ali naročenega časa, privilegije ali vrivanje nekaterih bolnikov se je nanašalo 29 ali 3.8% stališč. Preostanek, ki predstavlja dobre 3% vseh stališč, je povezan s posamičnimi pripombami, ki ne vplivajo na sliko, ki jo izražajo prevladujoča stališča.

Komentar:

V zvezi z zdravstvenimi čakalnicami se raziskave predvsem ukvarjajo s časom čakanja pred pregledom in s tem povezuje zadovoljstvo bolnikov z zdravniki (Kersnik, Vipotnik-Zupanc 2001). V Zakonu o pacientovih pravicah iz leta 2008 je čas čakanja na specialistični pregled omejen s pojmom »razumne mere« (UL RS 2008), ki je zelo neoprijemljiv pojem. Pri pripravi novele zakona o pacientovih pravicah je bil čas čakanja na pregled v primarnem zdravstvu omejen na 20 minut, pri specialistu pa na največ eno uro. Oboje v praksi ni zaživel in vse teče brez nadzora po starem dalje, razen tam, kjer so posamezni zdravniki odgovorno uvedli naročanje na uro in ves čas nadzirajo, da se dogovorjeni čas tudi upošteva. Veliko manj pozornosti se v raziskavah usmerja na same čakalnice, njihovo opremo, vzdrževanost, udobje bolnikov med čakanjem in podobno. Na tem področju so zasebni zdravniki veliko bolj skrbni kakor v javnih zdravstvenih ustanovah. V naši raziskavi so anketiranci opozorili na vse druge okoliščine čakanja, ki so velikokrat

prezrte. Ali je za čakalnico z bolniki res dober vsak hodnik, vsaka klop ali stol? Ali sploh imamo normativ, koliko bolnikov je lahko hkrati v čakalnici, kakšna naj bo njena osvetlitev, temperatura, velikost napisov in podobno, vse tisto, na kar so opozorili naši anketiranci. Če govorimo o zdravstveni kulturi, se ta ne nanaša le na bolnike, ampak tudi na odnos zdravstva do njih. Med drugim se ta kaže tudi v tem, kakšna je povprečna podoba zdravniške čakalnice v slovenski družbi. Z ozirom na dobljene odgovore, bi na tem področju lahko še veliko izboljšali.

Vir:

1. Kersnik J, Vipotnik-Zupanc V. Čas čakanja na pregled pri zdravniku splošne medicine in zadovoljstvo bolnikov. Zdr vestn Maj 2001;70(5):275-8
2. Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list RS, 15/2008

13 b.sestrske sobe pred zdravnikovo ordinacijo?

Na vprašanje je bilo 536 odgovorov in 534 stališč.

Največ anketirancev, 362 ali 68% je odgovorilo, da ne vedo, kaj naj odgovorijo ali da nimajo izkušenj. Pohvalni so bili 103 odgovori, kar predstavlja 19% vseh stališč. Ostala stališča so bila bolj kritična in se nanašajo bodisi na same sobe in njihovo opremo, druga pa na odnos sester do bolnikov.

Da so sestrske sobe premajhne, prenatrpane, zastarele in slabo urejene, je menilo 30 ali 5.6% anketirancev. Nekateri med njimi so ob tem pohvalili sestrske sobe pri privatnih zdravnikih. Več prijaznosti, pozornosti in zasebnosti bi si želelo 19 ali 3.6% anketirancev. Da so sestre prezaposlene in kljub temu le v redkih primerih neprijazne, je bilo 8 oziroma 1.5% stališč. Čakanje, gneča in vrivanje moti 10 ali 1.9% anketirancev.

Komentar:

Visok odstotek anketirancev, ki niso vedeli, kaj naj v zvezi s prostori za sestre odgovorijo, kaže, da bolniki, kadar so v njih, ne posvečajo veliko pozornosti njihovi velikosti in opremljenosti, ampak so bolj pozorni na to, kako jih sestra sprejme in obravnava. Anketiranci so v manjšem odstotku stališčem o sestrskih sobah dodajali še stališča o delu in odnosu medicinskih sester do bolnikov. Pri tem je zanimivo, da ne ocenjujejo strokovnosti sestrskega dela. Videti je, da je podoba medicinske sestre v zavesti naših bolnikov povezana predvsem s prijazno in požrtvovalno pomočnico zdravnika, ki bolnikom pomaga v stikih z zdravniki in zdravstvom in jih bodri v njihovih zdravstvenih težavah. Očitno tudi dajanje

injekcij, prevezovanje in druga strokovna sestrska opravila sodijo v ta krog predstav. Glede na visok odstotek zadovoljnih odgovorov, lahko rečemo, da so bolniki zadovoljni tako s prostori kot s sestrami. Ker se velikost in oprema sestrskih prostorov od ustanove do ustanove, od ambulante do ambulante lahko precej razlikujejo, je nizek odstotek kritičnih stališč najbrž povezan tudi s takimi okoliščinami. Ker gre v vseh primerih za osebno oceno posameznega anketiranca, dovoljuje prevladujoči pozitiven ton stališč tudi prav takšen zaključek, ko je govora o prostorih, ki so v slovenskem zdravstvu namenjeni sestorskemu delu.

13 c.zdravniške ordinacije?

Na vprašanje je bilo 528 odgovorov in 528 stališč

Da so zdravniške ordinacije v redu, je menilo 472 ali 89% vseh anketirancev. Da so za silo, so rekli 4 oziroma 0.75%, takih, ki so rekli, da nimajo izkušenj in ne vedo, kaj naj rečejo, je bilo 6 ali 1.1% vseh odgovorov.

Bolj kritičnih je bilo 46 ali 8.7% stališč, nanašajo pa se na same ordinacije, kakor tudi na neprijazne izkušnje anketirancev. V zvezi z ordinacijami je bilo 21 ali 4% stališč; po njihovem mnenju so ordinacije zastarele, ne najbolj opremljene, neurejene in neprijazne. Vendar se kritična stališča nanašajo predvsem na stare ordinacije, eden od anketirancev je menil, da kar je novih, so v redu. Več stališč, 25 ali 4.7%, je bilo povezanih z neprijaznimi izkušnjami anketirancev. Po njihovem mnenju so zdravniki neprijazni in se premalo zavzamejo za bolnike, nekateri so menili, da naj bi zdravniki tudi kaj naredili in ne le pisali receptov. Moti jih, če jih zdravniki pošiljajo od ene preiskave na drugo, od vrat do vrat, prav tako jih moti tudi običajna gneča pred ordinacijami. Dva anketiranca sta rekla, da je vse odvisno od tega, kakšni so ljudje, ki gredo k zdravniku in kakšen je zdravnik, ki jih sprejme.

Komentar:

Izredno visoka stopnja zadovoljstva z ordinacijami zmanjšuje težo kritičnih stališč, ki jih je pri takem vprašanju in takem področju nujno treba pričakovati. Strinjati se je treba z mnenjem, da je vtis odvisen od obeh, bolnika in zdravnika.

13 d.lekarne?

Na vprašanje je bilo 545 odgovorov in 556 stališč

Med vsemi stališči je s 451 ali 81% prevladovalo mnenje, da so naše lekarne v redu, nekdo je ocenil, da so boljše od zdravstva. Zaradi pomanjkanja izkušenj z

lekarnami se je 5 ali 0.9% anketirancev odreklo odgovoru. Med kritičnimi stališči jih je 8 ali 1.4% menilo, da so bodisi preveč moderne in zato drage, bodisi stare in slabo opremljene. Med stališči, ki so povezana z delom samih lekarn, jih je 49 ali 8.8% izpostavljalo počasnost, neprijaznost in preskromno pojasnjevanje o načinu jemanja predpisanih zdravil. Da občasno kakšnega zdravila ni mogoče dobiti, da so zdravila draga, da je preveč doplačil in generičnih zdravil, je menilo 27 ali 4.9% anketirancev. Omeniti velja tudi v 14 primerih ali 2.5% izraženo stališče, da naj lekarne ostanejo lekarne, ne pa da se spreminjajo v trgovine.

Komentar:

Slovenske lekarne sistematično spremljajo zadovoljstvo uporabnikov z njihovimi storitvami. Raziskave kažejo na visok odstotek zadovoljstva, ki dosega 83%, kar je skoraj identično z odstotkom v naši raziskavi. Pripombe uporabnikov lekarniških storitev se nanašajo na zasebnost, čakanje, založenost z zdravili, parkirišča, odpiralni čas, lokacije, prijaznost, strokovno kompetenco, velikost lekarne, ceno zdravil, ki jih je potrebno plačati in svetovanje farmacevta (Horvat, Kos 2009). Razen parkirišč in lokacij so anketiranci v naši raziskavi omenjali ista področja, kar potrjuje veljavnost naših izsledkov, hkrati pa predstavlja področja, na katerih je kakovost slovenskih lekarn še mogoče izboljšati. Zanimivo je, da se stališča uporabnikov do prostorov lekarn le malokrat omenjajo. Tudi odlično pripravljena Nacionalna strategija vključevanja lekarniške dejavnosti v nadaljnji razvoj zdravstvenega sistema (Slovensko farmacevtsko društvo 2011), vprašanju, kako uporabniki doživljajo lekarniške prostore, ne namenja pozornosti. Čeprav je tudi v naši raziskavi prostorom namenjenih komaj 1.4% stališč, pa ta vseeno predstavljajo pomemben delež zadovoljstva z lekarniško dejavnostjo pri nas. Opozorila anketirancev o vse večji poslovni usmerjenosti lekarn in o dragih zdravilih v prosti prodaji imajo veliko javno-zdravstveno težo, o kateri bi morala zdravstvena politika imeti bolj opredeljena stališča.

Viri:

1. Horvat N, Kos M. Zadovoljstvo pacientov z lekarniškimi storitvami. Farmaceutski vestnik 2009; 60 (2): 135-40
2. Slovensko farmacevtsko društvo. Nacionalna strategija vključevanja lekarniške dejavnosti in lekarniških farmacevtov v nadaljnji razvoj slovenskega zdravstvenega sistema. Ljubljana: Maj 2001
http://www.sfd.si/uploads/datoteka/nacionalna_strategija_vkljucevanje_lekarnistva10.junij2011.pdf
(1.12. 2012)

13 e.specialistične ambulante?

Na vprašanje je bilo 569 odgovorov in 586 stališč

Da so specialistične ordinacije v redu ali še kar, je menilo 357 ali 61% anketirancev. Da ne vedo in da z njimi nimajo izkušenj, pa 30 oziroma 5.1% anketirancev. Da so specialistične ordinacije majhne, revne, slabo opremljene in da je v njih gneča, je menilo 18 ali 3% anketirancev.

Sicer pa se anketiranci v odgovorih niso osredotočili le na bistvo vprašanja, ampak so se kritično odzivali tudi na dostopnost, na odnos do njih in na organizacijo dela. V zvezi z dostopnostjo je bilo 129 ali 22% vseh pripomb. Največ, 115 se jih je nanašalo na predolgo čakanje. Kritično so omenjali samoplačništvo, če plačaš, so prijazni, za plačilo pa ponekod težko dobiš račun. Eden od anketirancev je bil mnenja, da specialiste zanimajo predvsem operacije.

Na odnos specialistov do bolnikov se je nanašalo 36 ali 6.1% vseh stališč. Pri stikih s specialisti bi si želeli več zasebnosti, da se ne bi počutili le kot številke, da bi si zdravniki zanje vzeli več časa in se bolj posvetili njihovim težavam. Moti jih vzvišeno, neprijazno in nezavzeto obravnavanje.

V zvezi z organizacijo dela je bilo 14 ali 2.4% stališč. Omenjali so slabe izkušnje in razočaranje, neurejenost, neodgovornost, netočen začetek dela, neupoštevanje naročenih ur in počasnost.

Nejasna sta bila 2 stališča oziroma 0.3% vseh stališč.

Komentar:

Čeprav so med obravnavo bolnikov v primarnem zdravstvu in pri specialistih konceptualne razlike, bolniki obravnavo v obeh doživljajo na enak način, kar kaže identičnost kritičnih pripomb na delo enih in drugih. Kljub temu velja opozoriti na stališča o vzvišenem, nezavzetem in neprijaznem odnosu specialistov, ki se v tej obliki pri drugih nivojih zdravstva ne pojavljajo. Morda je vzrok teh stališč tudi v tem, da bolniki s specialisti, ki jih le enkrat ali občasno videvajo, ne morejo vzpostaviti bolj osebnega, kaj šele stalnega odnosa. Ker specialiste manj poznajo, drugače presojujejo njihovo obnašanje.

13 f.bolnišnice?

Na vprašanje je bilo 550 odgovorov in 567 stališč

Kar 414 ali 73% stališč povezujejo odgovori, da so naše bolnišnice v redu, da nimajo pripomb ali pa, da z njimi nimajo izkušenj. Kritične pripombe se po rangi nanašajo na odnos zdravstvenega kadra do bolnikov in pri tem kritično omenjajo nekatere bolnišnice ali oddelke, na stavbe in opremo, na organizacijo oskrbe, na strokovnost in na dostopnost.

Med pripombami se na odnos zdravstvenega kadra do bolnikov nanaša 59 ali 10.4% vseh stališč. Najpogosteje bi si anketiranci želeli več pozornosti in prijaznosti in da bi premalo številni in zato preobremenjeni zdravniki in sestre imeli več časa za bolnika. Sestre da so včasih premalo prijazne, zdravniki pa neiskreni. V bolnišnici si ne želijo biti le številka, tudi zasebnosti je po njihovem mnenju premalo, saj vsak lahko pride k bolnikom, da se na njih uči, sami pa ne dobijo dovolj informacij in so premalo seznanjeni z zdravljenjem. Eno od anketirank moti, da v bolnišnici ni imela spodnjic, drugo pa, da je na intenzivnem oddelku ležala skupaj z moškimi bolniki. Staromrzništvo je kritično omenil samo en anketiranec. V osmih primerih so kritično omenjali nekatere bolnišnice oziroma njihove oddelke, en anketiranec pa je eno bolnišnico zelo pohvalil. Sicer pa je po mnenju nekaterih vse odvisno od tega na koga in kje naletiš.

V zvezi s stavbami in opremo je bilo 54 ali 9.5% vseh stališč. Anketiranci so izpostavljali zastarele, slabo vzdrževane stavbe, iztrošeno opremo, slabo zračenje, premajhne, prenatrpane sobe, premalo postelj in stranišč.

Glede organizacije dela in oskrbe je bilo 30 ali 5.3% stališč. Največkrat je bilo omenjeno čakanje na sprejem, neprimerna hrana in oskrba, slaba organiziranost dela in neupoštevanje pravil. Posamezniki so omenjali jutranji hrup, prezgodnjo večerjo, lakoto, žejo in, zanimivo, poledenelo parkirišče v zimskem času.

Kot običajno je strokovnost dela malokrat omenjena, z vsega skupaj 7 ali 1.2% stališč. Po mnenju štirih anketirancev se bolnike prehitro odpušča, da so bolnišnice nestrokovne in neučinkovite sta menila dva anketiranca, eden pa je bil v nasprotju z ostalimi mnenja, da bolnike v bolnišnicah predolgo zadržujejo.

Da so naše bolnišnice težko dostopne in da je brez zvez v njih težko, so z 0.5% menili 3 anketiranci.

Enega stališča zaradi nejasnosti ni bilo mogoče nikamor uvrstiti.

Komentar:

Različne kritične pripombe, ki imajo za ozadje neprijetne izkušnje nekaterih anketirancev, ne morejo zmanjšati dejstva, da kar tri četrtine vseh stališč

predstavlja pohvalo slovenskih bolnišnic. Kljub temu je za njihova vodstva in za zaposlene v njih pomembno vedeti, kaj bolnike na posameznih področjih moti oziroma kje je bolnišničnemu delu potrebno v zvezi z zadovoljstvom bolnikov posvečati več pozornosti. Enake zaključke navaja tudi Nacionalna anketa o izkušnjah pacientov v bolnišnici. Po tej anketi je zadovoljstvo bolnikov z delom bolnišnic pri nas še višje, saj v razponu od 1 do 100 dosega kar 85.9 točk (najmanj 81, največ 94). Izsledki ankete Ministrstva za zdravje kažejo, da bolnike najbolj moti čakanje na sprejem ali poseg, pogovarjanje o njih kakor da jih ni, čeprav so navzoči, nespoštovanje zasebnosti, preskromne in premalo razumljive informacije, ki so med seboj tudi nasprotujoče, slabo seznanjanje z njihovimi pravicami in hrup. Kritični izsledki ankete, čeprav maloštevilni, kažejo, da pripombe bolnikov zaposlenim odkrivajo njihove »slepe pege«, ko se napak niti ne zavedajo in jim tako omogočajo uvajanje popravkov ali novih oziroma boljših metod (Robida 2007).

Anketa Ministrstva za zdravje je zaradi primerljivosti imela standardizirana vprašanja, izvajali po so jo med hospitaliziranimi bolniki, kar bi lahko vplivalo na oceno njihovega zadovoljstva. Naša anketa je imela eno samo odprto vprašanje, ki je anketirancem, ki v času anketiranja niso bili v bolnišnični oskrbi, dopuščalo, da odgovorijo tako, kakor mislijo, ne da bi jim pri tem kdo pomagal ali vplival na njihove odgovore. Zato izsledki naše ankete predstavljajo celostno sliko mnenj starejše polovice naše javnosti o slovenskih bolnišnicah.

Vir:

1. Robida A. Nacionalna anketa o izkušnjah pacientov v bolnišnici. Ministrstvo za zdravje; Ljubljana: 2007

13 g.zdravstvo?

Na vprašanje je bilo 68 odgovorov in 71 stališč
51 anketirancev je odgovorilo, da nima pripomb, kar predstavlja 72% vseh odgovorov, 5 ali 7% anketirancev je omenilo čakanje, 15 ali 21% stališč pa je bilo posamičnih.

Komentar:

Od 1047 anketirancev je na vprašanje odgovorilo le 68, kar predstavlja 6.5% vseh udeležencev ankete. Od tistih, ki so odgovorili, jih kar 41 ni imelo mnenja, kar pomeni, da je svoja stališča izrazilo le 27 anketirancev, kar med vsemi udeleženci

predstavlja 2.6%. Na osnovi tako majhnega števila stališč ni mogoče zaključiti ničesar, razen tega, da je narava posamičnih stališč taka, da so že vsa našeta v prejšnjih pripombah na posamezno področje zdravstva. Nanašajo se na razlike v strokovnosti, na plačevanje, naročanje, prezaposlenost kadra, predpisovanje zdravil, ali pa se pripomba nanaša na posamezno bolnišnico ali njen oddelek. Zanimivo je stališče enega anketiranca, da zdravniki zelo težko priznavajo napake in drugega, da je v slovenskem zdravstvu premalo preventive. Z obojim se je mogoče strinjati.

Komentar na vsa stališča v zvezi s prostori in njihovo opremo:

V odgovorih na vprašanje so anketiranci z 89% najvišje ocenili zdravniške ordinacije, z 87% sledijo sestrške sobe, z 81% lekarne, z 73% bolnišnice, z 61% specialistične ambulante in na koncu čakalnica, ki so zbrale 46% pozitivnih stališč. Povprečje pozitivnih ocen je 73%. Čeprav je bilo vprašanje namenjeno predvsem oceni prostorov in opreme, so jih anketiranci ocenjevali bolj celostno, z njihovim delom in odnosom do bolnikov vred. V veliki večini primerov so, razen čakalnic, zadovoljni tako s prostori, kakor z delom v njih in odnosom, s kakršnim jih sprejemajo zaposleni v zdravstvu. Kritična stališča so v manjšini, kar pa ne zmanjšuje njihovega javno-zdravstvenega pomena tako za zdravstveno politiko kakor za izvajalce storitev in njihova vodstva. Na vseh področjih izstopajo več ali manj enake kritične pripombe. Anketirance najbolj moti dolgo čakanje, slaba organizacija dela, nespoštovanje delovnega časa, privilegiji in vrivanje, neprijazen in nespoštljiv odnos, pomanjkljiva zasebnost, nezadostno informiranje in plačevanje storitev oziroma samoplačništvo. Čeprav se vse te pripombe vedno znova pojavljajo in so že dolgo znane, se v praksi kljub raznim zakonskim določilom in strokovnim dogovorom še vedno pojavljajo. V Sloveniji je bilo že kar nekaj poskusov uvajanja zdravstvene reforme, od katerih se noben ni uspešno zaključil. Zato je potrebno poudariti, da je pri bodočih reformah, kakor tudi pri uvajanju sistemov kakovosti, potrebno resno upoštevati vse kritične pripombe javnosti, ki predstavljajo glas in izbiro državljanov.

V zvezi z zdravstvenimi prostori in njihovo opremo je Ministrstvo za zdravstvo v letu 2008 v štirih zvezkih objavilo Prostorske tehnične smernice za zdravstvene objekte, ki podrobno določajo pogoje, ki jih je potrebno upoštevati pri gradnji in opremitvi prostorov v zdravstvu nasploh, v bolnišnicah, zdravstvenih domovih in zavodih za zdravstveno varstvo (MZ 2008). Med njimi so našeta tudi vsi prostori,

o katerih smo spraševali v naši anketi. Slika, ki smo jo z njihovimi odgovori dobili, nam prikazuje, kako jih brez poznavanja tehničnih in strokovnih pogojev o njihovih površinah in opremi sprejemajo bolniki, ki so jim vsi ti predpisi pravzaprav namenjeni. V kolikšni meri se strokovnjaki, ki so pripravili tehnične smernice iz njih lahko kaj naučijo in to upoštevajo pri pripravi naslednjih dopolnitev smernic, je vprašanje, na katerega morajo odgovoriti sami. Da so smernice tisti, ki so jih sestavljali, v prvi vrsti namenjali nemotenemu strokovnemu delu, je razvidno iz vse njihove vsebine. V naši anketi so na primer anketiranci kritično omenili, da morajo na pregled čakati v hodnikih, ki so namenjeni prehodom – kar se v njih tudi dogaja – ne pa čakanju. Čakanje na hodnikih, ki jih pod nobenim pogojem ne moremo šteti med čakalnice, kjer se priimki in imena bolnikov kričijo prek odprtih vrat, ali pa se jim ob predaji izvidov vpričo drugih na glas daje navodila, je ne le v nasprotju z dostojanstvom in zasebnostjo bolnikov, ampak tudi z zdravstveno etiko. Kljub temu so v tehničnih smernicah hodniki še vedno obravnavani tudi kot čakalnice. Že v tem primeru je stališče anketirancev veliko bolj etično in človeško zrelo od tehničnih smernic. Pri naslednji reviziji bi jih bilo koristno zato preverjati ne le s tehničnega in strokovnega vidika, ampak tudi s stališča njihovih uporabnikov. Kadar bodo v odločanje vključeni tudi bolniki, bo zdravstvo postalo bolnikom prijazno še z njihovega vidika.

131

Vir:

1. Prostorska tehnična smernica – Zdravstveni objekti. TSG-12640-001:2008-Zdravstveni objekti. Republika Slovenija Ministrstvo za zdravje. Ljubljana: 2008.

14

Kaj najbolj pogrešate pri stikih z zdravstvom?

Od 1047 anketirancev jih je odgovorilo 843 z 861 stališči; 204 jih ni odgovorilo. Največ, 420 ali 48.7%, jih je odgovorilo, da ničesar ne pogrešajo, nekaj med njimi zato, ker bolj malo hodijo k zdravniku. Od vsebinskih odgovorov si jih je največ, 227 ali 26.4%, želelo, da bi bil odnos zdravnikov in sester do njih prijaznejši in da bi za obravnavo njihovih težav imeli več časa. Da bi bilo čakanje na pregled krajše, si je želelo 94 ali 11.0% anketirancev. Takih, ki so menili, da bi obstoječe pravice morale bolj veljati, je bilo 29 ali 3.3%, da bi moralo biti zdravstvo boljše pa 27 ali 3.1%. Stališče, da bi moralo biti več zdravnikov in sester, kar bi zmanjšalo njihovo

obremenitev, je izrazilo 23 ali 2.7% anketirancev, potrebo po boljši organizaciji dela je izrazilo 21 ali 2.4%, po strokovnem delu pa 20 ali 2.3%.

Komentar:

Večina anketirancev, ki **ničesar ne pogreša**, je z zdravstvom zadovoljna, drugi nič ne pogrešajo zato, ker ne hodijo k zdravniku. V starejši polovici prebivalstva, od 50 let navzgor, je še veliko takih, ki so zdravi.

Večno ponavljajoča se želja po **prijaznem in čutečem odnosu** (Gorenak 2011), je v ospredju želja med anketiranci. Čeprav je vsem znano, da bolniki pri zdravnikih in sestrah najbolj cenijo prav to, je videti, da pozornosti ne dobijo dovolj in če so ob tem še na hitro odpravljeni, so v svojih težavah užaljeni, nad zdravniki in sestrami pa razočarani. Vendar je tudi v prijaznosti in čutečem odnosu potrebno imeti etično mero in sklepanje prijateljstev ali emocionalnih odnosov, ki lahko vodijo do raznovrstnih zapletov pri odnosih z bolniki, ni priporočljivo. Bolnik naj čuti, da je zdravnik z njim prijazen zato, ker je sposoben začutiti njegove težave in mu pri tem v okviru svoje stroke kar najbolj pomagati. To je meja, ki je naj zaposleni v zdravstvu ne bi prestopili (Gadit 2010).

Anketiranci, ki jih moti dolgo **čakanje** na storitev, so opozarjali tako na predolge čakalne dobe, kakor na čakanje v čakalnicah. Še posebej jih moti, če so naročeni na uro, zato čakanja ne pričakujejo, potem pa vseeno čakajo. Menijo, da bi ob dobri organizaciji in točnem začetku dela bilo manj čakanja. Pomembno je tudi, da je dostop do zdravstvenih storitev zagotovljen ob nedeljah in praznikih. V primeru nujnosti si želijo učinkovito in hitro pomoč. Od časa do časa mediji poročajo o primerih, ko je bilo bolnikovo stanje urgentno in se je zanj tragično končalo, ker je moral v ustanovi predolgo čakati, da bi prišel na vrsto ali zaradi birokratskih procedur z napotnico (Socialna varnost 2007).

Stališča anketirancev v zvezi s prijaznostjo in krajšemu čakanju v odstotkih skupaj znašajo skoraj trikrat več kot vsa ostala vsebinska stališča, ki jih omenjamo v nadaljevanju, kar jim daje posebno težo. Zdravstvo, ki se po svoji naravi organizacijsko počasi in slabo odziva, je treba ob vsaki priložnosti na ta dva področja kar naprej opozarjati.

V zvezi s **pravicami** si nekateri anketiranci želijo, da bi bilo v zdravstvu manj plačevanja, še posebej, ker so zavarovani in ker plačujejo tudi dodatno zavarovanje. Samoplačniške storitve so v seznamu pravic iz obveznega zavarovanja določene (Beigot), če je treba plačevati za tisto, kar naj bi bilo vsakomur zagotovljeno, je to

zanikanje obstoječih pravic in enakopravnosti, saj si plačanih storitev vsi ne morejo privoščiti. Ne odobravajo, da si obravnavan drugače in hitreje, če plačaš. Želijo si več enakopravnosti in manj krčenja obstoječih pravic. Kritično so omenjali tudi težaven dostop do zobozdravniških storitev in njihovo plačevanje.

V zvezi z **zdravstvom** nasploh si anketiranci si želijo več pravic, preventive, patronaže in hišnih obiskov, kar vse je bilo po njihovem mnenju v prejšnjem sistemu. Ne želijo si nadaljnjega krčenja pravic, ampak da se spoštuje, kar jim pripada. Nekateri so opozorili na ukinjanje podeželskih ambulant in povedali, da se s tem ne strinjajo. Menili so tudi, da zdravstvo sicer potrebuje boljšo opremo, vendar naj bi se sredstva, ki so na voljo, trošila bolj racionalno.

Nekateri bi želeli v bolnišnicah boljšo hrano in več TV sprejemnikov, nekdo pa bi »na cesto vrgel« ministra.

Po mnenju nekaterih anketirancev je premalo **zdravnikov in sester**. Več bi morale biti družinskih zdravnikov, prav tako tudi na urgenci, kjer so zdravniki in sestre preobremenjeni. Ni prav, če so zdravniki v službi in dežurni hkrati. Nekateri anketiranci si želijo bolj izkušene zdravnike, pa tudi več posvetovanj med njimi. Zdravniki naj bi se zavedali, da niso nezmotljivi in se bolj ukvarjali s svojo stroko, ne pa s politiko in prepiri. Vrednota sistema so prijazne sestre, neprijaznih si ne želijo.

Tudi **organizacija dela** bi bila v zdravstvu lahko boljša. Stika z zdravstvom ni vedno lahko vzpostaviti. Ure, ko posamezne ambulante delajo, naj se čim manj menjajo, dela v njih pa naj ne motijo obiski predstavnikov farmacevtskih družb. Če bolnik potrebuje samo recepte ali napotnico, bi oboje ob majhni dobri volji lahko dobil brez čakanja. Bolnike naj bi po odpustu iz bolnišnice lokalno zdravstvo obravnavalo bolj skrbno.

Po mnenju enega anketiranca je slovensko zdravstvo internetno nepismeno.

Tudi v naši anketi so anketiranci imeli najmanj pripomb v zvezi s **strokovnostjo** dela, pa še tu se pripombe nanašajo manj na stroko in bolj na način dela. V primerjavi s pomenom, ki ga imata za bolnike prijazen odnos in razumevanje za težave, je strokovnost za bolnike veliko manj pomembna. Strokovnost vidijo tudi v dobrih razlagah in bolj osebnemu in manj rutinskemu delu, s čimer se ta vrednota spet bolj bliža k odnosu in razumevanju.

Dva anketiranca sta opozorila na prepočasno diagnosticiranje na eni in hitenje z delom v bolnišnicah na drugi strani.

Viri:

1. Gorenak I, Goričan A. Zadovoljstvo bolnikov v primarnem zdravstvu – primer Zdravstvenega doma Šmarje pri Jelšah. Zdrav Var 2011;50:175-84.
2. Gadit A. Should doctors and patients be friends? Can this lead to an ethical dilemma? www.jpma.org.pk/full_article_text_php?article_id=2347 (5.12.2012)
3. Tired of waiting for the doctor? You're not alone! www.msnbc.msn.com/id/15487676/ns/health-health_care/t/tired-waiting-doctor-youre-not-alone/#.UL8M_9XAPIU (5.12.2012)
4. Socialna varnost in zdravstvena oskrba v Sloveniji. www.kupid.com/forum/_vt.php?&t=14734&view=n (5.12.2012)
5. Beigot F. Pravice in postopki – pogosta vprašanja. www.zdravniki-nasveti.net/?nStran=teme&tema=pravice#pod3 (5.12.2012).

15

Kaj predlagate za izboljšanje zdravstvenega sistema?

Od 1047 anketirancev jih je odgovorilo, da ne bi nič spremenili ali da ne vedo kaj, 451 ali 43%. Vsebinsko jih je na vprašanje odgovorilo 596 ali 57% z 669 stališči. Da je treba zmanjšati čakanje, jih je menilo 226 ali 33.8%, na zdravstvo se je nanašalo 173 ali 25.8% stališč, na odnos do bolnikov 126 ali 18.8%, na zdravstveno osebo 75 ali 11.2% in na organizacijo dela 69 ali 10.3%.

134

Komentar:

Večina uporabnikov zdravstva najtežje sprejema **čakanje**, pa najsi se to nanaša na čakalne dobe ali na čakanje v čakalnicah. Zdravstvena politika se tega sicer zaveda, vendar ima druge prioritete. V resnici si zdravstvo največ zamer javnosti ustvarja v čakalnicah. Dosedanji ukrepi za zmanjšanje čakalnih dob niso uspešni, k čemur precej pripomore slabo sodelovanje zdravstva. Ker čakanje in čakalne dobe nikjer ne veljajo v enaki meri za vse bolnike, je istočasno ponujanje samoplačniških ambulant, z istimi zdravniki, nemara celo v istih prostorih, nekaj, kar bo slovenska družba vedno težko sprejemala. Dva anketiranca menita, da bi boljše urejen sistem naročanja lahko skrajšal nepotrebna čakanja.

Nekateri anketiranci menijo, da **zdravstvo** potrebuje več denarja. Z nelagodjem spremljajo krčenje pravic, zdravstvo naj bi bilo po njihovem mnenju javno in zastoj. Doplačil in samoplačništva je preveč, pravic pa premalo. Pripomočki naj bi bili dostopnejši, prav tako zdraviliško zdravljenje. Kdor ne zmora stroškov za

zdravje, naj bi prejel denarno pomoč. Tudi zobozdravstvo naj bo javno in vsem dostopno. Zobozdravniki so postali za revnejše predragi.

Zdravila naj bi bila dostopnejša s čim manj doplačili, za recepte in napotnice naj se ne čaka.

Zasebno in javno zdravstvo se ne bi smela prepletati, ampak naj bi bila oba v celoti ločena eden od drugega. Koncesij je preveč, njihovo število bi bilo treba zmanjšati. Lokalnim okoljem in družinskim zdravnikom bi morala biti namenjena večja vloga. Dotrajane stavbe in opremo naj bi se obnovilo, več bi morali imeti negovalnih bolnišnic, poskrbljeno bi moralo biti za tiste, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo. Eno zdravstveno zavarovanje je dovolj, reforma je potrebna, a jo zavlačujejo ministri. V zdravstvu je preveč birokracije in premalo zdravstvenikov. Zakone bi bilo treba bolj spoštovati.

Več pozornosti bi bilo treba nameniti preventivi in zdravemu življenju.

Zdravniki naj bi med bolniki imeli čim manj sitnežev in simulantov.

Za anketirance je pomembna prvina zdravstva **prijaznost** in pozornost do bolnika.

Ni prav, če so v zdravstvu privilegiji in storitve za nekatere lažje dosegljive.

Zdravstvo bi moralo biti enakopravno dostopno vsem, zdravniki pa ne bi smeli pozabljati na zdravstveno etiko.

Ker je starejših bolnikov vse več, je nekaj anketirancev opozorilo na potrebno pozornost do njih.

Po mnenju nekaterih anketirancev je **zdravnikov** premalo in so preobremenjeni, zato bi bilo potrebno skrbeti za njihovo enakomerno obremenitev. Drugi so mnenja, naj se stari zdravniki upokojijo in prepustijo delo mlajšim. Zdravnike bi bilo treba plačevati po uspešnosti. Tudi sestre veliko delajo, bolniki pri njih posebej cenijo prijaznost.

Anketiranci menijo, da je **organizacijo dela** v zdravstvu z večjim redom, disciplino, večjo odgovornostjo in nadzorom mogoče izboljšati. Predolge diagnostične postopke je treba skrajšati, namesto dežurstev bi bile boljše izmene, zdravniki bi lahko opravili več hišnih obiskov. Informacije naj bi bile razumljive in strokovne, v stikih z bolniki bi se zdravstvo lahko v večji meri posluževalo elektronskih medijev.

Vsi izrečeni predlogi so z javno-zdravstvenega stališča utemeljeni in vse pozornosti vredni. Dokazujejo veliko zrelost starejše slovenske javnosti v njenem odnosu do zdravstva in utemeljujejo eno od načel Ljubljanske listine, da je pri reformiranju zdravstvenih sistemov potrebno upoštevati »glas in izbiro državljanov«.

Ste se že kdaj pritožili?

Od 1047 anketirancev jih je na vprašanje odgovorilo 1037. Da se še niso pritožili, jih je povedalo 979 ali 93.5%, da so se že pritožili pa 58 ali 5.5%. Na vprašanje ni odgovorilo 10 anketirancev.

Komentar:

Za vsako pritožbo bolnika je razočaranje, jeza ali nestrinjanje z obravnavo, ki jo je bil pred tem deležen. Bolniki se pritožujejo, ker menijo, da so bili neustrezno strokovno obravnavani, ali da so jim bile kratene pravice. V Sloveniji je v primerjavi z drugimi razvitimi evropskimi okolji pritožb razmeroma malo; v Angliji se v enem letu v povprečju pritoži 1 bolnik na 450 prebivalcev, v Sloveniji se ocenjuje, da je ena pritožba na 1000 prebivalcev. Veliko pritožb se uredi že v ustanovi, še posebej, če se pritožbe bolnikov spremljajo in se sprejemajo korektivni ukrepi (Poredoš 2003). Na ta način pritožbe bolnikov prikazuje zdravstvena stroka, struktura pritožb je drugačna pri varuhih bolnikovih pravic. Najdaljšo izkušnjo v tem pogledu ima pri nas Maribor. V letu 2008 je bilo med 506 pritožbami, ki jih je obravnavala varuhinja, največ takih, ki so se nanašale na odnos zdravnikov, sester in drugih do njih. Pritoževali so se nad aroganco, pokroviteljskim odnosom, nad administrativnimi postopki v res urgentnih primerih in nad tem, da jih sploh niso pregledali (STA 2009).

Z ozirom na dosedanje odmevne javne obravnave pritožb nekaterih bolnikov je jasno, da naše zdravstvo v takih primerih zavzame obrambno držo in da napako zelo težko prizna. Čeprav se stvari počasi premikajo na bolje, je še vedno videti, da je naše zdravstvo na pritožbe bolnikov slabo pripravljeno, čeprav je vse več zdravstvenih ustanov z vpeljanim sistemom kakovosti. Tu se velja zgledovati po utečenih postopkih v okoljih, kjer so vajeni pritožbe bolnikov obravnavati veliko pogosteje kot pri nas. Teksaško zdravniško združenje priporoča zdravnikom, da naj pritožbo potrpežljivo poslušajo, pokažejo bolniku, da razumejo njegovo stališče, vendar na način, ki vnaprej ne priznava ničesar, da pritožbo natančno raziščejo, ukrepajo, naredijo zaključek in vse skupaj dobro dokumentirajo. Vsakemu zdravniku, ki je kakorkoli vključen v pritožbeni postopek, je shema ravnanja v veliko pomoč in velika preventiva morebitnih novih zamer in težav.

Čeprav je na našo vprašanje le 5.5% pozitivnih odgovorov, pa je to z ozirom na število sodelujočih v anketi, zelo visok odstotek. Najbrž so anketiranci pozitivno odgovorili tudi v primeru, če so izrazili nezadovoljstvo ali nestrinjanje s kakšnim postopkom ali odločitvijo. V tem primeru velik del teh pritožb odpade na neregistrirane manjše pritožbe, ki so v vsakdanji rutini zdravstva veliko pogostejše (Poredoš 2003).

Viri:

1. Poredoš P. Razlogi za nezadovoljstvo bolnikov z zdravniškimi storitvami. Posvet SZD »Zakaj se bolniki pritožujejo nad zdravniškim delom?«. Ljubljana: 2003.
www.szd.si/user_files/vsebina/Zdravniski_Vestnik/vestnik/st3-5/st3-5-312-325.htm (6.12.2012)
2. Slovenska tiskovna agencija. Največ pritožb bolnikov varuhinji bolnikovih pravic se nanaša na odnos zdravstvenega osebja. Ljubljana: 2009. www.dnevnik.si/zdravje/1042258148 (6.12.2012)
3. Texas Medical Association. How to Handle Patients Complaints? www.texmed.org/Template.aspx?id=4110 (6.12.2012)

17

Ste s pritožbo uspeli?

137

Od 58 anketirancev, ki so na prejšnje vprašanje odgovorili pozitivno, jih je odgovorilo 55. Da so bili s pritožbo uspešni, jih je odgovorilo 15 ali 27%, da s pritožbo niso uspeli pa 40 ali 73%.

Komentar:

Če je bila vsaka četrta pritožba po mnenju anketirancev uspešno rešena, kar je mogoče povzeti iz strukture odgovorov, potem lahko rečemo, da so v Sloveniji pritožbe bolnikov skrbno obravnavane. Drugo je, kaj v vsakem posamičnem primeru pomeni »uspešna pritožba« in kakšen je bil vzrok zanjo. Za natančen odgovor na to vprašanje, bi bila potrebna natančna analiza gradiva, ki ga je v Sloveniji zbranega dovolj.

Menite, da bi v Sloveniji morali imeti zagovornika bolnikov?

Od 1047 anketirancev jih je na vprašanje odgovorilo 1010. Da bi ga morali imeti, je odgovorilo 864 ali 85.5%, da to ni potrebno, jih je menilo 112 ali 11.1%, 34 ali 3.4% odgovorov je uvrščenih pod »drugo«.

Komentar:

Zagovorništvo bolnikov se je v Sloveniji pričelo uveljavljati po sprejemu zakona o pacientovih pravicah (Zakon). Vrsto let je bila mariborska zagovornica edina v državi, drugod se je zdravstvo te inštitucije otepalo, kljub temu, da je to v razvitih okoljih že dolgo del zdravstvene kulture družbe. Zagovornikov je zdaj več, imamo jih 11, s tem pa tudi pritožb bolnikov. V letu 2011 je bilo pritožb v primerjavi z letom 2010 več za 55%. Pričakovati je mogoče nadaljnji porast pritožb (Poročilo).

Zagovorništvo bolnikov izhaja iz načela, da ima do njega vsak državljan pravico, če meni, da so bile npr. njegove pravice v postopkih zdravljenja kršene ali da se je njegovo zdravstveno stanje zaradi neprimerne obravnave poslabšalo in podobno. Velika večina anketirancev zagovorništvo podpira, kar pomeni, da ima veliko podporo javnosti. Čeprav že imamo mrežo enajstih zagovornikov, bo potrebno določiti, koliko zagovornikov bomo v Sloveniji imeli, kje in kako naj delajo. V tem bi lahko povzeli izkušnje držav, ki imajo na tem področju že dolgoletno tradicijo in veliko prakse (Humanistischer Verband Deutschlands). Zagovorništvo bolnikov ni enostavno, ima veliko strokovnih, pravnih in osebnostnih pasti, zato zagovorniki poleg svojega dela potrebujejo redno strokovno izpopolnjevanje in izmenjavo izkušenj.

138

Viri:

1. Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list RS 15/08
2. Vlada Republike Slovenije. Državno poročilo o stanju na področju varstva pacientovih pravic za leto 2011. Št. 07000-2/2012/3, 7.6.2012
3. Humanistischer Verband Deutschlands. Patientenadvokatur. is.muni.cz/th/224854/ff_m/7390595/Humanistischer_Verband_Deutschlands._Patientenadvokatur.pdf?so=nx (8.12.2012)