

Vrednote starosti prijaznega zdravstva v Ljubljani

The values of age-friendly health care in Ljubljana

Božidar Voljč, Jože Ramovš

Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje

Korespondenca/ Correspondence:

dr. Božidar Voljč,
dr. med., Inštitut
Antona Trstenjaka
za gerontologijo in
medgeneracijsko sožitje,
Ljubljana, Resljeva 11,
1000; e-pošta: bozidar.
voljc@gmail.com

Ključne besede:

dostojanstvo
starejših, dostopnost,
farmakoterapija,
organizacija službe

Key words:

dignity of the
elderly, accessibility,
pharmacotherapy,
organization of services

Citirajte kot/Cite as:

Zdrav Vestn 2012;
81: 784–90

Prispelo: 17. okt. 2011,
Sprejeto: 14. jul. 2012

Izvleček

Izhodišče: Kvalitativna raziskava, ki jo je Svetovna zdravstvena organizacija v okviru globalnega projekta »Starosti prijazna mesta« opravila v 33 mestih po svetu, je bila ponovljena v Ljubljani.

Metoda: Poizvedne skupine starejših meščanov, negovalcev in izvajalcev storitev so po metodi Vancouverkega protokola razpravljale o prijaznosti mestnega okolja in javnih služb, vključno z zdravstvom, do starejših Ljubljancanov.

Rezultati: V članku so opažanja udeležencev, ki se nanašajo na zdravstvo, prikazana v povezavi z vrednotami dostojanstva starejših bolnikov, dostopnosti do zdravstvenih storitev, farmakoterapije in organizacije zdravstvene službe.

Zaključki: Udeleženci raziskave so z ljubljanskim zdravstvom na splošno zadovoljni, želijo pa si bolj učinkovito organizacijo dela in prijaznejši pristop k njihovim težavam.

Abstract

Background: The qualitative research, performed by the World Health Organization within the global project »Age-Friendly Cities« in 33 cities around the world, was reproduced in Ljubljana.

Method: Focus groups of elderly inhabitants of Ljubljana, their carers and service providers, discussed in accordance with the Vancouver protocol the friendliness of urban environment and public services, health care included, towards the elderly population of Ljubljana.

Results: The article represents observations of participants regarding health care with respect to the values of older people's dignity, access to health services, pharmacotherapy and organization of health services.

Conclusions: The participants are generally satisfied with the health services in Ljubljana, however they would like to see more efficient organization of work and they wish to be treated in a friendlier way.

Uvod

Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje (IAT) ob sodelovanju županstev v Ljubljani, Mariboru, Celju, Velenju in Rušah uvaja v Sloveniji projekt Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) »Starosti prijazna mesta«. ¹ Ob tem je v Ljubljani v letih 2008/2009 opravil kvalitativno raziskavo, ki jo je SZO v letih 2005/2006 izvedla v 33 mestih po svetu. Raziskava je usmerjena na osem področij mestnih dejavnosti, med drugim tudi na storitve zdravstvenih služb. Članek prika-

zuje opažanja, stališča, mnenja in predloge, ki so jih v zvezi z zdravstvom izrekli udeleženci raziskave. Vsebina povedanega se nanaša na odnos do bolnikov, dostopnosti do zdravstvenih storitev, organizacijo dela in na kulturo predpisovanja, jemanja ter ravnanja z zdravili.

Metoda

V skladu z Vancouverkim protokolom ² so bili udeleženci raziskave starejši ljubljanski meščani (seniorji), negovalci in izvajalci

storitev. Razdeljeni so bili na osem poizvednih skupin.[†] Seniorji so bili razdeljeni na skupini od 60 do 75 let in nad 75 let, vsaka skupina pa še na tiste z nižjo in tiste z višjo izobrazbo. Seniorje, ki potrebujejo oskrbo, so zastopali njihovi negovalci. Izvajalci javnih, neprofitnih in komercialnih storitev so predstavljali tri poizvedne skupine. Za sestavo skupin smo k sodelovanju povabili več organizacij s sedežem v Ljubljani, ki imajo dostop do starejših oseb. Prosili smo jih, da člane seznanijo z raziskavo, in tiste, ki so se odločili za sodelovanje, prosijo za dovoljenje za posredovanje kontaktnih podatkov na IAT. Na enak način smo izbrali izvajalce storitev s področja okolja, prometa, zdravstva, informiranja in osebnih storitev. Udeležba v raziskavi je bila prostovoljna in anonimna. Po priporočilu protokola je bilo v Ljubljani in v raziskavah SZO v eni poizvedni skupini seniorjev v povprečju 9 udeležencev. Negovalcev je bilo pri SZO v povprečju 8, v Ljubljani 10, izvajalcev storitev je bilo pri SZO 5, v Ljubljani pa 6. Izsledki raziskave so objavljeni v monografiji IAT »Starosti prijazna Ljubljana«.^{1,3}

Izsledki raziskave

V zvezi z **odnosom in spoštovanjem dostojanstva seniorji** vseh štirih skupin v stikih z zdravstvom povečini ne občutijo staromrznosti,[‡] z zdravstvom in zdravniki so zadovoljni, kjer so z njimi prijazni, se zanimajo za njihove težave, jih poslušajo in jim pomagajo. Vendar vsak zdravnik nima časa za pogovor s starejšim. Bolj izobraženi do 75 let mislijo, da starejše bolnike tudi težje sprejemajo na bolnišnično zdravljenje. Za *negovalce* je odnos do starejših ponekod razumevajoč in spoštljiv, drugod pa pravijo, »kaj bi pa radi, stari ste«, kar vedno zaboli. Za skupino *izvajalcev storitev v javnem sektorju* je pomemben dober pogovorni stik. Komuniciranje prek steklene line pri sprejemu ni prijazno, ljudi moti in po svetu v zdravstvu ni v navadi. Če je pogovor s starejšim bolnikom prilagojen njegovim kulturnim ravni, je mogoče ugotoviti, ali je razumel vse postopke in navodila, ali pa je treba še kaj povedati. Če vse razume, raje in lažje sodeluje. Udeleženka je imela slepo mamo, ki se je

zelo bala iti k zdravniku, ker »ko pridem noter, me zgrabijo, pa nikoli ne vem, kaj bodo z menoj naredili«. Starejši so željni pogovora, marsikdo pride k zdravniku le zato, ker je osamljen in se želi pogovoriti, pogovor je zanj pogosto pomembnejši od zdravil. Pred leti so izvajalci storitev znanje in veščine za obravnavo starejših bolnikov pridobivali na kliniki v Trnovem. Tudi danes bi jo potrebovali, da bi povezovala v razvoju prekinjeno stroko. *Izvajalci neprofitnih storitev* težav v odnosih ne vidijo v stroki, ampak v komunikaciji, ki se je zdravniki na fakulteti ne učijo. Pri delu s starostniki se pomanjkanje komunikativnosti najbolj opazi, prisotno pa je povsod. Starejši potrebujejo več časa in pojasnil, pri tem pa so počasni ali pa se vsega ne spomnijo in so zdravniki z njimi manj potrpežljivi. Mlajši bolniki so zanje večji strokovni izziv, zato jih poslušajo, seniorje pa odpravijo z zdravili. Brez empatije zdravniki ne dojemajo svojega poslanstva. So bogovi v belem.

Pri **dostopnosti do storitev** prek čakalnih seznamov *seniorji* ne pričakujejo izboljšav, ker »so ljudje tiho in čakajo« in ker »pri čakalnih seznamih ne moremo nič, če bo tako, kot je, bo še kar dobro; da le slabše ne bi bilo!« Na liste se je mogoče vpisati le takrat, ko sprejemajo nove čakajoče, kar pomeni, da je treba čakati na čakanje. Če je nujno opraviti pregled, je po izkušnjah seniorjev treba plačati. Tiste, ki plačajo, bolj pozorno obravnavajo. Kdor tega ne zmora, ne ve, kako naj bi to izpeljal. Bolnike na možnost samoplačništva tudi opozarjajo. »Ne naročamo, če pa prinesete 160 evrov, boste jutri na vrsti.« Ob večni gneči v čakalnicah je dostopnost do storitev neprijazna. Organizacija dela pa je odvisna od zdravnika; nekateri imajo dober sistem, drugi nobenega. Naročanje bolnikov je dobra rešitev povsod, kjer se izvajalci in bolniki držijo dogovorjenega časa. Kdor ne pride točno ali pa ga sploh ni, otežuje tekoče delo. Zato ponekod ob isti uri naročijo več bolnikov, kar pa zmanjšuje smisel naročanja. *Izvajalka javnega sektorja* je povedala, da se pri sestri po telefonu ni lahko naročiti za pregled, ker je kar naprej zasedeno in potem v slušalki »pol ure muziko poslušam«, kar ljudi zelo moti. Na urgentni službi med preiskavami bolnike pošiljajo od zdravnika

do zdravnika, od laboratorija do laboratorija, povsod pa čakajo. Nekatere sprejmejo po hitrem postopku, druge pa, zlasti v nočnem času, dolgo ne pogledajo, v tem času pa se njihovo stanje lahko nepovratno poslabša. Za ležeče čakajoče so tam neprijazni tudi visoki vozički. Za večjo dostopnost do storitev na domu bi *seniorji nad 75 let in negovalci* okrepili patronažno službo, kjer je negi bolnika po mnenju *komercialnih izvajalcev storitev* namenjenega premalo časa. Če bi bilo patronaže več, ne bi bilo toliko gneče v ambulantah. Včasih je bilo drugače, ena od *seniorok* je povedala, da so njenega bolnega moža patronažne sestre obiskovale zjutraj in zvečer. *Izvajalci javnega sektorja* so menili, da je strokovna pomoč patronažnih sester v redu, manj časa za bolnika pa je zaradi povečanih administrativnih opravil sestre med obiskom. Pričakovanja v zvezi s patronažo so nerealna, saj ne zmore postoriti vsega, kar se od nje pričakuje. Zaradi varovanja osebnih podatkov patronaža danes tudi težje pride do podatkov o posameznikih, ki bi potrebovali obisk. Hišnih obiskov pa bi po njihovem mnenju moralo biti več. Zdravniki jih opravijo zunaj delovnega časa, ker ne morejo zapustiti polnih čakalnic. Na dom pridejo, če je treba dati kako injekcijo proti bolečinam ali pa bolnika pregledati in predpisati drugačna zdravila. Tudi oskrbe na domu je premalo. Za tiste, ki potrebujejo hranjenje s sondami, imajo katetre ali kisik, ni najbolje poskrbljeno, potrebovali bi drugačne standarde. V Ljubljani potrebujemo negovalno bolnišnico, domovi starejših občanov za tiste, ki jo potrebujejo, niso pravo mesto. Opozorili pa so na problem prepozna pošiljanja bolnišničnih odpustnic. Če odpustnice ni, je odpuščen bolnik brez ustreznih zdravil in nege. Še posebej je to neugodno, če potrebuje injekcije ali infuzije, patronažna služba pa nima navodil. S temi problemi je povezana tudi navada bolnišnic, da bolnike odpuščajo v petek ob 13. uri, ob sobotah in nedeljah pa večinoma negovalna služba ne dela. Bolnišnice bi morale spoštovati pravilo, da je potrebno pred odpustom bolnika ugotoviti, ali bo imel ustrezno in pravočasno pomoč. Kako se bo bolnik v sistemu znašel, je po njihovem mnenju odvisno od tega, kako je obveščen in poučen. S

premalo informacijami se v njem lahko izgubi. Zlasti starejši po mnenju *komercialnih izvajalcev* ne vedo, kaj jim pripada, na koga naj se obrnejo. Potrebujejo veliko informacij, ki jim jih je treba še napisati. Koliko pomoči nekdo dobi, je odvisno od družinskih zdravnikov in vplivnosti svojcev ali znancev.

Izvajalci javnega sektorja so opozorili, da so v zdravstvenem domu včasih vse povedali, zdaj se mora pa vsak sam znajti. Ljudje so zmedeni že, če spremenijo napise na vratih. Primer dobre prakse je po mnenju *izvajalcev neprofitnega sektorja* sprejemna služba na Onkološkem inštitutu, kjer prostovoljke usmerjajo bolnike ali pa jih peljejo do vrat. Dostopnost do prevoza z reševalnim vozilom je po izkušnjah seniorjev dobra, saj običajno hitro pridejo. Težave so, če ni napotnice, ker reševalna postaja potem prevoz odreče in je treba poklicati taksi ali se kako drugače znajti. Le v primeru nesreče ali hude bolezni so okoliščine pomembnejše od napotnice. Za boljšo dostopnost bi morale biti zdravstvene, socialne, laične in prostovoljske storitve po mnenju *izvajalcev javnega sektorja* med seboj bolj povezane, ne pa da delujejo bolj ali manj zase. *Izvajalci neprofitnega sektorja* v zdravstvu pogrešajo supervizije.

Področje **predpisovanja in uporabe zdravil** je po mnenju *izvajalcev javnega in neprofitnega sektorja* del zdravstvene kulture, na katero vplivajo številni dejavniki. Za nekatere seniorje je tisk na informacijskih listkih predroben in jih ne berejo. Tisti, ki jih, pa zdravil zaradi naštevanja možnih stranskih učinkov neredko ne jemljejo. Veliko pa jih ne jemlje tako, kakor je bilo predpisano, doma se jim kopičijo in si jih izmenjujejo z drugimi. Potrebna bi bilo več obveščanja o pravilni uporabi zdravil in o njihovih škodljivih medsebojnih učinkih. Nekateri zdravila razlikujejo po barvah, imen pa ne poznajo. Obvezno predpisovanje generičnih zdravil bo prineslo še več zmede, saj zdravnik ne bodo vedel, katero zdravilo bo lekarnar za predpisano generično ime izdal. Zdravniki bi se morali prepričati, ali seniorji razumejo navodila, ker prikimavajo tudi takrat, ko ne vedo, kaj jim govorijo. Premalokrat tudi pomislijo, da je presnova 80-letnika drugačna od presnove mladega

človeka, na katerega so odmerki preračunani, saj farmacevtske firme zdravil ne preiskujejo na starejših, ki so njihovi največji potrošniki. Premalo se tudi ve, kako ravnati s starimi zdravili, ki običajno končajo v smeteh. Zdravila so zdravstveni odpadki posebne vrste in vsi naj bi vedeli, da se oddajajo v lekarni, ne pa drugim bolnikom oziroma, da se se jih ne meče v smeti. Premalo se po mnenju *izvajalcev javnega sektorja* ve tudi o zbiranju in oddajanju različnih zdravstvenih odpadkov. Sistemskega nadzora ni, prepuščen je pobudi ustanov oziroma izvajalcev storitev. Odpadki predstavljajo nevarnost za različne okužbe. Med bolniki v domači negi so tudi taki, ki so okuženi z MRSA. Njihovi odpadki naj bi se zbirali in uničevali posebej. Tudi zbiranje doma uporabljenih injekcijskih igel bi lahko bilo boljše. Bolniki so od Zdravstvenega doma dobili zabojčke zanje, ki jih odvažajo patronažne sestre ali kurirji. Drugi kontejnerje za zdravstvene odpadke perejo, ker se jim zdi škoda, da bi jih zavrgli.

Nekatere skupine so v raziskavi oblikovale tudi nekaj predlogov. Bolj izobraženi *seniorji nad 75 let* so predlagali uvedbo pomoči na domu, ki bi razbremenila zaposlene svojce z bolnikom na domu in jim omogočila izpolnjevanje službenih obveznosti, obisk prireditev ali odhod na počitnice. V Ljubljani tudi potrebujemo restavracijo, v kateri bi bolniki s posebnimi prehranskimi potrebami lahko šli na kosilo ali večerjo. Zdaj taki bolniki v lokalih naročajo predvsem ribe, ker ne morejo naročiti dietetičnih pripravkov.

Izvajalci javnega sektorja so za zmanjšanje navala bolnikov v ambulante predlagali uvedbo svetovalcev, ki bi jih usmerjali, poučevali o postopkih, pomagali zbirati papirje, kaj napisali ali administrativnega opravili. Za seniorje, ki se ne znajdejo med navodili in papirji, bi to veliko pomenilo. Vizualni mediji naj bi po njihovem predlogu namesto kakšne slaboumne nadaljevanke gledalcem raje posredovali informacije o delu ambulant, o zdravilih in podobnem.

Izvajalci neprofitnega sektorja so predlagali, da bi bilo treba zdravnike bolj usposobiti za odkrivanje zgodnjih znakov demence, ko je še mogoče pomagati. To je pomembno,

saj z naraščanjem števila starih v družbi raste tudi število dementnih oseb.

Pohval *seniorjev* sta bili deležni tako ljubljansko zdravstvo v celoti, kakor prijaznost zdravnikov in osebja ter urejeno naročanje brez čakanja. Tudi *izvajalci* menijo, da je ljubljansko zdravstvo v primerjavi z drugimi področji kar v redu. Glede pritožb so *seniorji* mnenja, da o njih nima smisla razpravljati s sestrami. Najbolje je poiskati direktorja, ki lahko ukrepa in stvari uredi oziroma izboljša.

Razpravljanje

SZO je opažanja starejših meščanov o zdravstvu po svetu strnila v sedem priporočil. Po njih naj bi starosti prijazno zdravstvo za krepitev in vračanje zdravja ponujalo ustrezen razpon storitev, zdravstvena nega naj bi bila del oskrbe na domu, dostopnost do storitev naj ne bi bila ekonomsko ovirana, prevoz do storitev naj bi bil zagotovljen, seniorji naj bi bili o možnostih za izvedbo storitev dobro obveščeni, njihovo izvajanje naj bi bilo administrativno preprosto, osebje pa naj bi bilo do starejših ustrežljivo in spoštljivo.¹ Ker se opažanja v ljubljanski raziskavi nanašajo na vsa našeta priporočila SZO, pa tudi na stališča slovenske zdravstvene stroke,²³ se vidi, da ljubljanski seniorji zdravstvo doživljajo na podoben način kakor njihovi vrstniki po svetu.

V zdravstvu je **dostojanstvo seniorjev** povezano z vrednotami medicinske etike in bioetike,⁴ zanika pa ga staromrzištvo, ki se mu s podaljševanjem življenja namenja vse več pozornosti.⁵⁻⁷ Spoštovanje dostojanstva se kaže v načinu komunikacije in zdravljenja.⁷ Zgodí se, da zelo starih bolnikov ne zdravijo z dragimi zdravili in ne opravijo dragih in zapletenih posegov ali storitev.⁸ V ljubljanski raziskavi so udeleženci opozorili na pojave staromrzištva v komunikaciji in pojasnjevalni dolžnosti, na splošno pa menijo, da se dostojanstvo seniorjev v zdravstvu Ljubljane spoštuje. Na ravni sistema je znak spoštovanja starih bolnikov ugled geriatrije, ki se v Evropi zaradi staranja prebivalstva hitro razvija.^{9,24} Slovenija pri tem zaostaja. Inštitut za geriatrijo in gerontologijo smo sicer imeli, ustanovljen je bil v letu 1966, preime-

novan v kliniko za žilne bolezni pa leta 1988. Ustanovitelj Inštituta, prof. dr. Bojan Accetto, pionir slovenske gerontologije in geriatrije, je leta 1999 ugotovil, da nekdanjega Inštituta »ni več niti po naslovu, niti po vsebini dela«. ¹⁰ Ponovna vzpostavitev organiziranega gerontološko-geriatričnega izobraževanja in njegovega strokovnega vrha se v Sloveniji še vedno sooča z določeno inertnostjo medicinskih strok.

Dostopnost do zdravstvenih storitev je vrednota, povezana z zdravstveno varnostjo, spoštovanjem dostojanstva in organizacijo. Ima svojo ekonomsko, etično, informacijsko in geografsko komponento. *Etično* je neoporečna, če so zdravstvene storitve enakopravno dostopne vsem populacijskim skupinam in posameznikom. ¹¹ Različni obsegi zdravstvenih zavarovanj, ki so povezani s finančno močjo posameznika, ustvarjajo razlike v zdravstveni varnosti. Govorimo o *finančni dostopnosti*, s katero se prepleta etičnost sistema. V naši raziskavi je ocena dostopnosti posredno prisotna v stališčih do čakalnih seznamov, poznih odpustnic bolnišnic, komuniciranja prek steklenih sten in organizacije urgence. ⁸ Informacije, ki jih bolnik potrebuje, so področje *informacijske dostopnosti*, ki je povezana z vrednoto sprejemljivosti, to je prilagoditvi informacij razumevanju posameznika in kulturi okolja. ¹¹ V raziskavi so udeleženci potrebo po informacijski dostopnosti in njeni primernosti povezali še s človeškimi odnosi. Bolniki želijo vedeti, kaj se bo z njimi dogajalo. K dostopnosti sodi še *geografska dostopnost*, ¹¹ to je razdalja med bolnikom in storitvijo v obeh smereh. Z večjim številom potreb po dolgotrajni oskrbi bo razdalja, ki jo mora storitev premagati, da pride do bolnika, vse pomembnejša. ^{12,13} Udeleženci raziskave obiske patronažnih sester in zdravnikov na domovih bolnikov pohvalijo, z nostalgijo pa omenjajo čase, ko je bila dostopnost do patronažnih storitev vsakdanja praksa. V slovenskem zdravstvu samoplačništvo najeda njegovo socialno izročilo in strukturo. Je v nasprotju z dostopnostjo, enakopravnostjo, pravičnostjo in solidarnostjo. Opažanja udeležencev raziskave to potrjujejo. Dejstvo, da pregled, na katerega se sicer dolgo čaka, kot samoplačnik lahko opraviš že naslednjega dne, kaže,

da je narava čakalnih list povezana ne samo s pogodbami zavarovalnic, ampak tudi z organizacijo dela. Dobra organizacija omogoča tekoče in dostopno izvajanje storitev brez dolgega čakanja. Videti je, da smo vsi navajeni, da se v zdravstvu čaka: bolniki, izvajalci, javnost in zdravstvena politika. V večini zdravstvenih ustanov polne čakalnice izvajalcem in vodstvom ne predstavljajo tolikšnega organizacijskega izziva, da bi se problema lotili na sistemski ravni. To je v večini prepuščeno neposrednim izvajalcem storitev. Udeleženci so pohvalili naročanje na pregled ob uri, zavedajo pa se, da je potem žogica tudi na strani bolnikov, ki morajo biti točni, sicer rušijo sistem, ki pa izgubi smisel tudi, če se za isto uro naroča več pacientov. Ponekod naročanje dobro deluje, kar bolniki zelo cenijo. Točen začetek dela sam po sebi ne preprečuje gneče v čakalnici, pravilo pa je, da kdor ne začne delati ob predpisani uri, je običajno soočen s polno in kritično čakalnico. Njeno vzdušje se prenaša tudi v ordinacijske prostore.

Čakalni sezname bolnikom otežujejo dostopnost do zdravstvenih storitev. Ob njih vedno trčimo na neenakopravnost socialno ogroženih oziroma ranljivih skupin prebivalstva. Te imajo povsod slabšo dostopnost do storitev, slabše zdravje, krajše življenje ¹⁴ in težje uresničujejo svoje zdravje, kar pa ni več samo neenakopravnost, ampak tudi nepravilnost. ¹¹ Zanimivo bi bilo preveriti, v kolikšni meri v Sloveniji socioekonomski položaj posameznika vpliva na trajanje čakanja na čakalnih seznamih. Čakalne sezname omenja tudi Ljubljanska listina o reformah zdravstvenih sistemov, ko pravi: »Volji državljanov je treba prisluhniti pri vprašanjih o vodenju seznamov čakajočih.« ¹⁵ Izvajanje zdravstvenih storitev s čakalnih seznamov bi bilo bolj pregledno, če bi jih spremljali tudi predstavniki zavarovancev in občasno obveščali javnost, koliko storitev s posameznega čakalnega seznama se vsak dan opravi. Tako sodelovanje zagotovo odpira mnogo širša obzorja med zdravstvom in bolniki, kot smo jih vajeni.

S pravočasno dostopnostjo do ustreznih storitev je posredno povezano opozorilo izvajalcev storitev o neažurnem pošiljanju bolnišničnih odpustnic z navodili za nada-

ljevanje zdravljenja. Če ni odpustnic in navodil, izbrani zdravniki in patronažne sestre bolniku vmes pomagajo po svoji presoji. Tudi odpuščanje bolnikov ob koncu tedna ni dobra rešitev, saj večina sistema zdravstvene nege takrat ne dela. O tej zadregi se ne sliši prav pogosto, spremembe pa so potrebne na obeh straneh. V okvir geografske dostopnosti sodijo tudi prevozi z reševalnim vozili. Udeleženci so z njihovimi hitrimi prihodi zadovoljni. Pohvalno je tudi, da v urgentnih primerih reševalci opravijo prevoz brez napotnice.

Izvajalci storitev so opažanja v zvezi s farmakoterapijo seniorjev opredelili kot del zdravstvene kulture, ki se nanaša na proizvajalce zdravil, zdravnike in bolnike. V ta okvir sodi droben tisk navodil, nerazumevanje napotkov o jemanju zdravil, njihovo razlikovanje po barvah, namesto po imenih, realnost jemanja zdravil, njihovo kopičenje v domačih zalogah, izmenjavanje z vrstniki in končno odmetavanje starih zdravil v smeti. Po strokovni plati pa so ob fizioloških posebnostih starega organizma opozorili na vprašljivost priporočenih odmerkov in na škodljive interakcije, kadar bolnik uživa več zdravil hkrati. Menili so, da je to področje, ki zahteva nenehno izobraževanje javnosti. Njihova opažanja se skladajo z aktualnimi stališči farmakološke in zavarovalniške stroke,¹⁶⁻¹⁹ s podatki Evropske komisije in izsledki raziskave Inštituta Antona Trstenjaka v letih 2008/2009. Ta je pokazala, da izobraženi ljudje jemljejo manj zdravil in da je neracionalno porabo zdravil med seniorji mogoče zmanjšati s stalnim izobraževanjem, pri samem zdravljenju pa se osredotočiti na osnovne bolezni in skrbno načrtovati potrebno farmakoterapijo.²⁰ Zbiranje in odlaganje zapadlih zdravil ter vseh vrst drugih zdravstvenih odpadkov še ni sistemsko urejeno pa tudi obstoječi predpisi povsod še niso zaživel. Zdravstveni dom Ljubljana ima za zbiranje vseh vrst odpadkov jasna navodila,²¹ za njihovo celovito uresničevanje pa bo pri bolnikih, oskrbovancih in osebju potrebne še kar nekaj vztrajnosti.

Predlogi, ki so jih za ureditev nekaterih vprašanj izrekli udeleženci, niso številni, a vendar vredni, da se o njihovem uresničenju razmisli, še posebej o zgodnjem odkrivanju

demence in o gostinskem lokalu, kjer bi bilo mogoče naročiti dietno hrano.

Pri pohvalah se je potrdilo pravilo, da bolniki pri ocenjevanju zdravnikov in zdravstva znanja in kakovosti nikoli ne postavljajo na prvo mesto, ampak vselej pozornost do njihovih težav.²² Če so s tem zadovoljni, so zadovoljni tudi z zdravniki in sestrami, pa tudi z zdravstvom nasploh. Seniorji zdravnike in zdravstvo pohvalijo, če le morejo. S pohvalo zraste tudi njihova vrednost kot bolnikov in pomembnost težav, s katerimi prihajajo v ordinacijo. Po mnenju nekaterih zadovoljnih seniorjev imamo zdaj celo boljše zdravstvo kot kdajkoli prej. Zdravniki so prijazni in uslužni, na pregled se naročiš kar po telefonu, dajo ti uro in ko prideš, si takoj sprejet. Pri tem naletijo na razumevanje za njihove težave, osebje, zlasti zdravniki, pa zanje vedno najdejo lepo besedo. Nič pa o strokovnosti. Tudi izvajalci javnih storitev so bili mnenja, da imamo v primerjavi z drugimi mesti v Ljubljani kar urejeno in dostopno zdravstvo. Videti je, da so eni in drugi, kljub številnim kritičnim opažanjem, z zdravstvom zadovoljni. O pritožbah je bilo v raziskavi bolj malo govora. Nasvet, da ima pritožba smisel le, če se sporoči direktorju, pa kaže, da seniorji zaupajo vodstvom zdravstvenih ustanov.

Zaključek

Čeprav opažanja udeležencev raziskave o zdravstvu v Ljubljani ne predstavljajo splošnega mnenja meščanov, pa se ujemajo z opažanjmi, ki jih je SZO o zdravstvu zbrala med meščani v 33 mestih po svetu. To ljubljanskim izsledkom daje javnozdravstveno in politično težo. V povezavi z vrednotami zdravstvenega varstva pa opažanja ljubljanskih udeležencev po tehtnosti prestopajo okvire majhnih poizvednih skupin. Predstavljajo avtohtono oceno skupine ljubljanskih meščanov, brez vpliva medijev, društev, sindikatov ali različnih skupin pritiska, ki v svojem interesu rade mahajo z zastavo javnosti. Neodvisna opažanja meščanov predstavljajo po Ljubljanski listini »glas in izbiro državljanov«, zato jih lahko povezujemo z vrednotami, ki jih listina našteva: človeškim dostojanstvom, pravičnostjo, solidarnostjo,

poklicno etiko, kakovostjo in stroškovno učinkovitostjo zdravstva.¹⁵ Spodbudno je, da so udeleženci raziskave v povezavi z njimi z ljubljanskim zdravstvom na splošni ravni zadovoljni.

Zahvale

Za sodelovanje se zahvaljujeva seniorjem, negovalcem in izvajalcem storitev, Urški Slani in Ivani Vusilović, za podporo pa Mestni občini Ljubljana, Ministrstvu za zdravje, Ministrstvu za delo, družino in socialno varstvo, dr. Johnu Beardu pri Svetovni zdravstveni organizaciji in Inštitutu Antona Trstenjaka.

Literatura

- World Health Organization. Global Age-friendly Cities: a Guide. Geneva; 2007.
- World Health Organization. WHO Age-friendly Cities Project Methodology: Vancouver protocol. Geneva: 2007.
- Voljč B. Starosti prijazna Ljubljana: izsledki raziskave 2008–2009. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje; 2010.
- Kass LR. Defending Human Dignity. In: Human Dignity and Bioethics, Essays Commissioned by the President's Council on Bioethics. Washington D.C.; 2008. p. 297–329. Dosegljivo na: <http://www.bioethics.gov/>.
- World Health Organization, Regional Office for Europe. Demistifying the Myths of Ageing. Copenhagen; 2008.
- World Health Organization. A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main report. Geneva 2008.
- R. Dresser. Human Dignity and the Seriously Ill Patient. In: Human Dignity and Bioethics, Essays Commissioned by the President's Council on Bioethics. Washington D.C.; 2008. p. 555–12. Dosegljivo na <http://7 www.bioethics.gov/>.
- Bowker LK, Price JD, Smith SC. Oxford Handbook of Geriatric Medicine. Oxford: Oxford University Press; 2006. p. 732–3, 20.
- Cruz-Jentoft AJ, Williams BO. Developing Geriatric Medicine in the European Union. European Union Geriatric Medicine Society.
- Trideset let gerontološkega društva Slovenije. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije; 1999. p. 9.
- World Health Organization, Regional Office for Europe. The Health for all policy framework for the WHO European region, 2005 update. Copenhagen; 2005. p. 17.
- Statistični urad Republike Slovenije. Prebivalstvo Slovenije se stara – potrebno je medgeneracijsko sožitje. Ljubljana; 2008. p. 55–7.
- World Health Organization and The Institute for Alternative Futures. A Long-term Care Futures Tool-kit. Geneva and Washington D.C.. 2002. p.12–6. Dosegljivo na: http://www.who.int/ncd/long_term_care/index.htm
- World Health Organization, Regional Office for Europe. Poverty and Health – Evidence and Action in WHO's European Region. EUR/RC51/Conf. Doc./6 2001.
- World Health Organization, Regional Office for Europe. Ljubljana Charter on Reforming Health Care. Copenhagen: 1996. paragraph 6.2.2.
- Wehling M. Arzneimitteltherapie im Alter: Zu viel und zu wenig, was tun? Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 2289–91.
- European Public Health Alliance. Position paper on Pharmacovigilance. 30. October 2009. Dosegljivo na: <http://www.epha.org/>.
- Drinovec J. Medsebojno delovanje zdravil in starejši ljudje. Strokovno srečanje Gerontološkega društva Slovenije »Starejši bolnik in medsebojno delovanje zdravil – kaj ukiniti? Ljubljana; 2009.
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Strašiški ravojni program Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za obdobje od 2008 do 2013. Ljubljana; 2008. p.91–8.
- Irgolič N. Zdravila v tretjem življenjskem obdobju. Kakovostna starost 2010; 13: 16–26.
- Zdravstveni dom Ljubljana. Načrt gospodarjenja z odpadki v Zdravstvenem domu Ljubljana. Ljubljana; 2008.
- Voljč B. Odnos med zdravnikom in bolnikom. In: Splošna medicina – Načela in tehnike. Ljubljana: Sekcija splošne medicine Zveze zdravniških društev; 1996. p.101–9.
- Poredoš P. Zdravstveni problemi starostnikov. Zdrav Vestn 2004; 73: 753–6.
- Albreht T. Ocena determinant, ki vplivajo na potrebe po zdravnikih. Zdrav Vestn 2007; 76: 845–7.

Opombe

† *Poizvedna skupina* je slovenski izraz za angleški pojem »*focus group*«. Od skupine ljudi poizvemo, kaj menijo o določeni stvari ali izdelku. Besedo je predlagal Velemir Gjurin, univ. dipl. slav.

‡ *Staromrzništvo* je slovenska beseda za angleški izraz »*ageism*«, ki pomeni diskriminacijo starejših zgolj zato, ker so stari. Predlagal jo je prof. dr. Tomo Korošec, univ. dipl. slav.