

France Urlep²

Zdravje in bolezni v starosti

Študirati medicino s prvimi generacijami na popolni slovenski medicinski fakulteti je bila svojevrstna izkušnja. Vodilni profesorji na fakulteti so se po koncu vojne vrnili iz partizanov. Svoj položaj in dolžnosti so jemali odgovorno, skoraj po vojaško. Tudi nekateri starejši študentje so pripovedovali o svojih medvojnih izkušnjah. Mlajši pa smo se udeleževali povojnih delovnih akcij pri graditvah cest in železnic. Hodili smo v planine, vozili smo se le z vlaki in s kolesi, obiskovali gledališča, kinematografe, bili smo polni optimizma in prepričani, da bomo v poklicu po svojih najboljših močeh predvsem pomagali bolnikom. Od takrat je minilo skoraj šestdeset let.

Ko sem nastopil samostojno delo v zdravstveni postaji Gornji Grad v Zgornji Savinjski dolini, so prihajale v ambulanto nekako tri skupine obiskovalcev. Matere so prinašale v posvetovalnice svoje novorojenčke, male otroke in vodile šolarje na cepljenja ter sistematične preglede. Od zdravnika so želele slišati pohvale o dobri negi, zdravem telesnem in uspešnem intelektualnem razvoju svojih otrok. Kadar so prihajale z malimi bolniki, so bile prekomerno zaskrbljene, in so želele, da bi jih hitro, če se le da kar takoj, pozdravil.

2 Prim. mag. France Urlep dr. med. v svet. je specialist splošne medicine. Vso delovno dobo je preživel kot edini zdravnik v Zdravstveni postaji Gornji Grad. Bil je predsednik sekcije splošne medicine Slovenskega zdravniškega društva. V samostojni Sloveniji je bil član Republiškega zdravstvenega sveta in med ustanovitelji Zdravniške zbornice Slovenije ter njenega glasila revije Isis, ki jo je urejal 10 let. Po upokojitvi pomaga v Zdravstvenem domu Velenje. Je predsednik Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije.

V drugo skupino so sodili ljudje iz srednje generacije, večinoma zaposleni, velikokrat s poškodbami pri delu, z akutnimi nalezljivimi boleznimi, vnetnimi obolenji dihal, prebavil ali čutil. Bolezni so se velikokrat kmalu pozdravile, včasih so bile težave z rehabilitacijo po poškodbah ali s podaljševanjem bolniškega staleža. Pri tem sem se srečeval z množico različnih značajev, z različnimi bivanjskimi vprašanji na delovnih mestih, različnimi družinskimi razmerami, medosebnimi čustvenimi napetostmi in duševnimi stiskami.

Tretja skupina so bili starejši ljudje, ki so prihajali v ambulanto in pripovedovali o mnogoterih težavah, ki so jim grenile življenje. Pritoževali so se nad bolečinami v sklepih in mišicah in nad boleznimi, ki jih je pogojevalo poapnenje žil. Spominjam se predavanja profesorja Tavčarja, ki nam je dejal, da je človeška starost odvisna predvsem od stanja njegovega ožilja. Ljudje so se težko sprijaznili z dejstvom, da bolezni ni mogoče več pozdraviti v celoti, tako kot takrat, ko so bili mladi. Takrat tarnanja teh ljudi nisem dodobra razumel. Pošiljal sem jih na preglede k specialistom in jim predpisoval predlagane terapije, ki pa največkrat niso rešile njihovih težav.

V Gornjem Gradu sem prebil vso svojo aktivno delovno dobo. Sprva se mi je zdelo delo zelo naporno in nekajkrat sem pomislil, da bi se raje zaposlil v bolnišnici, kjer se mi je zdelo delo manj naporno in odgovornost porazdeljena. Svoj pogled na poklic sem spreminjal postopoma, ko sem bolnike obiskoval na domovih in jih opazoval v krogu družine, med prijatelji, med čistočo in nesnago, obiljem in revščino, med veseljem in žalostjo, ki je vladala v domačem okolju. Lega, velikost in oprema stanovanja sta mi govorila o bolnikovem socialnem položaju. Čistoča in higiena sta kazali na njegovo zdravstveno zavest, pohištvo, slike in urejenost so odsevali miselni svet in toploto doma, v katerem je živel. Iz načina, kako je

uspeval oblikovati svoje življenjsko okolje in uresničiti življenjske cilje, sem izpeljeval pomembne zaključke o tem, kako bo sposoben premagovati svoje bolezenske težave.³ Tako sem v šestdesetih letih prejšnjega stoletja domel pomen celostnega pristopa k bolniku, ki mu ni bilo treba telesne zdravstvene motnje le odstraniti, ampak ga znova usposobiti za polno in učinkovito delovanje v svojem okolju. Med zdravniki tedanje splošne prakse so se porajale zamisli o potrebi po boljši strokovni usposobljenosti zdravnikov in po oblikovanju zdravnika specialista.

S pričetkom specializacije iz splošne medicine leta 1968 so se nam širila strokovna obzorja. V okviru podiplomskega študija iz javnega zdravstva v Ljubljani so nas zlasti pritegnila predavanja iz gerontologije in geriatrije na Interni kliniki v Trnovem. Naša prepričanja o pomenu celostnega pristopa k bolniku so se še utrdila. Ko je leta 1989 Gerontološko-geriatrični inštitut v Trnovem s preimenovanjem v Kliniko za žilne bolezni spremenil svoj koncept in opustil svoje gerontološko poslanstvo, smo imeli vtis, da je bila to napaka. Spricho podaljševanja življenjske dobe in posledičnega velikega porasta starejših ljudi, smo izgubili ustanovo, ki je dvajset let med prvimi v Evropi zelo učinkovito proučevala in reševala vprašanja starejše generacije. V tem času so se ustanavljali gerontološki inštituti pri evropskih univerzah, vrstile so se geriatrične raziskave v različnih medicinskih strokah. Danes smo med redkimi, ki pri študiju medicine nimamo tovrstnih predavanj.

Leta 1997 sem se upokojil. »Veš, zdravnik si vse življenje, saj si tako obljubil v Hipokratovi prisegi, mar ne? Sploh pa še nisi tako betežen, da bi ne zmoget več svojega dela. Primanjkuje nam zdravnikov, povabili smo šest upokojenih

zdravnikov, da nam pomagajo reševati zadrego in vsi so pristali.« To mi je dejal kolega iz sosednjega zdravstvenega doma. Tako spet že peto leto delam trikrat tedensko v splošnih ambulantah Zdravstvenega doma Velenje. Spet se srečujem s tremi generacijami in večinoma z enakimi težavami.

V Evropski uniji je delež prebivalstva, starejšega od 65 let, lani znašal 17%, do leta 2050 pa naj bi se povzpел že na 30%. Prebivalstvo se naglo stara tudi v Sloveniji, kjer se bo delež starejših od 65 let, ki je leta 2005 znašal 15% vsega prebivalstva, leta 2050 povzpел na 31%. S tem bo Slovenija po deležu starejših prebivalcev leta 2050 na petem mestu v Evropski uniji. Najvišji delež oseb, starih 65 let in več, so lani zabeležili v Nemčiji, Italiji (obe 19%) in Grčiji (18%), najmanjšega pa na Irskem (11%), Cipru ter Slovaškem (12%), sledi iz raziskave Eurostat.⁴

Spremenila se je tudi vloga starih ljudi. Na začetku 20. stoletja otroci večinoma starih staršev niso poznali, ker so pomrli že pred dobo, do kamor je segal njihov spomin. Danes je vloga babic in dedkov velikokrat skoraj nepogrešljiva. Starejši ljudje so velikokrat po 65. letu še zelo aktivni, družabni in optimistični. Nekateri potujejo, drugi se udeležujejo kulturnih prireditev in obiskujejo univerze za tretje življenjsko obdobje.

Nasproti mojega doma v Gornjem Gradu so pred petimi leti zgradili velik center starejših, v katerem živi 150 ljudi iz vseh krajev Slovenije. Njegovo delo spremljam od začetkov in od takrat sem spremenil precej svojih pogledov na življenje starejših v takih ustanovah. Če so bile to včasih hiralnice z malomarno in površno oskrbo, v katerih je neprijetno zaudarjalo po fekalijah in kislem zelju, je dom v Gornjem Gradu bolj podoben hotelu v letoviškem kraju, kjer je v sobah s kopalnico, s priključki za televizijo, s telefonom in internetom zagotovljena zaseb-

3 Urlep F. (1992). *Hišni obisk*. V: Voljč B. in sod. (ured.). *Splošna medicina – načela in tehnike*. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, str. 133-139.

4 V: http://www.24ur.com/bin/article.php?article_id=3081223

nost z vsem kulturnim in higienskim udobjem. V domu je ambulanta, kamor prihaja zdravnik nekajkrat tedensko, tu so prostori za fizioterapijo in delovno terapijo. Razvito je družabno življenje, dom ima manjši bife, frizerski salon, knjižnico ter kapelo, kjer opravlja verske obrede duhovnik. Zelo pogosti so nastopi raznih kulturnih skupin in otrok iz vrtca in osnovne šole, organizirajo pa tudi zanimiva predavanja in razne razstave. Center ima ločen in zelo skrbno vzdrževan del, v katerem so bolniki, ki potrebujejo stalno nego, zdravljenje in pomoč. Vem, da domovi niso idealna rešitev, so pa velik korak od časov, ko so mlajši komaj čakali, da bolelni starci, ki so ždeli po temačnih kotih kmečkih domačij, pomrjejo in jih ne ovirajo več v njihovih življenjskih stremljenjih.

Danes razumem starejše ljudi drugače kot pred leti. Danes sem sam eden med njimi. Tudi sam čutim jutranjo okorelost sklepov, včasih se težje spomnim kakšnega imena in svoja stališča in poglede v razgovorih uveljavljam manj pogosto in manj zavzeto. Za pogovore s starejšimi bolniki pa si vzamem precej več časa kot včasih.

Veliko večino bolezenskih težav starejših predstavljajo kronične degenerativne bolezni. V ambulanto so prihajali vselej zaradi srčnega popuščanja, zvišanega krvnega tlaka in težav z dihalni. Ker je seveda starejših ljudi več, je tudi tovrstnih bolnikov v čakalnicah več. Bistveno več je bolnikov s kroničnimi degenerativnimi boleznimi gibal, zlasti hrbtenice. Zdravljenje nekaterih je sedaj veliko uspešnejše kot pred leti. Tudi sodobna diagnostična pomagala, kot so ultrazvočne preiskave, računalniška tomografija, magnetna resonanca, so k temu odločilno pripomogle. Ljudje vedo vedno več o zdravih življenjskih navadah: gibanju, škodljivosti kajenja in opijanja, zdravi prehrani, normalni telesni teži.

Seveda pa mnogim v tem času pričenjajo greniti življenje tudi duševne stiske. Ob vse pogostejših izgubah svojih najdražjih postanejo

skrušeni. Vedno več je osamljenosti, motenih medčloveških odnosov, depresij in starostne demence. A ljudje živijo v povprečju dlje in v ambulante prihaja vse več starih ljudi.

Mnogi bolniki živijo v prepričanju, da je mogoče sleherno bolezen popolnoma pozdraviti in da je samo naša neučinkovitost kriva, da ne morejo biti več taki, kot so bili pred pol stoletja. Zdi se mi, da jih senzacionalistično pisanje o zdravniških napakah v medijih pri tem še podžiga.

Vtis imam, da tudi starejši bolniki mislijo, da jih bom morda bolje razumel kot mlajši kolegi, čeprav včasih ob prvih stikih začutim, da me gledajo z nezaupanjem: »Ali še sploh zna kaj medicine?« To me sili, da prebiram strokovne članke bolj pogosto in vestno kot pred leti in da pišem recepte in napotnice kar se da natančno. A ko pogovor steče, začutim, kako mi ljudje zaupajo in odkrijejo tudi zelo osebne stiske. Velikokrat opazim, kako razmere v bolnikovem okolju ogrožajo njegovo zdravljenje in zmanjšujejo kakovost njegovega življenja. Vedno bolj sem prepričan, da iskren in zaupljiv pogovor že sam po sebi deluje kot zdravilo. Med kvarne vplive za zdravje bi bilo zato poleg kajenja, alkohola, nezdrave prehrane treba uvrstiti tudi rušenje zaupanja in odnosov med zdravnikom in bolnikom. Včasih sem v stiski tudi sam, ker delovni čas predpisuje 7 do največ 10 minut za pacienta v splošni ambulanti. Nemir v čakalnici, če pacienti čakajo več kot 15 minut, pa stopnjuje nestrpnost.

Premišljuje, kako bi idealno urejevali življenje starejših, če bi živeli v bogati državi, kjer bi na podeželju okrog domov za starejše zgradili male hišice in jih oddajali v najem starejšim zakoncem. Tja bi lahko namestili svoje pohištvo in si uredili male vrtičke ob hišicah. Ko bi postali slabotnejši, bi koristili usluge doma. Mislim, kako bi v bogati družbi lahko gradili v novih velikih mestnih zgradbah obvezna stanovanja za starejše. Tako bi bili lahko še naprej

v živem stiku z mlajšima generacijama, in kjer bi jim bili na voljo servisi, ki bi postorili vse potrebno in bdeli nad njihovim blagostanjem. Danes utopija, jutri morda resničnost?

Kot so se mi pred štiridesetimi leti porajale misli o družinski medicini in celostnem pristopu k bolniku, preiščujem dandanašnji o tej vse večji skupini starejših ljudi in obiskovalcev splošnih ambulant. Potrebno jim bo zagotovili učinkovito in predvsem sodobnejše zdravstveno varstvo.

Po opustitvi gerontološkega in geriatričnega internističnega izobraževanja na Medicinski fakulteti, je Inštitut Antona Trstenjaka za medgeneracijsko sodelovanje zastavil široko in kakovostno gerontološko sociološko izobraževanje. Geriatrična vprašanja v medicini rešuje vsaka specialistična stroka na svoj način. Če so dosežki internistične geriatrije še vedno dovolj znani, pa so manj prisotni geriatrični problemi v ortopediji, nevrologiji in travmatologiji. Povezovanja med gerontologijo in geriatrijo niso razvita, celostna obravnava problemov starejših je tudi zaradi tega pomanjkljiva.

Iz tega je potrebno izvzeti zdravstveno nego, kjer medicinske sestre zelo učinkovito obvladujejo položaj na terenu z dobro usposobljenostjo in tudi z gerontološkim znanjem.

Mislim, da bi bilo koristno vprašanja reševati tako, da bi najprej na verodostojen način ugotovili sedanje stanje. Študije na temelju opravljenih anket med starejšimi in izvajalci tovrstnega varstva, na temelju socioloških in medicinskih raziskav bi bile izhodišča za opredelitev nekaterih načel o položaju tretje generacije v družbi, temu naj bi sledili predpisi, delovni programi, uvajanje in nadzori nad izvajanjem. Celotno gerontološko in geriatrično medicinsko oskrbo, proučevanje in izobraževanje bi bilo treba prilagoditi praksi v razvitih evropskih državah. Pri tem bi bilo treba upoštevati zlasti dosežke sodobne družinske medicine, ki v vsakdanji praksi povezuje in velikokrat udejanja ugotovitve specialističnih strok in kjer velja načelo, da je treba zdraviti bolnika in bolezen tako, da upoštevamo tudi mnogoštevilne dejavnike okolja.

Vesel sem, da se spreminjajo pogledi na stare ljudi po svetu in tudi pri nas. Mnoge izkušnje, preudarnost in modrost, ki se naberejo tudi v arteriosklerotično načetih možganih starejših ljudi, se da še koristno uporabiti tudi v mladi in prizadevni družbi samostojnih Slovencev. Treba jih je spodbuditi in povezati. Če so starejši ljudje plahi, morda obupani in se ne znajdejo, naj jih poiščejo in povežejo nevladne organizacije. Koristi bodo obojestranske.