MEDICINSKA FAKULTETA V LJUBLJANI
KATEDRA ZA DRUŽINSKO MEDICINO

VEŠČINE ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE

UČBENIK ZA MENTORJE

VEŠČINE ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE

UČBENIK ZA MENTORJE

Urednica: Darinka Klančar
Tehnično oblikovanje: Urban Lenarčič?
Jezikovni pregled: Barbara Klančar

Založnik: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino
Tisk: Dinamit Makar in partner d.n.o.
Naklada: 200 izvodov

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

614.2:316.356.2(075)

VEŠČINE zdravnika družinske medicine: učbenik za mentorje/ [avtorji Igor Švab ... et al.]; urednica Darinka Klančar. - Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, 2007

ISBN 978-961-6264-95-2
1. Švab, Igor 2. Klančar, Darinka
236120832

Projekt - učbenik Veščine zdravnika družinske medicine je na podlagi javnega razpisa (Uradni list RS, št 26/2007 z dne 23.3. 2007) finančno podprl Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Avtorji:
Prof. dr. Igor Švab dr.med.
Izr. prof. prim. dr. Marko Kolšek dr.med.
Asist. dr. Maja Petek Šter dr.med.
Asist. dr. Danica Rotar Pavlič dr.med.
Asist. prim.dr. Mateja Bulc dr.med.
Asist. mag. Davorina Petek dr. med.
Asist. prim. Darinka Klančar dr.med.
Asist. prim. Ksenija Tušek Bunc dr.med.
Asist. mag.Nena Guček Kopčavar dr.med.
Izr. prof. prim.dr. Janko Kersnik dr.med.
Mojca Mir dr. med.
Asist. mag. Petra Klemen dr. med.
Asist. prim. Franci Božiček dr.med.
Asist. mag.Sašo Stepanovič dr.med.

Beseda urednice:

Družinska medicina je umetnost, ki se je ne da naučiti samo iz knjig in predavanj. Gre za znanstveno vedo, kjer se klinično znanje tesno prepleta s specifičnimi veščinami, ki jih mora obvladati zdravnik družinske medicine.
Prav zaradi tega ima na Medicinski fakulteti družinska medicina edina specifičen način pouka in sicer individulano delo mentorja z učencem.
Mreža mentorjev je trdna in široko razpeta čez ves slovenski prostor in na to smo upravičeno ponosni. Doslej so bile prilika za izobraževanje mentorjev samo naše delavnice, tokrat pa smo pripravili učbenik, ki pomeni prvi poskus poenotenja dela med mentorji.
Zavedati se moramo, da smo v očeh mladih kolegov , ki jih poučujemo v svojih ambulantah, neizčrpen vir znanja, vrednot in predvsem ljudje s svojimi dobrimi in slabimi trenutki.
Poskušajmo zaradi teh mladih puščati kovčke s skrbmi za zadnjim ovinkom pred našo ambulanto in se jim posvetimo z vso svojo profesionalnostjo. Potrudimo se krepiti njihova znanja in talente in jih spodbujati na tistih poljih, kjer so šibkejši. Učimo jih humanizma in spoštovanja vseh bolnikov, tudi tistih najtežavnejših. Vzgojimo jih v odgovorne kolege, na katere bomo ponosni. In poskrbimo, da bodo tudi oni ponosni na nas.

Predvsem pa se vsak dan znova učimo od njih in sprejemajmo pobude za izbojšave pri našem delu. Tako bomo ostajali mladi in bolj odporni za vsakodnevne priezkušnje in odgovornosti.
Vsak izmed nas ima svoj način odganjanja stresa. Meni osebno so cvetice s svojimi tihimi in žarečimi sporočili neusahljiv vrelec energije .
Naj bodo tudi vam.

VSEBINA

UČENJE KOT PARTNERSTVO....11

METODE POUČEVANJA V AMBULANTI....19

BOLNIK Z AKUTNIM RESPIRATORNIM INFEKTOM (ARI)....27

BOLNIK Z BOLEČINO V PRSNEM KOŠU....43

BOLNIK Z BOLEČINO V KRIŽU (BvK)....57

BOLNIK PO MOŽGANSKI KAPI....75

BOLNIK Z DEPRESIJO....93

BOLNIK Z ARTERIJSKO HIPERTENZIJO....109

BOLNIK Z BENIGNO HIPERPLAZIJO PROSTATE....123

BOLNIK S KRONIČNO OBSTRUKTIVNO
PLJUČNO BOLEZNIJO - KOPB....141

POSEBNE SKUPINE-DOJENČKI IN PREDŠOLSKI OTROCI 159

BOLNIK Z RAKOM 175

BOLNIK S SRČNIM POPUŠČANJEM(SP)....193

BOLNIK S SLADKORNO BOLEZNIJO(SB)....213

UMIRAJOČI BOLNIK....229

BOLNIK PO SRČNEM INFARKTU 243

STAREJŠI BOLNIK V
AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE 261

UČENJE KOT PARTNERSTVO

Darinka Klančar

V učnem procesu enakovredno sodelujeta učitelj in učenec. Pri tem se razlikujeta po procesu in vsebini znanja, veščin in stališč, ki jih prineseta v učni proces. Osnovni pogoj za uspešno učenje je zavedanje o svojih dolžnostih ter medsebojno spoštovanje. Pri tem pa ne smeta pozabiti na oskrbo bolnika, ki zaradi učnega procesa ne sme biti okrnjena.

MENTOR

Mentorje predlaga Združenje za družinsko medicino v sodelovanju s Katedro za družinsko medicino vsako leto izmed preizkušenih zdravnikov, specialistov splošne medicine. Predlog obravnava Svet za izobraževanje pri Zdravniški zbornici Slovenije, ki dokončno oblikuje seznam mentorjev. Naloga mentorjev je voditi študenta/specializanta skozi praktično delo tako, da bo čim lažje izpolnil študijske obveznosti.
Mentor lahko postane zdravnik, ki dela na področju družinske oziroma splošne medicine in izpolnjuje naslednje pogoje:
- ima opravljeno specializacijo iz družinske, ozrioma splošne medicine,
- v zadnjih dveh letih se je udeležil vsaj enega strokovnega srečanja, namenjenega izobraževanju mentorjev (učne delavnice),
- aktivno sodeluje pri razvoju stroke kot učitelj, primarij, asistent, vodja službe, raziskovalec, predavatelj ali organizator strokovnih srečanj,
- ima svoje delo in ambulanto orgnizirano v skladu z navodili za izvajanje študija družinske medicine oziroma specializacije iz družinske medicine

Naloga mentorja je zahtevna in odgovorna. Mednje se lahko uvrstijo le tisti zdravniki splošne/družinske medicine, ki so za to posebej izobraženi. Mentor mora poleg odličnega kliničnega znanja obvladati tudi veščino individualnega poučevanja, v katerem je dobromisleči svetovalec mlademu človeku. Gre za strokovnajka z visokimi etičnimi vrednotami, ki s svojim osebnim vzgledom pokaže pravi lik zdravnika družinske medicine. S svojimi učenci mora znati ustvariti kolegialni odnos, ki je neprecenljivega pomena za nadaljnji strokovni in osebnostni razvoj študenta ali specializanta. Ohranjati mora visoko profesionalnost v odnosu do ostalih članov tima in bolnikov, s čimer pripomore k ohranjanju družinske medicine kot vede usmerjene v človeka. Skrbeti mora za nenehno izboljševanje kvalitete svojega dela in k temu spdbujati tudi svoje učence.
Gre torej za najboljše zdravnike splošne/družinske medicine. Njihova-

obremenjenost je velika. Študenti in specializanti so zato opozorjeni, naj posebej pazijo na to, da s svojim obnašanjem ne kvarijo svojega ugleda in ugleda mentorja, pri katerem opravljajo izobraževanje.

Mentorstvo študentom
Mentor mora biti podrobno seznanjen z vsebino pouka družinske medicine za študente šestega letnika medicine. Ta je natančno opisana v delovnem zvezku za študente, ki je dostopna na spletni strani Katedre za družinsko medicino *(http://www.drmed.org/novica.php?id=12930)*

Mentor pomaga študentu skozi sedemtedenski program. Način in hitrost posredovanja znanja sta odvisna od študentove pripravljenosti za delo, njegovega interesa in mentorjevih možnosti, zato je treba aktivnosti prilagajati individualno. Študenta lahko mentor dodeli za krajši čas tudi kateremu izmed kolegov ali sodelavcev, vendar je obveznost za opravljanje programa predvsem in izključno mentorjeva.

Mentorstvo specializantom
Mentor naj bi poznal Pravilnik o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov (Uradni list RS, št 59/03, 51/04,15/05 in 20/07) s prilogami, ki je dostopen na spletni starni Zdravniške zbornice *(http://www.zdravniska-zbornica.si/ozzs.asp?FolderId=397)*. Nujno mora poznati vsebino specializacije iz družinske medicine , ki je dostopna na Zdravniški zbornici Slovenije oz. jih ta pošlje vsem mentorjem. Na spletni strani Zdravniške zbornice so organizacijska navodila glede izvedbe specializacije glede na to ali ima specializant že opredeljene bolnike in opravlja specializacijo po principu »teden za mesec« ali gre za specializanta brez opredeljenih bolnikov, ki opravlja kroženje strnjeno ali pa gre za zdravnika z licenco, ki je zaposlen v urgentni službi ali eni od državnih institucij (IVZ, ZZZS...).
Družinska medicina je temeljna oblika specializacije, ki traja 4 leta (48 mesecev).
Sestavljena je iz:

1. skupnega kliničnega dela – enotnega skupnega programa, ki traja 24 mesecev, ki ga specializant opravlja na klinikah. Na predlog glavnega mentorja se lahko ta del skrajša za del vsebin, ki jih je specializant opravil med opravljanjem sekundariata ali podaljša,

če mentor ugotovi, da je to potrebno.

2. V tem delu je specializant v mentorjevi ambulanti enkrat tedensko modularnega dela, ko specializant dela v ambulanti in obiskuje module na Katedri za družinsko medicino. Vsebina modulov je dostopna na spletni strani Katedre za družinsko medicino.

Specializant družinske medicine ima poleg neposrednih mentorjev na posameznih specializantskih mestih (kamor sodi tudi delo z mentorjem v ambulanti družinske medicine) tudi glavnega mentorja. Glavni mentor je izbran izmed zdravnikov splošne/družinske medicine z učiteljskim nazivom, nazivom svetnika, višjega svetnika ali primarija. Glavni mentor je lahko tudi specialist z najmanj petimi leti praktičnih izkušenj na svojem področju po opravljenem specialističnem izpitu. Glavni mentor lahko istočasno skrbi za največ tri specializante.Naloge glavnega mentorja so naslednje:

1. pred začetkom specializacije pisno predlaga zbornici individualiziran program specializacije za svojega specializanta,
2. usklajuje in nadzira potek specializacije ter s tem zagotavlja, da specializacija poteka po programu,
3. sodeluje z neposrednimi mentorji in spremlja njihovo delo,
4. ocenjuje napredovanje znanja specializanta, predlaga podaljšanje določenega dela specializacije, če ugotovi, da specializant v predvidenem času ni pridobil zadostnega obsega znanja in veščin, organizira skupinske oblike izobraževanja specializantov.

Seznam glavnih in neposrednih mentorjev za vsako leto določi zbornica na predlog pooblaščenih izvajalcev ali svojih strokovnih sodelavcev.

ŠTUDENT

V okviru dodiplomskega študija mora študent v 6. letniku študija opraviti učni program iz predmeta družinska medicina. V ta namen si mora pred začetkom programa pridobiti pisno soglasje mentorja s seznama Katedre za družinsko medicino in se z njim dogovoriti o izvedbi programa.

Program traja sedem tednov. Organiziran je v obliki praktičnih vaj v ambulanti pod nadzorom mentorja in vaj na katedri za družinsko medicino, kjer se študentje pod vodstvom asistenta zbirajo enkrat tedensko (torek), razen

prvi dan(ponedeljek- uvod) in zadnji dan (petek- zaključni razgovor) pouka. V teh sedmih tednih naj bi študent utrdil klinična znanja na področju najpogostejših problemov v ambulanti splošne/družinske medicine, osvojil nekatere veščine , ki jih potrebuje za delo z bolniki in osvojil določena stališča in prepričanja, značilna za družinsko medicino. To naj bi dosegel z opazovanjem mentorja pri delu, z delom z bolniki pod nadzorom mentorja, z obiski na domu ter pripravo poročila o družini , z individualnimi razgovori z mentorjem, s pripravo seminarja za vaje na katedri, s predstavitvijo primerov iz prakse, z zapisovanjem v zdravstveni karton in urejanjem medicinske dokumentacije. Študent mora imeti opravljenih vsaj 80 % ur praktičnega dela v ambulanti, kar pomeni prisotnost v ambulanti vsaj 20 dni poln delovni čas. Osnovne vsebine, ki jih mora študent obvladati so organizacija dela, medicinska dokumentacija, komunikacija z bolnikom, kakovost pri delu, diagnostika in zdravljenje enostavnih problemov v ambulanti družinske medicine.

Študent se seznani s prostori in opremo v čakalnici in ambulanti ter delovnim časom. Spozna naj vse člane delovne skupine in njihovo delo. Poudariti je treba sodelovanje članov delovne skupine.

Študent preživi vsaj en dan s patronažno sestro, fizioterapevtom, v laboratoriju ipd., tako da spozna njihovo delo.

Seznani naj se z osnovami financiranja osnovne zdravstvene dejavnosti (pogodba z ZZZS, zavarovalnicami, doplačila bolnikov itd.).

Študentu je treba predstaviti glavne zdravstvene probleme populacije, ki jo oskrbujete. Te probleme mora kasneje študent znati sam predstaviti na seminarju.Študent se nauči, kakšna oprema je potrebna za delo v ambulanti in na terenu, seznani se z vsebino zdravniške torbe, s kompleti za razne posege, z vsebino reanimacijskega kovčka, opremo reševalnega vozila.

Spozna naj administrativna opravila zdravnika, kartoteko in ostalo zdravstveno dokumentacijo ter naj se jo nauči uporabljati.Vsekakor naj spozna prednosti elektronskih evidenc.

Seznanite ga z vodenjem in čuvanjem dokumentacije, dnevno evidenco dela, evidenco porabljenega materiala, s poročanjem o opravljenem delu in poročanjem za zdravstveno statistiko.

Študent se mora naučiti, katere zakone in pravila mora zdravnik splošne/družinske medicine upoštevati pri svojem delu. Seznanite ga s prijavno dolžnostjo. Seznani naj se s sodnomedicinskimi opravili zdravnika družinske

medicine, s pomenom zdravniških potrdil in spričeval. Spozna naj način pošiljanja bolnika k imenovanemu zdravniku in invalidsko komisijo.
Seznaniti se mora z evidenco predpisovanja narkotikov. Študenta seznanite s posebnostmi vodenja primarne zdravstvene oskrbe, v osebo usmerjene oskrbe, posebnostmi reševanja problemov v ambulanti družinske medicine. Seznanite ga s pomenom celostnega pristopa, upoštevanja družine in skupnosti. Uporabite vsebino EVROPSKE DEFINICIJE DRUŽINSKE MEDICINE .
Študent mora spoznati način samopreverjanja rezultatov dela, analiz in načrtovanja ukrepov za izboljšanje dela. To mu pokažite na primeru analize predpisovanja zdravil, odločanja o bolniškem staležu, analize populacije s kronično boleznijo (npr. bolniki s hipertenzijo).
Seznanite ga z oblikami nadzora v vaših ambulantah in s pojmom zdravstvena napaka.
Študent se mora seznaniti s pomenom profesionalnosti pri delu zdravnika in njegovega tima ter z osnovnimi etičnimi dilemam, s katerimi se zdravnik srečuje pri delu z bolniki.
Študent mora biti prisoten na vsaj šestih od sedmih seminarjev na katedri, obvezno pa na prvem in zadnjem zaključni razgovor. Študij je razdeljen v štiri vsebinsko dopolnjujoče se sklope. V posameznih sklopih študentje poslušajo skupaj štiri uvodna predavanja.
Sledijo seminarji, ki jih pripravijo študentje pod nadzorom kontaktnih asistentov in predstavijo v skupini. Preko teh vsebin študentje pridobijo osnove, ki naj bi jih kasneje nadgradili v praktičnem delu v ambulanti.

SPECIALIZANT

Specializacija družinske medicine omogoča, da specializant družinske medicine pridobi teoretično in praktično znanje iz diagnostike, zdravljenja, rehabilitacije in preprečevanja in zbolevnosti posameznikov in njihovih družin. Osvoji veščine in stališča vodenja primarne zdravstevne oskrbe , komunikacije z bolnikom, specifičnega reševanja problemov, celostnega pristopa in rešuje probleme bolnikov z upoštevanjem bivanjskih, kulturnih in etičnih vrednot ter skupnosti, iz katere bolnik izhaja. V program specializacije se vključuje več profilov zdravnikov:
-zdravniki brez opravljenega sekundariata in večletno prakso samostojnega dela v ambulanti z opredeljenimi bolniki

-zdravniki s sekundariatom in preizkusom usposobljenosti (nekateri z opredeljenimi bolniki, drugi brez njih)
-zdravniki z licenco, ki so redno zaposleni v enotah nujne medicinske pomoči, IVZ, ZZZS, MZ...
Specilaizant mora vsa znanja, ki smo smo jih našteli kot vsebino poučevanja študenta, pretvoriti v veščine in jih uporabiti pri samostojnem delu z bolniki. Če ima specializat licenco, dela popolnoma samostojno, sicer pa pod nadzorom mentorja.

Opozorimo ga na glavne zdravstvene probleme v populaciji opredeljenih bolnikov, strukturo teh po spolu in starosti. Specializant naj bo natančen pri izvajanju administrativih opravila, vztrajajmo, da zgledno vodi kartoteko in ostalo zdravstveno dokumentacijo, vse le moč, čimveč v elektronski obliki. Osvežite mu znanje, katere zakone in pravila mora zdravnik splošne/družinske medicine upoštevati pri svojem delu. Seznanite ga s prijavno dolžnostjo. Izvaja naj sodnomedicinska opravila, samostojno piše zdravniška potrdila in spričevala in pripravlja dokumentacijo za imenovanega zdravnika ter invalidsko komisijo. Pravilno mora voditi evidenco predpisovanja narkotikov.
Zlasti pa ga usposobite v veščinah, po katerih smo zdravniki družinske medicine med kolegi posebni in specifični. Gre za obvladovanje vodenja primarne zdravstvene oskrbe, komunikacije in v bolnika usmerjene oskrbe, učenje posebih metod in načinov reševanja problemov v ambulanti družinske medicine. Naučite ga, da bo sposoben celostnega pristopa, upoštevanja družine in skupnosti.

Povdarjajte pomen samokontrole kakovosti dela in načrtovanja ukrepov za izboljšanje dela.
Ob vsem zanju in veščinah pa v učnem procesu ne sme manjkati nenehno povdarjanje in vzgajanje v profesionalnosti pri delu zdravnika in njegovega tima ter seznanjanje z osnovnimi etičnimi dilemam, s katerimi se zdravnik srečuje pri delu z bolniki.

METODE POUČEVANJA V AMBULANTI

Igor Švab, Marko Kolšek

Med strokovnjaki, ki se ukvarjajo z izobraževanjem, je splošno sprejeto dejstvo, da je individualno učenje ena najbolj uspešnih metod poučevanja. Na tak način se učenci (študenti ali specializanti) naučijo največ (1). Tako okolje pa ima tudi specifične metode poučevanja.

Kdo lahko uči?

Uči lahko vsak, ki kaj zna ali zna narediti. V osnovi v ambulanti obstajajo štirje viri:

Bolniki
Bolniki so neizmeren vir učenja. Prednost osnovne zdravstvene dejavnosti je, da je bolnikov veliko, tako da imajo študentje možnost, da se srečajo z velikim številom ljudi, ki imajo najrazličnejše težave in poglede na zdravje. Ob tem so bolniki najpogosteje v tako dobrem zdravstvenem stanju, da laže prenašajo pouk. Pri tem pa je seveda treba upoštevati etične omejitve in pravila.

Delovna skupina (zdravnik in ostali člani tima)
Študent oz. specializant se bo veliko naučil od zdravnika, videl bo, kako rešuje probleme, pa tudi kako delo oblikuje zdravnikovo osebnost in njegovo osebno in družinsko življenje. Člani delovne skupine so izvrstni učitelji, zlasti na področju specifičnih veščin. Intravenskega injiciranja se lahko učimo v laboratoriju ali s patronažno sestro, ob sestri, ki dela v ambulanti, izvemo vse o računalniškem sistemu, pravilih zavarovanja, adminisitraciji, naročanju na pregled. Ob njej imajo študentje možnost vaditi prevezovanje ran in dajanje intramuskularnih injekcij.

Študent sam
Samostojno učenje, sedenje ob knjigi ali za računalniškim ekranom, razmišljanje o tem, kaj si videl in doživel...vse to vpliva na učenca in njegov strokovni razvoj.

Bolnikova družina
Bolnikova družina, ki jo lahko spoznamo pri hišnem obisku, ali pa takrat, ko bolnikovi svojci pridejo v ambulanto sami ali pa z bolnikom, študentu

omogočijo vpogled v družisko dinamiko, njihove odnose in vplive tega na počutje, doživljanje in zdravje bolnikov.

Širše okolje

Paramedicinske in socialne službe (n. pr. nega na domu, laična pomoč na domu, center za socialno delo) omogočijo študentu spoznavanje širše socialne dimenzije človeka, kar mu olajša celovit pogled na bolnika. K temu lahko pripomorejo tudi nevladne organizacije (n. pr. Rdeči križ, Karitas, ipd.), kot tudi skupine za samopomoč in društva skupin bolnikov.

Zdravstvena dokumentacija

Zapisi obravnav bolnikov v zdravstvenih kartonih bolnikov, protokolih in drugih vrstah dokumentacije o bolnikih so bogat vir znanja in izkušenj, lahko pa tudi zmot in spoznavanje manj dobrih načinov obravnav bolnikov. Študent se lahko uči iz tega, lahko analizira posamezne zapise in jih predebatira z mentorjem.

Kako lahko učimo?

Opazovanje

Opazovanje izkušenega kolega pri delu je običajno prva metoda, na katero se spomnimo. Je sicer učinkovita za učitelja, ker od njega ne terja nobenega angažmaja, velika slabost pa je, da postavi učenca v pasiven položaj. To privede do dolgočasenja.

Delo pod nadzorom

Če želimo učenca naučiti kakšne veščine, ki jo je prej vadil v omejenem obsegu, je delo pod nadzorom izvrstna metoda. V tem primeru se učitelj postavi v pasivno vlogo in prepusti učencu večji ali manjši del svojih opravil. Študentu lahko prepustimo, da sam piše recepte, ki jih potem mi podpisujemo in tako preverimo njihovo pravilnost, enako lahko naredimo z vsemi administrativnimi obrazci. Študent lahko samostojno meri krvni tlak, katerega vrednost kasneje preverimo, sam jemlje anamnezo. Metoda je izredno učinkovita, terja pa od učitelja, da vedno znova preveri, ali je bilo delo pravilno opravljeno in sproti opozarja na pomanjkljivosti.

Samostojno delo

Pri tej metodi pustimo učenca, da dela samostojno in ga ne nadziramo, temveč njemu samemu prepustimo odločitev, ali bo poiskal našo pomoč ali ne. Uporabimo jo takrat, kadar smo prepričani, da določeno veščino že obvlada (npr. ne avskultiramo ponovno ampak se zanesemo na njegov izvid). S samostojnim delom se močno krepita študentova samozavest in odgovornost. Slabost te metode je, da je za napake še vedno odgovoren mentor, kar pomeni, da mora še vedno nadzirati učenčevo delo.

Pogovor

Iskren pogovor z učencem sicer sodi med metode preverjanja, vendar je ravno tako metoda, s katero učimo. Za pogovor s študentom si vzamemo posebej čas in se študentu posvetimo.

Individualno učenje

Nekateri študentje se laže učijo sami in niso praktične narave. Takim koristi, če jim damo na voljo čas, da preštudirajo kakšen problem in nam naslednji dan ali čez določen čas povedo, kaj so izvedeli.

Organiziran obisk socialno – zdravstvenih in drugih ustanov

Pri tej metodi študentu organiziramo obisk centra za socilano delo n. pr. v zvezi z bolnikom, ki je obiskal ambulanto (ali so prišli njegovi svojci), ali se je izkazalo, da je ustrezno reševanje problematike potrebno vključiti še druge službe. Po takšnem obisku predstavi mentorju rešitve za bolnika, ki so se oblikovale s sodelovanjem oziroma možnosti, ki jih ima zdravnik za pomoč posameznemu bolniku. Prav tako lahko študent obišče n. pr. dom starejših občanov, da spozna življenje bolnikov v DSO ter tamkajšnje delo zdravnika.

Poročanje o bolniku

Poročanje o bolniku je metoda, ki se pogosto uporablja v kliničnem delu zlasti pri kliničnih specialistih v obliki vizit in skupnih sestankov. Žal je tega v osnovnem zdravstvu premalo. Kot posebna oblika je ta metoda uveljavljena v Balintovih skupinah. Že študent bi se moral ob mentorju naučiti, kako na kratek, jedrnat in preprost način predstaviti bolnika kolegom, kako predstaviti dileme, ki so se ob vodenju porodile in kako zagovarjati svoje odločitve.

Samostojen projekt

Študentu ali specializantu lahko damo konkretno nalogo, ki jo pripravi sam: npr. priprava predavanja, izdelava zloženke ali plakata za čakalnico, pisanje članka za lokalni časopis so naloge, ki jih zlahka lahko opredelimo in naložimo učencu in potem preverimo izdelek.

Učenje sporazumevanja

Sporazumevanja se učenec lahko uči na več načinov. Najpogosteje se bo tega naučil ob delu, ko ga bomo opazovali, vendar ne smemo pozabiti drugih metod:

1. Igranje vlog

Igranje vlog je metoda, ko ali učitelj ali učenec prevzame vlogo zdravnika. Pogosto jo je smiselno uporabiti takrat, kadar hočemo prikazati, kako še drugače pristopiti k pogovoru, npr. po neuspešnem ali težavnem pogovoru v ambulanti. Metoda je koristna tudi, če hočemo razbliniti strah pred pogovorom. Je zelo preprosta in poceni.

2. Video

Pogovore lahko snemamo na video in potem posnetke analiziramo. Cenovno je ta tehnologija lahko dostopna. Seveda je treba paziti na etiko (posnetke je treba zbrisati, bolniki se morajo strinjati) . Metoda snemanja na video je postala standardna metoda poučevanja sporazumevanja zlasti pri specializantih.

3. Simulirani bolniki

Metoda je podobna igranju vlog, le da tu vloge bolnika ne igra mentor, ampak posebej naučen igralec. Za redno delo v ambulanti je manj primerna, zaradi organizacijskih zapletov, se pa pogosto uporablja pri preverjanju in pri učenju v inštitucijah.

Analiza lastnega dela

Nekateri študentje ali specializanti, ki so bolj raziskovalne narave, se bodo veliko naučili od tega, da analizirajo delo ambulante. Preprosto analizo dela bi moral biti sposoben narediti vsak specializant, saj se na tak način nauči kritičnega pogleda v lastno delo ter metodologije, kako se to doseže.

Na ta način je mogoče analizirati predpisovanje receptov, odobravanje bolniškega staleža, napotovanje, uspešnost zdravljenja določene bolezni (n. pr. hipertenzije), skladnost obravnave bolnikov s smernicami (n. pr. bolniki po srčnem infarktu), ipd.

Seminarska ali raziskovalna naloga

Izdelava seminarske ali raziskovalne naloge je zahtevnejši projekt, ki terja več časa. Glavni cilj te naloge je, da se specializanti zavedo, koliko dela je potrebnega, da se napiše znanstveno delo in da se naučijo kritično ocenjevati strokovno literaturo. Pri študentih se ta oblika pojavlja kot kandidatura za Prešernovo nalogo. Na Katedri za družinsko medicino imamo veliko dobrih izkušenj s študenti iz tujine, ki pri nas izdelajo raziskovalne projekte. Nekateri izmed njih so dobili celo mednarodna priznanja.

Za konec

Za konec še o najboljši in najslabši metodi za delo v ambulanti.

Ne glede na popularnost je predavanje najslabša metoda poučevanja, zlasti v ambulanti. Ne predavajte oz. predavajte čim manj, pa naj vas še tako mika, da bi povedali vse, kar znate. Bodite praktični, iz prakse se naučimo bistveno več kot iz teorije.

Zdravnik kot osebnost, ki dela dobro in z veseljem, postane kmalu vzor svojim študentom in specializantom. Ni boljše metode poučevanja, vse ostale metode so nastale iz nje in nobena je ne more nadomestiti. Vendar zahteva celega človeka in pravo osebnost. Zato je delo učitelja tako zelo zahtevno.

1. Gordon J. ABC of learning and teaching in medicine: One to one teaching and feedback. British Medical Journal 2003;326(7388):543.

BOLNIK Z AKUTNIM RESPIRATORNIM INFEKTOM (ARI)

Nena Kopčavar Guček

UVOD

Akutni respiratorni infekt je najpogostejša virusna okužba zgornjih dihal. Zaradi velikega števila povzročiteljev in ponovnih okužb z istim tipom virusa je najpogostejša med nalezljivimi boleznimi. Prvi znan povzročitelj prehlada je bil virus parainfluence, pozneje so sledili rinovirusi, respiratorni sincicijski virus, nekateri enterovirusi, Coxackie virusi ter Corona virusi. Drugi respiratorni virusi, kot npr. virus influence ali adenovirusi poleg vnetja zgornjih prizadenejo tudi spodnja dihala. Vemo, da imajo posamezni virusi svoje lastne sezonske vrhe: tako se rinovirusi pojavljajo zgodaj jeseni in pozno spomladi. Podatki so pokazali, da pozimi oboli 6 do 8 ljudi na 1000 prebivalcev dan, medtem ko poleti število pade na 2 do 3 bolnike na 1000 prebivalcev dnevno. V povprečju odrasli prebolevajo letno 2 do 4 in otroci 6 do 8 prehladov.

Rezervoar virusov, ki povzročajo prehlad, so otroci, predvsem šolarji. Ti prinesejo virus v družino, kjer se virus prenaša od enega člana do drugega. Člani družine zbolevajo v 2 do 5-dnevnih časovnih presledkih. Virus se prenaša z neposrednim in posrednim stikom izločkov zgornjih dihal na sluznice ali na predmete, večji delci izločkov pa se prenašajo s kužnimi kapljicami. Nekaj delcev je v obliki aerosola v zraku, zato je prenos možen na več načinov.

Prehladne bolezni pozimi povzročajo visoko obremenitev ambulant na osnovnem nivoju zdravstvenega varstva, višjo morbiditeto in mortaliteto, absentizem in hromitev družbenega in političnega življenja. Zapleti enostavnih okužb in smrti so pogosti predvsem pri starejših in kronično bolnih.

1.VODENJE PRIMARNE OSKRBE

Študent

Študent mora vedeti, da je za postavitev diagnoze potrebna skrbna anamneza in klinični pregled. Običajno so glavne težave serozen izcedek iz nosu, kihanje, bolečine v žrelu in suh kašelj.Prehlad se začne s slabim počutjem in izcedkom iz nosu, ki je najobilnejši 2. in 3. dan. Istočasno nastopijo bolečine v žrelu s hripavostjo in kašljem. Pogosta sta začasna izguba voha in okusa. Bolezen traja en do dva tedna (znanje).
Opraviti mora pregled zgornjih dihal in znati oceniti, če gre za nezapleteno okužbo zgornjih dihal ali za zaplet. Znati mora oceniti, kdaj in ali je potreben kontrolni pregled. Bolniku mora znati dati ustrezna navodila za samozdravljenje in za opazovanje(veščina).
Vedeti mora, katere preiskave naj bi opravil v primeru dvoma o diagnozi.
Bolniku mora znati dati ustrezna navodila, kako svoje bližnje obvarovati pred okužbo.(veščina).
Temeljno gradivo za klinični pristop k bolniku z akutno okužbo dihal so Na dokazih temelječe medicinske smernice (1), v primeru zapleta pa smernice za antimikrobno zdravljenje(2). Študent si jih lahko ogleda pri mentorju in se z njim pogovori o vsebini in porabi.

Specializant

Specializant mora poznati še indikacije za dodatne diagnostične metode pri zapletih okužb zgornjih dihal in vse skupine bolnikov z večjim tveganjem za te okužbe. Znati mora tudi interpretirati te izvide (znanje). Seznanjen mora biti s tistimi indikacijami, ki v vsakem primeru okužb dihal terjajo kemoprofilakso in/ali intenzivnejši nadzor zvišane telesne temperature. Poznati mora način zdravljenja akutnega respiratornega infekta pri kroničnih bolnikih, možnosti interakcije zdravil. Znati mora ustrezno svetovati kroničnim bolnikom in drugim ogroženim skupinam glede zaščite pred sezono prehladov (specifična in nespecifična zaščita). Primerna literatura je knjiga Infekcijske bolezni (3)(veščina).Specializant mora prepoznati bolezni, ki posnemajo respiratorni infekt (npr. alergijski pojavi, kronično vnetje sinusov itd.) in poznati diagnostične metode za njihovo opredelitev. Poznati morajo

tudi indikacije za hospitalizacijo oz. za nujno ukrepanje v primeru okužbe dihal (znanje).
Specializante je potrebno naučiti, kako napraviti register bolnikov z večjim tveganjem za respiratorne okužbe in kako jim aktivno svetovati (npr. vakcinacija proti gripi itd.). Treba jih je poučiti, kako in kdaj se smejo zdraviti sami in kdaj morajo poiskati zdravniško pomoč. Pokažemo mu register tistih, ki jih cepimo proti gripi in mu svetujemo, kako ga postopno dopolnjevati. Pri oblikovanju registra naj se opira na smernice glede cepljenja in na podatke iz zdravstvene dokumentacije (pogoste okužbe, zapleti itd.). Poučimo ga, katere elemente naj vključi v register.

2. V OSEBO USMERJENA ZDRAVSTVENA OSKRBA

Študent

Študent se mora zavedati trajnosti odnosa med bolnikom in zdravnikom in nujnosti, da bolnik soodloča pri svojem zdravljenju(stališče). Pomemben element tega odnosa je zaupanje(stališče). Stališča študent najlažje izoblikuje z opazovanjem sporazumevanja med bolnikom in mentorjem.
Vedeti mora, da je na področju respiratornih okužb najpogostejše torišče pogajanja med bolnikom in zdravnikom predpisovanje zdravil oz. bolnikova pričakovanja glede (neupravičenega) predpisa antibiotikov (znanje).

Študent mora dobiti občutek, kdaj je stanje takšno, da zahteva takojšnjo napotitev (npr. hude težave z dihanjem, visoka temperatura in/ali mrzlica, ki se je ne da nadzorovati z zdravili, huda, akutna in zelo močna bolečina v prsih) in kdaj bolnik lahko odide domov in se oglasi na kontrolni pregled v ambulanti (npr. kašelj, ki ponoči preneha in ne povzroča težav z dihanjem)(večina).
Principa odprtega čakanja in odvrnljivo nevarnega poteka se študent najlažje nauči z opazovanjem v ambulanti.

Specializant

Specializant mora znati vzpostaviti partnerski odnos z bolnikom in mora znati oceniti bolnikovo pripravljenost za sodelovanje pri diagnostiki in zdravljenju(veščina). Oceniti mora, katerim bolnikom je smiselno svetovati samoopazovanje in nekatere enostavnejše meritve (npr. PEF) in te bolnike ustrezno usposobiti(veščina).
Spoštovati mora bolnikovo voljo, ko gre za začetek in nadaljevanje zdravljenja. Z bolnikom se mora znati pogajati, če so bolnikova stališča drugačna od priporočil smernic in postopke zdravljenja prilagoditi željam bolnika (veščina).
Poznati mora načine sporazumevanja z bolnikom, ki se jih nauči tekom modularnega dela in pri praktičnem delu v ambulanti.

Specializant mora poznati akutne zaplete okužbe dihal, njihove značilnosti (prepoznavanje) in zdravljenje(znanje). Teoretične osnove omenjenih stanj si naj prebere v knjigi Infekcijske bolezni v ustreznem poglavju in v Smernicah za zdravljenje pljučnice domačega okolja.
Specializant mora znati obravnavati akutne zaplete respiratornega infekta (npr. pljučnica, akutni sinusitis, akutna dihalna stiska, hipoksija, dehidracija), s katerimi se srečuje v dežurni službi in na sprejemnih oddelkih bolnišnic, kjer je tekom bolnišničnega dela krožil(veščina).
Specializant mora vedeti, da so nenujne napotitve bolnikov z zapleti respiratornega infekta redke in so omejene na tiste bolnike, ki potrebujejo hospitalizacijo (pri večini bolnikov z zapleti respiratornega infekta zadošča ambulantno diagnosticiranje in spremljanje ter zdravljenje v skladu s smernicami) zaradi hipoksije, splošne oslabelosti, odpovedi peroralne antibiotične terapije itd.(znanje).

3. SPEČIFIČEN NAČIN REŠEVANJA PROBLEMOV

Študent

Študent mora znati bolnika z nezapleteno okužbo dihal voditi samostojno (veščina). Vedeti mora, da so določena stanja prehodna in se uredijo sama po sebi – npr. izrazit izcedek iz nosu 2. in 3. dan bolezni, prehodno

povišana telesna temperatura (znanje). Sposoben mora biti pomiriti pretirano zaskrbljenega bolnika, ki mu znaki prehlada po parih dneh še ne minejo (veščina).

Vedeti mora, kdaj in kako hitro je potrebno bolnika napotiti k specialistu ali v bolnišnico (npr. bolnik z akutno dihalno stisko kot zapletom obojestranske pljučnice potrebuje takojšnje ukrepanje in nujno napotitev v spremstvu zdravnika) (znanje). Znanje o nujnosti posameznih stanj si najlažje pridobi iz knjige Infekcijske bolezni.

Specializant

Specializant mora bolniku razložiti, da gre za prehodno, večinoma nenevarno in pogosto bolezen ter ga prepričati v pomen samozdravljenja počitek, antipiretiki, dekongestivi za nos, sredstva za blaženje kašlja (veščina).
Specializant mora znati (znanje) in suvereno obvladovati (veščina) nujna in zelo nujna stanja povezana z zapleti respiratorne okužbe (akutni sinusitis, pljučnica, hipoksija, akutna dihalna stiska...) in ustrezno oskrbljenega bolnika predati specialistu v bolnišnici.
Obvladovanja nujnih stanj se lahko teoretično nauči iz knjige Infekcijske bolezni in Na dokazih temelječe smernice, pa tudi s pomočjo smernic za zdravljenje pljučnice domačega okolja (znanje), praktično pa se je z nujnimi stanji že srečal v času pripravništva na bolnišničnih oddelkih, z opazovanjem oskrbe nujnega bolnika pri svojem mentorju in nato tako, da sam oskrbi bolnika z nujnim stanjem.

4. CELOSTEN PRISTOP

Študent

Študent mora poznati pomen skrbi za lastno zdravje (redna telesna aktivnost, dovolj počitka, zdrava mešana prehrana, ustrezni higienski ukrepi, izogibanje pasivnemu kajenju in prenehanje kajenja, aktivno in pasivno vzpostavljanje primerne imunosti) ne le ukrepe ob že nastalem respiratornem infektu, saj le tako lahko vpliva na stopnjo zbolevnosti umrljivosti (stališče). Pomembno je prepoznavanje posebej ogroženih skupin oziroma kroničnih

bolnikov, ki so v zvezi z respiratornimi obolenji bolj izpostavljeni (npr. astmatiki, kronični pljučni in srčni bolniki, tisti z endokrinimi boleznimi itd.) Da bi pridobil omenjena znanj in oblikoval stališča do zdravega življenjskega sloga naj obišče eno od delavnic CINDI, ki jo za bolnike organizirajo v zdravstvenih ustanovah in prebere zdravstveno-vzgojno gradivo, ki je na voljo za bolnike.

Specializant

Specializant mora imeti že izdelana stališča do zdravega življenjskega sloga in mora znati bolniku svetovati, kako naj izboljša življenjski slog in mu predstaviti izboljšanje življenjskega sloga kot prvo stopnjo pri nadzoru in preprečevanju zapletov akutnih okužb dihal, ki mu včasih (ne pa vedno) sledi še zdravljenje z zdravili(veščina). Ker gre za veščino sporazumevanja, se tega specializant najlaže nauči z opazovanjem mentorja in nato sam poizkuša bolnika prepričati v pomembnost nekaterih preventivnih ukrepov okužbe dihal, pri čemer mora upoštevati bolnikova stališča in možnosti, ki jih ima bolnik, da spremeni življenjski slog (npr. hudemu kadilcu z začetno KOPB bomo svetovali prenehanje kajenja, kljub temu bo intervenca z antibiotiki relativno pogosta, saj se pljučni parametri ne bodo bistveno izboljšali, s preprečitvijo poslabšanja dihalne funkcije pa bomo preprečili še hujšo hipoksijo in zmanjšali potrebo po hospitalizaciji; poklicnemu rudarju s poklicno začetno KOPB težko svetujemo spremembo življenjskega sloga, le odsvetujemo kajenje).
Poznati mora oblike aktivne zaščite (cepljenje proti gripi, pljučnici) in jih ustrezno svetovati ogroženim.

5. USMERJENOST V SKUPNOST

Študent

Študent mora poznati pomen dednosti in dejavnikov okolja pri tveganju za pojav respiratornega infekta in njegovih zapletov (znanje). Študent se mora zavedeti, da je potrebno bolnika zdraviti v okviru strokovnih priporočil in ob tem upoštevati finančne omejitve, kar pomeni, da mora bolnika zdraviti tako, da je razmerje med doseženo koristjo in ceno najugodnejše (stališča).

Študent mora vedeti, kaj so indikacije za bolniški stalež ter kdaj je potrebno bolnika z zapleti respiratornega infekta na višji nivo (znanje), ki ga pridobi tako, da prebere poglavje o bolniškem staležu v učbeniku medicine dela in sodeluje pri seminarju o bolniškem staležu in invalidski oceni (seminar na katedri).

Specializant

Specializant mora znati pri svetovanju zdravega življenjskega sloga upoštevati tudi družinsko in širše socialno okolje v katerem bolnik živi in dela ter znati svetovati, kako prilagoditi razmere v okolju, da bo dano okolje bolniku omogočalo uspešno zdravljenje (veščina). Specializant mora biti pri zdravljenju respiratornega infekta in njegovih zapletov racionalen v porabi finančnih sredstev in ob tem ohraniti ključno vodilo, ki je izboljšanje zdravja bolnika (veščina). Poznati mora pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki se nanašajo na predpisovanje zdravil (znanje), kar pridobi s spremljanjem publikacij ZZZS. Specializant mora poznati pravne podlage za bolniški stalež, česar se lahko nauči tako, da prebere pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja in delavno zakonodajo s področja začasne in trajne nezmožnosti za delo (znanje).
Specializant mora vedeti okvirno kolikšno je trajanje bolniškega staleža pri posameznih bolezenskih stanjih ali poškodbah, kar je navedeno v priporočilih o trajanju bolniškega staleža, ki jih je izdal ZZZS (znanje). Poznati mora kategorije invalidnosti, kriterije, ki jih je potrebno izpolnjevati za dodelitev dodatka za pomoč in postrežbo ter telesno okvaro (znanje).
Specializant mora znati voditi bolniški stalež ter bolnika z zapleti respiratornega infekta predstaviti zdravniški komisiji zaradi ocene delazmožnosti, telesne okvare (npr. trajno zmanjšane oksiforne kapacitete pljuč po hudi okužbi spodnjih dihal) ali potrebe po dodatku zaradi pomoči in postrežbe (npr. pri hudem poslabšanju KOPB po preboleni pljučnici in pri potrebi za trajno zdravljenje s kisikom na domu in pri potrebi po 24-urnem nadzoru) (veščina).

6. CELOVITO OBLIKOVANJE MODELOV

Študent

Študent se mora zavedeti, da se bolniki z respiratornim infektom v odnosu do svoje bolezni med seboj razlikujejo (nekateri so prestrašeni, drugi brezbrižni, tretji sprejemajo bolezen racionalno...), kar je posledica različnih osebnih, kulturnih in verskih vrednost in okolja v katerem živijo (stališča). Posebej pomembni polji skupnega odločanja, kjer se bolnik in zdravnik pogosto razhajata, sta potreba po bolniškem staležu in želje/možnosti za predpisovanje antibiotikov. Pri obravnavi bolnika se mora zavedati temeljnih etičnih načel (pravičnosti-kolikor enemu, toliko vsem in bolnikove samostojnosti-bolnik ima pravico, da se odloči) (stališča). Študent mora znati ugotoviti bolnikovo socialno stanje in finančne zmožnosti ter kulturna, verska in etnična načela bolnika (veščina).

Specializant

Specializant mora znati bolniku svetovati v okviru bolnikovih stališč (veščina). Pri svetovanju mora upoštevati finančne zmožnosti bolnika ter kulturna, verska in etnična načela (veščina). Sposoben mora biti sprejeti bolnika takega, kot ta je, tudi če so bolnikova prepričanja drugačna od njegovih . Pri svojem delu mora spoštovati etična načela, zlasti načelo pravičnosti in bolnikove avtonomije (stališče).

ZAKLJUČEK

Akutni respiratorni infekt in njegovi zapleti predstavljajo najpogostejšo okužbo, zaradi katere ljudje obiskujejo zdravnika družinske medicine. Zaradi pogostnosti problema, sezonskega nihanja in zaradi dejavnikov tveganja, ki so pogojeni z bolnikovim življenjskim slogom, na katerega vpliva tudi družina in širše socialno okolje, lahko bolnika uspešno vodi zdravnik družinske medicine s svojim znanjem, ki presega le ozko klinično znanje o okužbah dihal.

Ob velikem finančnem bremenu, ki ga zdravljenje respiratornih infektov predstavlja v smislu absentizma, epidemičnega značaja, visoke morbiditete in mortalitete za skupnost je potreben racionalen in v bolnika usmerjen pristop. Z racionalnimi ukrepi zdravljenja, s preprečevanjem zapletov in s spodbujanjem k zdravemu življenjskemu slogu lahko to breme bistveno zmanjšamo. Aktivna zaščita v obliki cepljenja (gripa, pljučnica) lahko prepreči hude zaplete. Pogoj za tako obravnavo je dolgotrajen in odprt odnos, ki bolniku omogoča, da aktivno sodeluje v procesu zdravljenja in mu daje možnost, da odkloni predlagane postopke zdravljenja, ki so v nasprotju z njegovimi stališči ter verskimi ali kulturnimi vrednotami. Zdravstvena vzgoja zmanjšuje neutemeljena pričakovanja za medikamentozno zdravljenje osnovne bolezni (antibiotiki), saj je proti najpogostejšim povzročiteljem virusom neučinkovito. Pri obvladovanju akutnih respiratornih infektov se mora zdravnik zavedati, da se bo z bolnikom srečeval leta in leta. Rezultati zdravljenja se bodo kazali sproti. Gradnja medsebojnega odnosa z zaupanjem in na podlagi preteklih izkušenj bodo osnova za obravnavo ponovitev te najpogostejše infekcijske bolezni.

Primer:

62-letni poslovnež, kadilec, se je oglasil v ambulanti zaradi virusne okužbe dihal.

Kadi že 30 let po 30 cigaret na dan. Pri delu je zelo izpostavljen stresu, za rekreacijo mu zmanjkuje časa.

V kliničnem statusu ste ugotovili visoko položeni pljučni bazi, nad pljuči difuzno slišno poostreno dihanje, ITM je bil 29 kg/m2 ter obseg pasu 110 cm. Aksilarno izmerjena tempetarura je bila 38,2 stopinji.

Med pregledom je bolnik blago dispnoičen, SO2 je 97%.

Pove, da vsako jutro kašlja, kadilsko, a da je med sedanjim prehladom kašelj precej bolj vsiljiv in izmeček obilen in rumen.

Ne želi bolniškega staleža. Glede na pripravljenost na spremembe življenjskega sloga še ne razmišlja o prenehanju kajenja (prekontemplacija). Rad bi se zdravil pri svojem zdravniku in ne želi pregleda pri pulmologu.

Mentor in študent (specializant) naj razpravljata o:

- O pristopu k odkrivanju bolnikov KOPB v družinski medicini.

- O potrebnih nefarmakoloških ukrepih pri prehladu in o prepoznavanju ogroženih za zaplete.

- O potrebnih preiskavah za potrditev diagnoze zapleta enostavne okužbe dihal.

- O načinu zdravljenja poslabšanja KOPB zaradi respiratornega infektae – (nefarmakološki ukrepi, zdravila): kdaj je zdravljenje z zdravili neizbežno in kako hitro se moramo odločiti za začetek zdravljenja

- O bolnikovem soodločanju in sodelovanju pri zdravljenju ter o shemi zdravljenja (kontrole itd.)

- O možnih spremembah v osebnem slogu, družinskem in delovnem okolju.

- O potrebnih preiskavah za potrditev diagnoze zapleta enostavne okužbe dihal.

Didaktični cilji-študent

1
- Poznati pomen prepoznavanja nezapletene ARI
- Poznati najpogostejše znake ARI
- Diagnostični postopek ARI
- Osnovne principe zdravljenja ARI in zapletov

2
- Poznati osnovne principe sporazumevanje z bolnikom z ARI
- Vedeti, da domače okolje vpliva na razvoj zapletov ARI in bolnikovo sodelovanje pri zdravljenju
- Poznati pomen pridobivanja bolnika z ARI za sodelovanje pri zdravljenju
- Poznati pomen stalnosti odnosa za uspešno zdravljenje bolnika z ARI (zaupanje)

3
- Bolnike z ARI vodi ZDM samostojno
- Poznati pojem odprtega čakanja
- Poznati indikacije za napotitev in nujnost napotitev

4
- Poznati pomen lastne skrbi za zdravje
- Poznati pomen dobre telesne odpornosti, higiene, zadostnega počitka, zdrave prehrane in redne telesne aktivnosti
- Vedeti, da je zdravljenje simptomatsko (razen v redkih primerih zapletov ARI)
- Vedeti, da je prehlad pogosta, večinoma [illegible]varna in nezapletena bolezen

5
- Poznati vpliv genetskega dejavnika in družinskega okolja za razvoj ARI
- Zavedati se mora potrebe po racionalni porabi finančnih virov
- Poznati indikacije za bolniški stalež
- Poznati postopek ocene pred ZK

6
- Zavedati se različnega doživljanja bolezni pri bolnikih z ARI (poveličevanje, zanikanje) glede na kulturno, versko in socialno okolje.
- Poznati pomen etičnih načel enakosti in bolnikove samostojnosti
- Znati oceniti bolnikove finančne zmožnosti in socialno stanje ter versko in etnično pripadnost.

Didaktični cilji-specializant

1

- Poznavanje dodatnih preiskav in njihovih indikacij pri ARI
- Zdravljenje kroničnega bolnika, ki ima ARI
- Znati voditi register bolnikov z velikim tveganjem za zaplete ARI

2

- Znati mora komunicirati tako, da vključi bolnika z ARI v procesu diagnostike in zdravljenja
- Spoštovanje bolnikove avtonomije (drugačnega mnenja)
- Z izobraževanjem bolnika z ARI doseči spremembo življenjskega sloga v zdrav življenjski slog (npr. kajenje)
- Znati vzpostaviti odkrit odnos z bolnikom (posvet o ne-potrebnosti jemanja antibiotikov in stranskih učinkih)
- Znati bolnika spodbujati za samozdravljenje (počitek itd)

3

- Bolniku povedati, da v večini primerov ARI povzročajo virusi, proti katerim ne poznamo učinkovitega zdravila in zato ne moremo in bolezni na hitro odpraviti
- Znati obravnavati zaplete ARI in biti kritičen do napotitev na sekundarni nivo

4

- Znati bolniku z ARI svetovati, kako skrbeti za lastno zdravje
- Znati bolniku razložiti, da je cilj zdravljenja vzpostavitev popolnega zdravja in izogibanje zapletom ARI
- Znati svetovati glede aktivne zaščite proti okužbam dihal oz. zapletom (cepljenje proti gripi in pljučnici opozoriti tudi na pomen nadzora ostalih dejavnikov tveganja za zaplete ARI)

5

- Znati ugotoviti življenjski slog bolnika in mu svetovati, kje so v okviru družine in skupnosti še možnosti za izboljšanje
- Znati mora zagotoviti kakovostno oskrbo bolnika z ARI ob omejenih materialnih virih
- Se povezati z delodajalcem, ko gre za bolnika, ki zaradi posledic bolezni svojega dela ne zmore več
- Znati voditi bolniški stalež bolnika z ARI in njenimi zapleti
- Znati voditi postopek napotitve k imenovanemu zdravniku

6

- Znati prepoznati bolnikova stališča do ARI in vrednot v življenju, ki vplivajo na odnos do bolezni in zdravljenja
- Sposobnost sprejemanja bolnika, takega kot je (empatija)
- Pri obravnavi bolnika z ARI upoštevati etična načela (enakost, bolnikova samostojnost)
- Bolniku svetovati v skladu s finančnimi stanjem in verskimi, kulturnimi in etničnimi načeli

LITERATURA:

1) *Kunnamo I s sod. Na dokazih temelječe medicinske smernice. Zavod za razvoj družinske medicine, Ljubljana, 2006..*
2) *Marolt Gomišček M, Radšel Medvešček A. Infekcijske bolezni, Ljubljana,1992.*
3) *Čižman M, Beovič B. Priročnik za ambulantno predpisovanje protimikrobnih zdravil.Arkadija, 2002.*
4) *Gross PA, Hermogenes AW, Sacks HS, Lau J, Lewandowski RA. The efficacy of influenza vaccine in elderly persons: a meta analysis and review of the literature. Ann Intern Med 1995;123:518-27.*
5) *Švab I, Rotar Pavlič D, Družinska medicina. Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Ljubljana 2002.*
6) *Bilban M. Medicina dela. ZVD, Ljubljana 1999.*
7) *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list RS, Ljubljana 9/1992.*
8) *Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Uradni list RS, Ljubljana 12/92, 5/94,7/96.*
9) *Ausina V. Rapid laboratory diagnostic methods in respiratory infections. Curr Opin in Inf Dis 1989;2:541-6.*
10) *Heyriman J (ed). The EURACT Educational Agenda. European Academy of Teachers in General Practice EURACT, Leuven 2005.*

BOLNIK Z BOLEČINO V PRSNEM KOŠU

Petra Klemen

UVOD

Bolečina v prsnem košu je pogost vzrok za obisk v ambulanti splošne/družinske medicine. Vzrok bolečine je lahko vsaka struktura v prsnem košu (koža, kosti, mišice, vezivo, prsni organi: srce, velike žile, požiralnik,...), pa tudi izven prsnega koša (npr. trebušni organi; v tem primeru se bolečina zgolj širi v prsni koš). Bolečina, ki izvira v prsnem košu, se lahko pojavi tudi na drugih mestih (včasih celo izključno na teh mestih, npr. zgornjih okončinah, vratu, bradi, zgornjem delu trebuha).

Podatki iz literature (1,2) kažejo, da je med vzroki za bolečino v prsnem košu v ambulanti splošne/družinske medicine na prvem mestu osteomuskularna bolečina (46-49 %), sledi srčna bolečina (18-22 %), psihogena (5-11 %), plevralna (3-8 %), gastrointestinalna (2-4 %); v 16-17 % naj bi bil vzrok nejasen.

Zavedati se moramo, da vsako bolečino v prsnem košu obravnavamo kot nujno stanje, dokler ne izključimo življenjsko ogrožajočih stanj (akutnega koronarnega sindroma, disekcije aorte, pljučne embolije).
Bistvena je natančna in usmerjena anamneza ter klinični pregled, saj nam tudi normalen izvid elektrokardiograma in normalni laboratorijski izvidi ne izključijo nobenega od nevarnih vzrokov prsne bolečine (3).

1.VODENJE PRIMARNE OSKRBE

Študent

Študenta želimo naučiti, da je bolečina v prsnem košu pogost vzrok obiska v ambulanti splošne/družinske medicine in da veliko primerov le-te ne predstavlja resnih oz. nujnih stanj in ne potrebuje kakšnih zahtevnih preiskav ali napotitev (npr. osteomuskularna bolečina, ki predstavlja največji delež obiskov) (zavedanje). Prav tako ga moramo naučiti, da je v primeru bolečine v prsih najpomembnejši diagnostični postopek pravilna, temeljita anamneza (heteroanamneza) in klinični pregled. Študent mora poznati osnovne diagnostične postopke, indikacije zanje ter znati oceniti dejavnike tveganja za posamezne tipe bolečine v prsnem košu. V primeru sumljive anamneze mora vedeti, da nam tudi normalni klinični pregled in normalni EKG izvid (ter morebiti tudi laboratorijske preiskave, npr. troponin) ne izključijo nujnega stanja, zato takšen bolnik potrebuje napotitev na sekundarni nivo. Pri nenevarnih vzrokih bolečine v prsnem košu moramo študenta naučiti, kakšno je njihovo zdravljenje in obravnava na primarnem nivoju, pri nevarnih, življenjsko ogrožajočih stanjih pa ga seznaniti z osnovami nujnega ukrepanja in zdravljenja, s potrebo po takojšnji napotitvi v bolnišnico (v spremstvu zdravnika) ter z načeli vodenja teh bolnikov po prebolelem akutnem stanju (znanje).

Specializant

Od specializanta pričakujemo, da bo ustrezno vzpostavil primarni stik z bolnikom z bolečino v prsih (veščina), da bo znal opredeliti vzrok bolečine v prsnem košu in ločiti stanja, ki potrebujejo napotitev na sekundarni nivo, od stanj, ki ne potrebujejo posebne obravnave (le npr. protibolečinsko terapijo) (znanje). Znati mora temeljito in usmerjeno voditi anamnezo, oceniti dejavnike tveganja za srčno-žilna obolenja, interpretirati EKG izvid (prepoznati znake ishemije, motnje ritma, motnje prevajanja ipd.), poznati možnosti nadaljnjih diagnostičnih preiskav ter njihove indikacije (veščina). Ločiti mora nujna stanja od nenujnih, se znati racionalno odločati o diagnostičnih preiskavah ter napotitvah

na sekundarni nivo. Vedeti mora, kdaj bolnik potrebuje takojšnjo napotitev na Internistično prvo pomoč in kdaj napotitev h kardiologu ali drugim specialistom (gastroenterologu, pulmologu, ortopedu, psihiatru) (znanje). Poznati mora farmakološke in nefarmakološke ukrepe zdravljenja različnih vzrokov bolečine v prsnem košu in obvladati vodenje ter nadaljnje spremljanje bolnika (znanje).
V primeru nujnih stanj mora poznati ukrepanje, vključno z morebitnim oživljanjem, in vedeti, da potrebuje bolnik takojšen prevoz v bolnišnico v spremstvu zdravnika. Po prebolelem akutnem stanju mora znati takšnega bolnika ambulantno voditi in spremljati ter ločiti akutna poslabšanja in zaplete od nenujnih, pridruženih stanj (veščina).
Pri bolnikih s ponavljajočimi se obiski v ambulanti in netipično bolečino v prsnem košu od specializanta pričakujemo, da zna oceniti dejanski vzrok prihoda (depresija, nezadovoljstvo v družinskem, delovnem okolju, preobremenjenost na delovnem mestu, želja po bolniškem staležu,...) ter da zna ustrezno ukrepati (veščina).

2. V OSEBO USMERJENA ZDRAVSTVENA OSKRBA

Študent

Študenta želimo naučiti pomena ustrezne komunikacije z bolnikom in pomena pristopa, usmerjenega v bolnika. Študent mora spoznati, da ima bolnik pravico biti obveščen o svojem stanju in soodločati o diagnostičnih postopkih ter procesih zdravljenja. Študent mora dobiti občutek, kdaj je bolečina v prsnem košu resno, urgentno stanje in kdaj ne (veščina). Vedeti mora, da je potrebno bolnika z bolečino v prsnem košu redno spremljati in ob poslabšanjih v primeru nevarnih vzrokov bolečine ustrezno ukrepati. Poznati mora pomen bolnikovega načina življenja in vplivov okolja (domačega, delovnega) na pojavnost bolečine v prsnem košu (znanje). Principa odprtega čakanja in odvrnljivo nevarnega poteka se študent najlažje nauči z opazovanjem v ambulanti.

Specializant

Od specializanta pričakujemo, da osvoji veščine komunikacije z bolnikom in da zna z bolnikom vzpostaviti partnerski odnos (veščina). V primeru nenujnih, prepogostih obiskov se mora znati poglobiti v dejanski vzrok bolnikovih težav, si vzeti dovolj časa za anamnezo in pregled bolnika, bolnika pomiriti, mu pojasniti njegove težave ter s tem preprečiti, da bi bolnik zaradi pomanjkanja informacij iskal drugo mnenje pri drugih zdravnikih ali v dežurni ambulanti. V primeru, ko gre za nujno stanje, ne sme pozabiti bolniku pojasniti stanja ter ga seznaniti z vsemi načrtovanimi terapevtskimi in diagnostičnimi postopki. Znati mora spoštovati bolnikovo zaskrbljenost, strahove in pričakovanja glede oskrbe in zdravljenja. Ohranjati mora bolnikovo avtonomijo ob sprejemanju odločitev. Bolnika mora spodbujati k zdravemu načinu življenja ter k sodelovanju v procesu zdravljenja. Pri težavnih bolnikih mora znati ohraniti profesionalni odnos (veščina).

3. SPEČIFIČEN NAČIN REŠEVANJA PROBLEMOV

Študent

Študent se mora naučiti, da med množico bolnikov z bolečino v prsnem košu prepozna tiste, pri katerih gre za resno patologijo (veščina). Seznanjen pa mora biti s tem, da vsakega bolnika z bolečino v prsih obravnavamo kot nujnega, dokler se ne izkaže nasprotno. Vedeti mora, katera stanja so nenevarna in ne zahtevajo posebne oskrbe ter jih lahko obravnava zdravnik družinske medicine sam, brez posebnih diagnostičnih preiskav (znanje). Sposoben mora biti pomiriti zaskrbljenega bolnika, pri katerem ne gre za resno stanje (veščina). Naučiti se mora, kdaj so pri bolečini v prsnem košu potrebne nadaljnje diagnostične preiskave, kdaj je potrebna napotitev na sekundarni nivo in kako mora ukrepati v primeru nujnega stanja (znanje).

Specializant

Specializant mora poznati razširjenost in pogostost različnih tipov bolečine v prsnem košu v populaciji (znanje). Naučiti se mora selektivno zbirati in tolmačiti podatke iz anamneze in kliničnega pregleda. Pregled mora voditi usmerjeno in ciljano, prav tako mora racionalno in ciljano izbirati diagnostične preiskave (veščina). Znati mora interpretirati rezultate preiskav (znanje). Prepoznati mora zgodnje in slabo definirane oblike bolečine v prsih, ki lahko predstavljajo resno stanje (veščine), ter vedeti, kdaj je treba izpeljati dodatne preiskave in kdaj se lahko odločimo za odprto čakanje (znanje).
Naučiti se mora suvereno obvladati in prepoznavati nujna stanja, bolnike z nujnimi stanji ustrezno oskrbeti že na primarnem nivoju in jih v spremstvu pripeljati v bolnišnico. V primeru nenujnih vzrokov bolečine v prsnem košu in prepogostih obiskov mora znati poiskati dejanski vzrok prihoda v ambulanto, se z bolnikom temeljito pogovoriti, mu odgovoriti na njegove pomisleke in ga rešiti strahov glede nujnosti in resnosti obolenja (veščine). Naučiti se mora vključevati bolnika v načrt zdravljenja (veščina).

4. CELOSTEN PRISTOP

Študent

Študenta moramo naučiti, kakšen pomen ima zdrav način življenja, obvladovanje dejavnikov tveganja in lastna skrb za zdravje (zdrava prehrana, redna telesna aktivnost, izogibanje stresu, normalizacija telesne teže,...) pri preprečevanju nevarnih vzrokov bolečine v prsnem košu (znanje). Želimo, da prepozna družinsko situacijo, v kateri bolnik živi, obremenitve na delovnem mestu ipd. (veščina).

Specializant

Specializant mora bolniku svetovati o pomenu zdravega načina življenja in lastne skrbi za zdravje. Seznaniti ga mora, kako naj spremeni svoj življenjski slog in mu pojasniti, da je to prvi korak k izboljšanju njegovega zdravstvenega stanja (veščina). Bolnika mora naučiti, kako naj nadzira in obvladuje dejavnike tveganja za razvoj bolezni srca in ožilja (veščina). Specializant mora vedeti, da je treba v promocijo zdravja vključiti tudi ostale člane zdravstvenega tima, pri čemer je zdravnik koordinator tima. Bolniku mora predstaviti razne možnosti za strokovno pomoč (npr. delavnice za hujšanje, za odvajanje od kajenja ipd), pri tem pa mora pri tem upoštevati bolnikove zmožnosti in stališča. Specializant mora pri vodenju bolnikov upoštevati komorbidnost in znati hkratno obvladovati raznovrstne bolnikove akutne in kronične težave (znanje). Bolnika z že diagnosticirano ishemično boleznijo srca mora naučiti, kdaj lahko sam obvladuje svoje težave (npr. z nitroglicerinom) in v katerih primerih ne sme odlašati z obiskom pri zdravniku (veščina).

5. USMERJENOST V SKUPNOST

Študent

Študent mora spoznati, kako lahko genetski dejavniki, družinsko in delovno okolje vplivajo na različne vzroke bolečine v prsnem košu; vedeti mora, da veliko nenevarnih, ponavljajočih se primerov bolečine v prsnem košu (psihogenih) izvira iz nezadovoljstva v družinskem življenju in službi. Vedeti mora, kdaj bolnik z nenevarno bolečino v prsih potrebuje bolniški stalež (znanje). Poznati mora postopek ocene bolnika z bolečino v prsnem košu pred invalidsko komisijo (veščina). Zavedati se mora, da je zdravnik vpet med potrebe in pričakovanja bolnika na eni strani ter med razpoložljiva sredstva pri predpisovanju terapevtskih in diagnostičnih postopkov na drugi strani (znanje).

Specializant

Specializant se mora naučiti prepoznati življenjski slog bolnika z bolečino v prsnem košu, prepoznati sprožilne dejavnike družinskega in delovnega okolja, ki bolnika z nenevarno bolečino v prsih vedno znova privedejo k zdravniku. Racionalno mora uporabljati razpoložljiva sredstva za diagnostiko in zdravljenje ter ob tem skušati zadovoljiti bolnikova pričakovanja (veščina).
V primeru, ko gre za bolnika, ki zaradi svoje bolezni več ne zmore opravljati svojega dela, se mora znati povezati z delodajalcem, poznati pravne podlage za bolniški stalež in znati voditi postopek za oceno pred invalidsko komisijo (veščina).

6. CELOVITO OBLIKOVANJE MODELOV

Študent

Študentu moramo prikazati, kako različni bolniki različno dojemajo svoje težave (npr. nekdo bo zaradi mialgije povsem preplašen in bo zahteval takojšnjo obravnavo, drugi bo z akutnim miokardnim infarktom tiho sedel v čakalnici in čakal na pregled) in kako se bolečinski prag ter vzorec iskanja zdravniške pomoči razlikuje od bolnika do bolnika. Študent mora spoznati, da nekateri bolniki pretiravajo, drugi zanikajo težave, tretji simulirajo, nekateri so glede svojih težav racionalni,... (veščina). Pri obravnavi bolnika se mora zavedati, da se ljudje razlikujejo tudi glede na narodnostno, versko, kulturno in socialno okolje, iz katerega izhajajo, zato mora te razlike spoštovati in jih upoštevati (zavedanje).

Specializant

Specializant mora znati bolniku svetovati v okviru njegovih stališč, ki jih ima bolnik glede na svojo narodnostno, versko, kulturno, socialno pripadnost. Sposoben mora biti sprejemati bolnike takšne, kakršni so, spoštovati njihovo stališča in avtonomijo (veščina).

Primer:

Bolnika, starega 47 let, pripeljejo sodelavci v vašo ambulanto zaradi pol ure trajajoče tiščoče bolečine za prsnico, ki se nikamor ne širi, ni odvisna od premikanja in položaja telesa; bolnik je prizadet, poten.

Do sedaj se je v ambulanti oglasil redko (zaradi gastroenterokolitisa, angine, konjunktivitisa). Zdravil redno ne jemlje. Krvni tlak ob predhodnih pregledih je bil v mejah normale, prav tako krvni sladkor in holesterol. Bolnik je kadilec (kadi 30 let 1 škatlo dnevno), prekomerno prehranjen, telesno neaktiven in pod stresom.

Ob pregledu ugotovite krvni tlak 158/88, prsni koš palpatorno ni boleč, pri različnih položajih ugotovite, da se bolečina ne poslabša. Dihanje je avskultatorno čisto. Pacient je bled in poten, med pregledom ga sili na bruhanje.

Posnamete EKG, kjer ne ugotavljate posebnosti.

Odločite se za intravensko aplikacijo analgetika (Analgin, Tramal s Torecanom) in 2 vpiha Nitrolinguala. Po polurnem opazovanju bolnik navaja izboljšanje. Bolečina je bistveno manj prisotna,

Kontrolni krvni tlak je 126/78, kontrolni EKG enak prejšnjemu.

Mentor in študent (specializant) naj razpravljata

- O pomenu dejavnikov tveganja v primeru bolečine v prsnem košu;
- O pomenu anamneze in kliničnega izgleda bolnika;
- O potrebnih preiskavah v konkretnem primeru;
- O smiselnosti laboratorijskega določanja srčnih encimov v konkretnem primeru;
- O zdravljenju v konkretnem primeru;
- O tem, ali lahko na osnovi EKG izvida izključimo nujno stanje;
- O tem, ali bolnik potrebuje napotitev na sekundarni nivo (in če jo potrebuje, ali je potrebno spremstvo zdravnika) ali smo že z odpravo bolečine rešili »problem«;

ali bolnikovo zagotovilo, da mu je boljše in da bi raje odšel domov, vpliva na vašo odločitev glede takojšnje napotitve na IPP;

- O možnih vzrokih za nenadno nastalo bolečino v prsih in o zanesljivosti diagnostičnih preiskav glede na anamnezo in klinični izgled, ki govorita za stenokardijo (akutni koronarni sindrom).

Didaktični cilji - študent

1

- Prednosti in slabosti odprtega prvega stika z bolnikom z bolečino v prsnem košu (v nadaljevanju BvPK)
- V ozadju BvPK so lahko povsem nenevarna, kakor tudi življenjsko ogrožajoča stanja
- Diagnostični postopek pri BvPK
- Indikacije za napotitev bolnika na dodatne preiskave (EKG, RTG, UZ, laboratorij,...)

indikacije za napotitev bolnika z BvPK k drugim strokovnjakom na primarnem in sekundarnem nivoju

zdravljenje bolnika z BvPK na primarnem nivoju oskrbe

2

- Pomen pristopa, usmerjenega v bolnika
- Vpliv bolnikovega načina življenja, domačega in delovnega okolja na pojav BvPK
- Pomen partnerskega odnosa in vključevanja bolnika z BvPK v diagnostični proces in zdravljenje
- Zagotavljanje rednega spremljanja in ustreznega ukrepanja ob poslabšanjih v primeru nevarnih vzrokov BvPK

3

- V večini primerov je BvPK nenujno stanje, ki ga lahko obravnava in oskrbi ZDM sam
- Vsak bolnik z BvPK mora biti takoj pregledan (ni naročanja!)
- Prepoznati bolnika z nevarno BvPK
- Vedeti, kdaj je BvPK nujno in življenjsko ogrožajoče stanje
- Poznati mora indikacije za nujne in tudi nenujne napotitve bolnika na sekundarni nivo

4

- Poznati pomen lastne skrbi za zdravje
- Poznati pomen zdravega načina življenja za preprečevanje nastanka nevarnih vzrokov BvPK

5

- Poznati vpliv genetskih dejavnikov, družinskega in delovnega okolja na nevarne vzroke BvPK
- Vedeti, da mnogo nenevarnih, ponavljajočih se primerov BvPK (psihogenih) izvira iz nezadovoljstva v družinskem življenju in službi
- Poznati indikacije za bolniški stalež
- Poznati postopek ocene pred IK
- Vedeti, da je zdravnik vpet med potrebe in pričakovanja bolnika na eni strani ter na razpoložljiva sredstva pri predpisovanju diagnostičnih in terapevtskih ukrepov na drugi strani

6

- Različno doživljanje bolezni in različni prag dojemanja bolečine glede na narodnostno pripadnost, kulturno in socialno okolje, iz katerega izhaja bolnik (poveličevanje, zanikanje)

Didaktični cilji - specializant

1

- Obvladanje primarnega stika z bolnikom z BvPK
- Poznavanje širokega spektra zdravstvenih stanj, ki se kažejo z BvPK
- Ugotoviti vzrok BvPK in pri ponavljajočih se, nenevarnih vzrokih BvPK ugotoviti D[illegible]ki vzrok prihoda v ambulanto
- Prepoznati razloge za ponavljajočo se, nenevarno BvPK (depresija, želja po staležu,..)
- Ločiti nujno stanje od nenujnega
- Racionalna diagnostika BvPK na primarnem nivoju
- Možnosti dodatnih preiskav in poznavanje njihovih indikacij pri BvPK
- Obvladati farmakološke in nefarmakološke ukrepe zdravljenja različnih vzrokov BvPK
- Obvladati vodenje in nadaljnje spremljanje bolnika z BvPK
- Sodelovanje z drugimi strokovnjaki na primarnem nivoju glede obravnave bolnika z BvPK in ustrezen odnos do sekundarnega nivoja

2

- Obvladati načela v bolnika usmerjene komunikacije
- Delovati v partnerskem odnosu z bolnikom
- Obvladati veščino vključevanja bolnika z BvPK v diagnostični postopek in zdravljenje
- Spoštovati bolnikovo skrb, strahove, njegove vrednote in pričakovanja
- Ohranjati bolnikovo avtonomijo ob sprejemanju odločitev
- Ohranjati profesionalni odnos pri težavnih bolnikih
- Zagotoviti stalnost zdravstvene oskrbe v skladu s potrebami bolnika

3

- Poznati razširjenost in pogostost različnih vzrokov BvPK v populaciji
- Selektivno zbirati in tolmačiti podatke iz anamneze in kliničnega pregleda; voditi P[illegible]d usmerjeno in ciljano
- Z[illegible]racionalno in ciljano izbirati preiskave ter znati interpretirani dobljene rezultate
- Znati bolnika z nenevarnim vzrokom BvPK potolažiti in ga rešiti strahov o nujnosti njegovega stanja
- Prepoznati resne, nevarne vzroke BvPK in takoj ustrezno ukrepati
- Prepoznati zgodnje in slabo definirane oblike BvPK, ki lahko predstavljajo resno stanje; vedeti, kdaj je treba izpeljati dodatne preiskave in kdaj se lahko odločimo za odprto čakanje
- Učinkovito uporabljati diagnostične in terapevtske postopke

- Obvladati ukrepanje v primeru nujnih stanj
- Vključevati bolnika v načrt zdravljenja

4

- Osveščanje bolnika o pomenu zdravega načina življenja in lastne skrbi za zdravje (vključevanje ostalih članov zdravstvenega tima pri promociji zdravja, pri čemer je zdravnik koordinator tima)
- Spodbujati bolnika k sodelovanju v procesu zdravljenja
- Razložiti bolniku pomen zdravega načina življenja za preprečevanje nevarnih vzrokov BvPK
- Bolnika opozoriti na pomen nadzora dejavnikov tveganja za bolezni srca in ožilja
- Bolnika, ki ima ishemično bolezen srca, naučiti, kako naj ravna v primeru tiščoče bolečine (stenokardije) in kdaj mora takoj poiskati zdravniško pomoč
- Znati celovito in sočasno obvladovati raznovrstne bolnikove akutne in kronične težave; upoštevati komorbidnost
- Pravilno voditi medicinsko dokumentacijo

5

- Prepoznati življenjski slog bolnika z BvPK
- Prepoznati sprožilne dejavnike družinskega in delovnega okolja, ki bolnika z nenevarno BvPK vedno znova privedejo k zdravniku
- Profesionalno uskladiti potrebe in pričakovanja bolnika na eni strani ter razpoložljiva sredstva pri predpisovanju diagnostičnih in terapevtskih ukrepov na drugi strani
- Se povezati z delodajalcem, ko gre za bolnika, ki zaradi svoje bolezni več ne zmore opravljati svojega dela
- Znati voditi bolniški stalež
- Znati voditi postopek pred oceno na IK
- Poznavanje in upoštevanje zdravstvene politike

6

- Prepoznati vpliv narodnostne pripadnosti, kulturnega in socialnega okolja na bolnikovo doživljanje bolezni in dojemanje bolečine
- Sposobnost doživljanja bolnika z vsemi njegovimi posebnostmi
- Pomen zdravnikovega profesionalizma v odnosu do vrednot bolnika in njegovega okolja

LITERATURA:

1) *Noč M. Nenadna huda prsna bolečina – pristop na terenu. In: Grmec Š et al. Akutna stanja: znamenja, simptomi, sindromi, diferencialna diagnoza in ukrepanje. Zbornik predavanj. Maribor, 2003: 21-3*
2) *Erhardt L, Herlitz J, Bossaert L et al. Task force on the management of chest pain. Eur Heart J 2002; 23: 1153-76*
3) *Kocijančič A, Mrevlje F, Andoljšek D. Interna medicina. Ljubljana: EWO: DZS, 1998*

BOLNIK Z BOLEČINO V KRIŽU (BvK)

Darinka Klančar

UVOD

Reševanje problemov bolnikov z bolečino v križu predstavlja vsakodnevni kruh zdravnika družinske medicine, saj se skoraj tri četrtine populcije vsaj enkrat v življenju sreča s to težavo. Bolečina v križu je eden najpogostejših vzrokov za obisk pri zdravniku družinske medicine. V večini primerov gre za samozazdravljivo stanje. Diagnostične in terapevtske metode, ki jih uporablja zdravnik izkustveno pri vodenju bolnika z bolečino v križu, nimajo znanstveno potrjenih učinkov.
Namen pouka v ambulanti je, da študent spozna, specializant pa zna uporabljati veščine, da odkrije pravi razlog prihoda v ambulanto, pomaga bolniku obvladovati bolečino in ga osvesti o pomenu lastne skrbi za zdravje ter uspešnega reševanja ostalih problemov, da ne pride do somatizacije in kroničnosti težav.

1.VODENJE PRIMARNE OSKRBE

Študent

Zavedati se mora (spoznanje), da ima načelo prostega, neomejenega dostopa do zdravnika družinske medicine pri bolniku z bolečino v križu prednosti in slabosti. Med opazovanjem mentorja in na osnovi lastnega dela z bolniki se bo naučil, da so mnogi bolniki z bolečino pogosti, včasih težavni obiskovalci ambulante in je težko ugotoviti dejanski razlog za prihod k zdravniku. Večina problemov je rešljivih na primarnem nivoju, nekritično napotovanje na sekundarni nivo ne pripomore k zmanjšanju bolnikovih težav, niti ne veča zaupanja v zdravnika DM. Študent mora vedeti (znanje), kako pogosta je BvK in kakšni so razlogi zanjo. Vedeti mora, da se 70% ljudi vsaj enkrat v življenju sreča s t.i. enostavno BvK, ki je sicer samozadravljivo stanje v 90% (1,2). Visok delež bolnikov preide v kronično stanje (3). V 90 % gre za enostavno bolečino v križu, ki nastane zaradi mehanske okvare struktur v hrbtenici, oslabele muskulature in pomanjkanja redne telesne vadbe. Študent mora vedeti (znanje), da je v redkih primerih BvK lahko simptom resne patologije, ki zahteva takojšnje ukrepanje (patološki zlomi zaradi osteoporoze ali zasevkov rakave bolezni, vnetja, kompresija korenine)
Študent mora poznati (znanje) pomen anamnestičnih podatkov o trajanju,

sprožilnih dejavnikov, drži, delovnih obremenitev hrbtenice pri bolniku z akutno BvK.
Študent mora poznati vsebino kliničnega pregleda za postavitev diagnoze in izključitev resne patologije. Tega se nauči že pri predmetu Ortopedija, utrdi pa s prebiranjem Smernic. Bolnik z akutno bolečino v križu v ambulanti splošne medicine (4).
Poučimo ga, da mu večinoma ne pričakuje, da mu bo RTG slika kakorkoli olajšala postavitev diagnoze in zdravljenje bolnika z enostavno bolečino v križu, saj ni dokazane korelacije med RTG ugotovitkom in bolnikovimi težavami (5,6).
Študenta seznanimo z zdravljenjem bolnika z enostavno BvK (znanje), ki je samozadravljivo stanje in s pomenom izbora ustreznega zdravila glede na starost in pridružene bolezni ter zdravila , ki jih bolnik jemlje. Naučimo ga, da zdravljenje vedno pričnemo z enostavnimi analgetiki (7), z nesteroidnimi antirevmatiki pa zdravimo previdno in kratek čas.
Poznati mora nefarmakološke ukrepe za omilitev težav in relativni in nezanesljiv (8).

Specializant

Moramo ga naučiti prepoznavanja bolnikov, ki imajo zavestno ali podzavestno težave s križem kot vstopnico za prihod v ambulanto in se v ozadju pogosto skriva psihosomatsko obolenje ali druge težave. Osnova za uspešno vodenje bolnika z BvK je seveda temeljno klinično znanje in poznavanje epidemilogije ozr. pogostnosti obolenja.
Specializant mora obvladati usmerjen klinični pregled pri bolniku z BvK in teste, s katerimi potrdi nevrološke izpade. Znati mora odčitati RTG posnetke hrbtenice in jih tudi pravilno vrednotiti. Zgodi se lahko, da bo pri bolniku brez težav našel hude spremembe na RTG sliki (9).
Poznati mora teste, s katerimi izloči izloči bolnikove poskuse po agravaciji in »simulaciji«. Tega se nauči iz smernic (4) in z opazovanjem mentorja pri njegovem delu. Specialiaznt se mora naučiti organizirati delo v ambulanti tako, da bolniki z BvK ne postanejo težavni pogosti in neobvladljivi. Spoznati mora pomen organizacije ambulante (naročanje), ki vsaj delno omeji nekritično prihajanje v ambulanto.
Pri vodenju bolnika z bolečino v križu se mora specializan naučiti, da za

vsakega bolnika naredi načrt zdravljenja, v katerem vključi druge zdravstvene sodelavce s primarnega nivoja, lahko pa tudi vse oblike organizirane redne telesne vadbe na lokalnem nivoju (veščina).
Specialiaznta naučimo, da ima počitek relativni pomen, in je treba bolnika z BvK čimprej aktivirati (10)

Specilaizant mora znati samostojno izbrati ustrezno obliko farmakološkega zdravljenja (znanje) in se zavedati učinkovitosti posameznih oblik aplikacije zdravila (ni razlike med aplikacijo per os, parenteralno, rektalno). Poznati mora relativne in absolutne kontraindikacije uporabe le-tega glede na starost in pridružene bolezni ter zdravila , ki jih bolnik jemlje
(nesteroidni antirevmatiki pri starostniku, bolniku z astmo, intestinalno krvavitvijo, antikoagulantno terapijo..., kortikosteroidi pri bolniku sladkorno boleznijo). Bolniku mora znati svetovati ustrezne nefarmakološke ukrepe (počitek prve dni, čimprej mobilizacija, pomen redne telesne vadbe, pravilnega obremenejvanja hrbtenice...).
Specializant bo ob samostojnem delu utrdil spoznanje, da za fizioterapijo, ki pride v poštev šele, če po treh tednih ni izboljšanja, ni dokazov, da bi kakorkoli skrajšala čas zdravljenja (spoznanje)(11).
Spoznal bo, da bolniki z BvK pogosto koristijo tudi druge metode lajšanja težav in s tem pogosto posegajo tudi v alternativne sfere. Z opazovanjem mentorja in njegovih odzivov na take informacije, se naj navadi obdržati profesionalni odnos do bolnika in omenjenih metod(profesionalizem).
Spacializant se mora z opazovanjem mentorja naučiti pomena spremljanja učinkov svojega dela, zbiranja podatkov o pogostnosti obiskov bolnikov z BvK, napotovanju, predpisovanju zdravil, dolžini staleža, kar pomeni smoocenjevanje kakovosti dela kot pomembnega vidika nenehnega izboljševanja kakovosti dela (kakovost)(12).

2. V OSEBO USMERJENA ZDRAVSTVENA OSKRBA

Študent

Moramo naučiti, da enostavna BvK kot eden bolečinskih sindromov nujno zahteva, da se zdravnik DM resno poglobi v iskanje pravega vzroka za bolnikov prihod v ambulanto. Njegova naloga ni le lajšanje bolečine,

ampak iskanje vzrokov za njen nastanek, ponavljanje in vključevanje bolnika v iskanje rešitev za preprečevanje ponovitev in prehoda v kroničnost. Študent mora z opazovanjem dela mentorja spoznati, da je pomembno da si zdravnik ob prvem nastanku Bvk vzame dovolj časa, da z bolnikom vzpostavi partnerski odnos. Ta zagotavlja, da bo bolnik, ki je vključen v načrtovanje plana obravnave bolečine, pri tem aktivno sodeloval in si znal tudi sam pomagati. Takoj na začetku je nujno poiskati sprožilne dejavnike, ki povzročajo ponavljanje težav: neustrezne obremenitve na delovnem mestu, nezadovoljstvo z delovnim okoljem in odnosi v njem. Pogosto se za bolečino v križu, ki se ponavlja, skriva resna družinska problematika, pa bolnik o tem ni vprašan oz. ne izgradi dovolj zaupanja v svojega zdravnika, da bi se o tem z njim pogovoril. Študenta naučimo pomena spoštovanja bolnikove avtonomije, ka ne sme preiti v situacijo, da bolnik usmerja terapevstki proces. Študent se mora z opazovanjem mentorja pri delu naučiti, da ta komunicira z bolnikom na demokratični način, ko bolnik lahko predlaga katera oblika zdravil mu najbolj ustreza (tablete, kapsule, svečke...), ne dovoli pa , da bi bolnik določeno obliko zahteval (npr injekcije nesteoidnega antirevmatika ali kortikosteroida). Študent bo tako spoznal, da bo bolnik, ki bo dobil dovolj informacij o učinkovitosti zdravljenja , lažje sprejel dejstvo, da gre praviloma za samozazdravljivo stanje in da zdravljenje zdravi samo lajša težave (znanje).
Študenta naučimo , da so bolniki z Bvk so lahko težavni, pogosti obiskovalci ambulante(zapravljanje) , kar zdravnika DM ne odvezuje, da ohranja profesionalni odnos in skušal vedno znova iskati dejanski vzrok za prihod v ambulanto in bolnika motivirati za aktivno reševanje njegvih problemov (profesionalizem).

Specializant

Mora znati vsa našteta znanja in spoznanja vgraditi v komunikacijo z bolnikom z BvK, pri čemer mora upoštevati, da so bolnikove reakcije pogosto nezavedne. Bolnika ne sme obsojati, da je simulant, ampak se mora zavedati, da ima znižan bolečinski prag zaradi svojih strahov, nezadovoljstva na delovnem mestu ali v zasebnem življenju. Specializant mora te pojave prepoznati in jih uporabiti, ko poskuša bolnika aktivno vključiti v proces odločanja glede diagnostike in terapije (učenje). Naučiti ga moramo, da

ne sme prepustiti iniciative bolniku, ki ponavadi želi določeno vrsto preiskave ali terapije. To bo dosegel z nenehnim prizadevanjem h krepitvi kvalitete partnerskega odnosa z bolnikom, tudi, če je ta težavni, pogosti obiskovalec ambulante (profesionalizem).
Bolečina v križu je primer, na katerem lako specializanta učinkovito vzgajamo v profesionalizmu. Ne glede na to, kako težaven je bolnik s kronično bolečino v križu, z njim postopamo po enakih principih, ki jih uporabimo, ko gre za klinično stanje, ki nakazuje sum na resno patologijo (metastaza, osteoprotični zlom, hudi vnetje diskusa, obsežna hernija z nevrološkimi izpadi). Bolnikovi strahovi in pričakovanja ne smejo postati ovira za profesionalno delo, tudi, če se nam zdi, da nas bolnik z nenehnimi obiski zaradi bolečine v križu izsiljuje za bolniški stalež ali oceno na invalidski komisiji. Profesionalizma se ne da naučiti, mentorjeva dolžnost je , da v tem duhu vzgaja mladega kolega in o tem z njim večkrat razpravlja.
Bolečina v križu je prilika, da zdravnik uporabi vse svoje veščine in z bolnikom ustvari stabilen terapevtski odnos z minimalnim številom recidivov, ekonomičnim predpisovanjem zdravil, racionalnim napotovanjem in koriščenejm storitev zdravstvene službe

3. SPEČIFIČEN NAČIN REŠEVANJA PROBLEMOV

Študent

Študenta moramo naučiti, da se zdravniki dužinske medicine razlikujemo od ortopedov po načinih reševanja problemov bolnika z BvK(spoznanje). Ortoped se zadovolji s kliničnim statusom bolnika, na osnovi katerega ga napoti domov s priporočilom za npr fizioterapijo ali sprejme v bolnišnico za operacijo hernije. Študent z opazovanjem mentorja ali ob svojem delu z bolniki spozna, da se bolniki z BvK vedno znova vračajo v ambulanto. Naučimo ga , da je kljub temu treba vedno opraviti natančno anamnezo in klinični pregled, da ne spregledamo resne patologije. Spoznati mora , da nekritično napotovanje bolnikov k ortopedu ne pripomore k izboljšanju bolnikovega stanja (spoznanje). Poznati mora pojem odprtega čakanja. Pri tem ga moramo seznaniti s pojmom negotovosti, ki jo mora zdravnik sprejeti pri svojih odločitvah. Študent mora poznati indikacije dodatne preiskave (CT, MRI) in nujno napotitev k specialistu (ortoped, nevrolog,

nevrokirurg). Študentu razložimo, da je pri tem potrebna racionalnost in da na preiskave ali k specialistu ne sodi vsak bolnik z BvK, ki to želi, ampak le, če ima nevrološke izpade ali gre za sum na resno patologijo (hernia disci, metastaza, vnetje). Seveda bo ob lastnem delu in opazovanju mentorja sam spoznal, da se zdravniki na primarnem nivoju in ortopedi prepogosto odločamo za omenjene preiskave brez prave klinične indikacije (13.)
Edina klinična slika, ki zahteva neodložljivo napotitev (še isti dan) pa je Sindrom caudae equinae.
Študent pri delu v ambulanti spozna, da zdravnik pogosto rešuje problem bolnika z BvK na bolnikovem domu, saj ta zaradi hudih bolečin ne more v ambulanto.

Specializant

mora znati tudi pri pogostih obiskovalcih ambulante, ki imajo težave s križem vedno znova izbirati prava vprašanja v anamnezi in iskati relevantne znake, ki napovedujejo resno patologijo. Naučimo ga, da kritično in racionalno uporablja dodatne diagnostične preiskave le pri bolnikih, pri katerih na osnovi kliničnega pregleda sumi na resno patologijo (veščina). Spoznati mora, da RTG slika ni v nikakršni korelaciji z obsegom bolnikovih težav in da koristi v glavnem za izločitev resne patologije (metastaza, patološka fraktura vretenca, vnetje)(14). Zavedati se mora, da so tudi dodatne preiskave namenjene za izključitev resne patologije, ne pa za iskanje vzrokov za enostavno BvK(spoznanje). Pogosta metoda dela, ki jo uporablja pri delu je odprto čakanje, ko bolniku z BvK odredi nefarmakološke ukrepe in čaka na izboljšanje brez dodatnih preiskav. Naučiti ga moramo, da obvladuje negotovost, s katero se srečuje ob delu s številnimi bolniki z bolečino v križu, med katerimi je lahko vsaj eden z resno patologijo, ki jo mora odkriti (veščina).
Specializanta naučimo, da vseh problemov pri bolnikih z BvK ne more rešiti v ambulanti, pogosto mora opraviti hišni obisk pri bolniku, ki je zaradi bolečine nepokreten (veščina).

4. CELOSTNI PRISTOP

Študent

Študent se z opazovanjem mentorja in iz literature nauči osnovnega svetovanja bolnikom o pomenu redne telesne vadbe, simetričnih obremenitev, pravilnega sedenja in nošenja bremen (5)(znanje). Opozorimo ga na dejstvo, da si bo svoj odnos do pomena ten aktivnosti moral ustvariti sam, saj vsaka metoda zase v literaturi nima dokazljivih učinkov (11).
Zavedati pa se mora, da ima zdravje več vidikov in ne pomeni le odsotnosti telesne bolezni. Tako ga skušamo prepričati, da bolnica, delavka v proizvodnji s kronično bolečino v križu tudi ob odsotnosti rentgenskih sprememb, zaradi svoje težave trpi, čeprav nezadovoljna s svojim osebnim in socialnim življenjem, »nima kaj pokazati«. Študentu povemo, da je treba bolnikom z bolečino v križu svetovati o pomenu lastne skrbi za zdravje, pozitivnega dojemanja sebe in okolja ter pravilnega načina reševanja drugih vrst težav. Seveda ni zanemarljiva skrb za telesno vadbo, hojo, vendar ima ta večji učinek, če gre pri tem za sproščujoč sprehod v družbi partnerja/prijatelja, kot pa za mučno anaerobno naprezanje v fitnes centru. Pogosto se zgodi, da bolnik zaradi neopremljenosti za aktivni spopad s težavami, probleme rešuje na polju bolniškega staleža zaradi bolečinskih sindromov. Študent med opazovanjem mentorja spozna, da se mora zdravnik o tem s svojimi bolniki pogosto pogovarjati (spoznanje).

Specializant

Mora vse navedeno vključiti v svoje delo z bolniki, prepoznati psihosomatskega bolnika in mu znati pravilno svetovati glede zdravega sloga življenja in pozitivnega odnosa pri reševanju težav. Tako mora bolniku svetovati individualno, lahko pa se poveže z ostalimi strokovnjaki na primarnem nivoju (fizioterapevt) in organizira Šolo proti bolečini v križu, v kateri se bolniki osvestijo glede lastne odgovornosti do svojega zdravja ozr[illegible]anem primeru do svoje hrbtenice. Ob pojavu BvK mora seveda ukrepati v skladu s smernicami, ne sme pa pozabiti, da je pogost obiskovalec ambulante , ki vedno znova toži o bolečini v hrbtenici lahko resno bolan (nastanek ne[illegible] akutne [illegible]e patologije) ali pa depresiven(veščina). Specializant se mora

zavedati, da prehod v kroniciteto pomeni veliko breme zanj in za bolnika, ki se bo vedno znova vračal v ambulanto (spoznanje).
Za povečanje kakovosti dela se naj specializant nauči osnov pomena registra bolnikov s kronično boleznijo, z mentorjem naj diskutira o kazalcih, ki jih bo s tem registrom vodil: število bolnikov, število ponovitev bolezni, dolžina staleža, predpisana terapija... Na osnovi spremljanja teh kazalcev bo morda našel idejo za izboljšanje svojega dela (kakovost).

5. CELOVITO OBLIKOVANJE MODELOV

Študent

Mora vedeti, da mnogo primerov BvK nastane zaradi nezadovoljstva v delovnem ali domačem okolju. Mentor ga mora seznaniti z delovnimi obremenitvami, ki so pogosto pretirane in nefiziološke, saj delodajalci težijo k čimvišji produktivnosti. Študent bo z opazovanjem mentorja spoznal, da se zdravnik pogosto znajde v navzkrižju interesov oz. pričakovanj bolnika in širše skupnosti. Naučiti ga moramo, da so sredstva omejena in da se na zdravstveni sistem pogosto prenašajo bremena, ki izvirajo iz socailne stiske. Študent ob delu z bolniki spozna, da je BvK eden najpogostejših razlogov za bolniški stalež. Od tod izvira navzkrižje interesov med pričakovanji bolnikov in pritiski delodajalcev, zdravnik pa se nehote znajde med obema nasprotnikoma. O stroških, povezanih s staležem se študent pouči iz literature(15), z nepotrebnim bremenom pogajanja glede staleža, napotovanja k imenovanemu zdravniku, priprave dokumentacije za invalidsko oceno pa se seznani z opazovanjem mentorja (spoznanje).

Specializant

Nujno mora poznati družinsko situacijo, v kateri bolnik živi, poznati njegovo vlogo v družini, odnose, ki v tej vladajo in načine reševanja težav. Pomembno je, da pozna kulturno okolje, iz katerega izhaja bolnik, saj je od tega odvisno dojemanje bolečine, način reševanja problemov, skrb za lastno zdravje. Mentor ga mora seznaniti z obremenitvami bolnika na delovnem mestu in s klimo, ki vlada v podjetju, kjer je bolnik zaposlen.
Med delom z bolniki spozna, da bolniki pričakujejo, da bo zdravnik

njihov zagovornik in jim bo absolutno stal ob strani, ko se bodo pod krinko bolečine v križu spuščali v reševanje konfliktov s svojci in na delovnem mestu. Specializant se mora zavedati nuje po čimprejšnji mobilizaciji in aktivaciji bolnika z akutno BvK in v ta namen ne sme dopustiti, da se bolniški stalež zavleče preko enega meseca. V tem primeru mora bolnika ozr[illegible] govo dokumentacijo vsaj en teden pred pretekom koledarskega meseca bolniškega staleža napotiti k imenovanemu zdravniku ZZZS, da ta odloči o staležu nad 30 delovnih dni, ki gre v breme ZZZS. To dejanje je ponavadi prvi korak v kroniciteto težav, stalne recidive, pogajanja okoli staleža in končno razlog za napotitev na invalidsko komisijo (spoznanje). Specializant mora obvladati pripravo dokumentacije za oceno na invalidski komisiji (veščina) in se zavedati realnosti, da bolnik z navadno BvK ponavadi ne dobi kategorije, ki bi pomenila spremenjeno delazmožnost. Če pa jo že dobi, se vrne v podjetje, ki praviloma zanj nima ustreznega delovnega mesta, zato se začne začarani krog težav in bolnikovih želja po vedno novih preiskavah in napotitvah.To izčrpava odnos zdravnik-bolnik. Kljub težavni situaciji mora mentor specializanta poučiti, da mora pri svojem delu tudi s težavnimi in zahtevnimi bolniki ohraniti profesionalni odnos, tudi če nanj pritiska delodajalec in zahteva, da se bolnik čimprej vrne na delo ali pa invalidsko upokoji (profesionalizem). Pri tem mora upoštevati dognanja stroke o potrebnosti, upravičenosti in racionalnosti diagnostičnih in terapevtskih postopkov. Pogosto ima zdravnik premalo vpliva na delovni proces, zato je toliko bolj pomembno, da poskuša motivirati bolnika, da sam aktivno vpliva na dejavnike, ki mu sprožijo težave.

6. CELOVITO OBLIKOVANJE MODELOV

Študent

V ambulanti, opazuje številne posvete mentorja z bolniki in spozna, da se bolniki močno razlikujejo po odnosu do zdravja in bolezni. Pri tem ne gre le za osebnostne razlike, ampak so različne reakcije pogojene tudi z lasnostmi etičnega in socialnega okolja [illegible] katerega bolnik izhaja. V našem okolju dobro poznamo populacijo bolnic, ki je izredno nagnjena k agravaciji ozr[illegible] slikovitem opisovanju svojih težav. Na drugi strani se bo študent srečal s skupino ljudi, ki jim zapolitev pomeni eksistenčni minimum (sezonski delavci)

in so močno nagnjeni k negaciji težav. Mentorjeva naloga je, da študenta senzibilizira, da se teh zaveda (veščina).

Specializant

mora na osnovi zavedanja razlik v doživlajnju bolezni, percepcije bolečine temu primerno pristopati k bolniku in spoštovati vrednote, ki jih prinaša iz svojega kulturnega okolja. Tako ga moramo naučiti, da ne reagira preveč agresivno z diagnostičnimi in terapevtskimi postopki pri bolniku, čigar kulturno okolje doživlja bolečino izredno dramatično. Na drugi strani pa ga moramo senzibilizirati, da bo bolj pozoren pri bolnku, ki izhaja iz okolja, kjer je priznavanje bolezni znak šibkosti (redki, tihi obiskovalci ambulante).

ZAKLJUČEK

Bolečina v križu je primer patologije, na kateri se lahko študent/specializant idealno uri v veščini v osebo usmerjene oskrbe, ko podkovan s temeljnim kliničnim znanjem skuša voditi bolnika med njegovimi pričakovanji in zmožnostmi zdravstvenega sistema ter širšega okolja. Če ga naučimo ustvariti kakovosten in profesionalni partnerski odnos, bo bolnika ustrezno motiviral k pozitivnemu reševanju problemov. Tako si bo močno olajšal delo v ambulanti in preprečil pojav kronicitete, ki mu bo na drugi strani zagrenila življenje in negativno vplivala na zadovoljstvo bolnika in na lastno zadovoljstvo pri delu.

Primer:

V ambulanto prihaja 42-letna bolnica, ker jo že 14 dni poboleva v križu, sedaj ne zdrži več, želi na RTG slikanje in k ortopedu, da vidi kaj je z njo narobe. Je poročena, mati dveh odraščajočih otrok, dela na blagajni v samopostrežni trgovini. Bila je že pri kiropraktiku, po tem samo nekaj časa bolje. Za telesno aktivnost nima časa, saj je mož veliko zdoma in je za vsa dela sama.

Mentor in študent /specializant naj razpravljata:

- *O dejanskem razlogu za obisk pri zdravniku*
- *O osnovnih preiskavah, ki so v dani situaciji primerne/potrebne*
- *O možnostih aktivnega vključevanja bolnice v terapevtski proces*
- *O obremenitveh okolja*
- *O pričakovanjih bolnice*
- *O profesionalizmu zdravnika*

Didaktični cilji - študent

1

- Poznati prednosti in slabosti odprtega prvega stika zdravnika družinske medicine z bolnikom z BVK
- Poznati pogostnost, izvor in vrste BvK
- Poznati osnovne anamnestične podatke, pomembne za postavitev diagnoze enostvne BvK
- Poznati protokol telesnega pregleda bolnika z Bvk
- Poznati druge diagnostične postopke pri bolniku z BvK
- Vedeti, da ima bolnik z BvK lahko številne druge težave
- Vedeti, da so sredstva zdravstvene blagajne omejena in je potrebna organizacija ambu lante, ki omogoči bolniku prost a racionalen dostop-naročanje, izbira terapije
- Spoznati druge strokovnjake na primarnem nivoju, pri katerih bolnik z z BVK išče pomoč

2

- Poznati princip pristopa usmerjenega v bolnika
- vpliv domačega in delovnega okolja na pojav BVK in bolnikovo doživljanje težav
- ati pomen partnerskega odnosa in vključevanja bolnika z BVK v diagnostični proces in proces zdravljenja
- pomen stalnosti in razvoja dolgoročnega odnosa zdravnik/bolnik z upoštevanjem ionalizma

3

- Poznati redke indikacije za napotitev bolnika z BVK na dodatne preiskave
- Poznati pomen odprtega čakanja
- Poznati problem negotovosti
- Prepoznati resno patologijo, ki zahteva nujno napotitev
- Poznati napovedno vrednost rezultatov preiskav
- Poznati principe racionalnega pristopa
- Poznati pomen hišnega obiska

4

- Poznati pomen lastne skrbi za zdravje
- Poznati pomen simetričnih obremenitev hrbtenice, izogibanja prisilne drže, sedenja ter drugih pravil ergonomske ureditve delovnega mesta, pomen gibanja in redne telesne vad be in vzdrževanja optimalne telesne teže
- Poznati pomen strogega počitka, telovadbe ob akutnem pojavu težav
- Poznati pomen razlage stanja bolniku z akutno BVK in tako preprečitev prehoda v kroničnost
- Poznati organizirane oblike skrbi za zdravje hrbtenice

5

- Vedeti, da mnogo primerov BvK nastane zaradi nezadovoljstva v delovnem ali domačem okolju
- Vedeti,da so delovne obremenitve bolnikov z BVK pogosto pretirane in nefiziološke
- Vedeti, elodajalci težijo po čimvišji produktivnosti delavca
- Vedeti, da je absentizem za podjetja, državo velik problem
- Vedeti, da je BVK eden najpogostejših razlogov za predstavitev bolnika na IK
- Poznati dokumentacijo in postopke v zvezi z ocenjevanjem delazmožnosti
- Spoznati,da je zdravnik vpet med pričakovanja in potrebe bolnika na eni , delodajalca in obremenitev okolja na drugi in razpoložljiva sredstva pri predpisovanju ostičnih in

terapevtskih ukrepov na tretji strani

6

- Različno doživljanje bolezni, bolečine pri bolnku z BVK glede na kulturno in socialno okolje , iz katerega izvira (agravacija, negacija)

Didaktični cilji - specializant

1

- Znati organizirati delo v ambulanti tako, da zagotovi racionalno koriščenje zdravstvenih storitev ob neomejenem dostopu
- Poznati epidemiogijo BvK z relativno enostavnost in samozadravljivost
- Razlikovati med enostavno in kompleksno bolečino
- Znati izločiti psihosomatskega bolnika
- Racionalno uporabljati diagnostične postopke
- Prepoznati in reševati druge probleme, ki jih ima bolnik z Bvk
- Biti sposoben racionalne rabe sredstev v diagnostiki in terapiji
- Sodelovati z drugimi službami na primarnem nivoju
- Se zavedati, da bolnik z BvK išče pomoč tudi v izven zdravstva
- Zbirati in vrednotiti podatke o napotitvah in težiti po ustreznem in racionalnem delu pri bolniku z BVK(vidik kakovosti)
- Biti sosoben vzdrževati profesionalni odnos v timu in do drugih služb na primarnem

2

- Obvladati komunikacijske veščine ob prvem obisku in pri nadaljnjem vodenju bolnika z BvK
- Veščino vključevanja bolnika z BVK v načrt diagnostike in zdravljenja
- Spoštovati bolnikova pričakovanja, strahove
- Ohranjati bolnikovo avtonomijo
- Veščino osveščanja bolnika z BVK o pomenu njegove vključenosti v proces zdravljenja
- Ohranjati profesionalni odnos pri težavnih bolnikih

3

- Racionalno napotovati bolnika z BVK na dodatne preiskave
- Uporabiti metodo odprtega čakanja
- Soočati se z negotovostjo
- Prepoznati resnejšo patologijo , ki zahteva takojšnje ukrepanje , hitro diagnostiko in napotitev bolnika z BVK na sekundarni nivo
- Znati interpretirati rezultate preiskav
- Po potrebi opraviti hišni obisk

4

- Znati svetovati (individualno, skupinsko) glede pomena lastne skrbi za zdravje,
- Razložiti bolniku z BVK pomen simetričnih obremenitev hrbtenice, izogibanja prisilne drže, sedenja ter drugih pravil ergonomske ureditve delovnega mesta,
- Svetovati bolniku glede pomena gibanja in redne telesne vadbe in vzdrževanja optimalne telesne teže
- Razločiti bolniku postopke ob akutni bolečini v križu: počitek, gibanje..
- Osveščati bolnike o pomenu preprečevanja prehoda v kroniciteto

- Ustrezno voditi dokumentacijo

5

- Razkriti sprožilne dejavnike okolja, delovnega mesta, ki pripeljejo bolnika z BVK v ambulanto (prepoznavanje dejanskega razloga)
- Poznati obremenitve delovnega mesta,družinsko situacijo
- Poznati bolnikovo adaptacijo na okolje
- Po potrebi napotiti bolnika k imenovanemu zdravniku, na invalidsko komisijo
- Profesionalno uskladiti potrebe, pričakovanja bolnika na eni strani, dajalca in obremenitev okolja na drugi in razpoložljiva sredstva pri predpisovanju diagnostičnih in terapevtskih ukrepov na tretji strani

6

- Prepoznati vpliv doživlajanja bolezni, bolečine pri bolniku z BVK glede na etično in socialno okolje, iz katerega izvira (agravacija, negacija)
- Pomen zdravstvenega profesionalizma v odnosu do vrednot bolnika in njegovega okolja

LITERATURA:

1) *Anderson GBJ. The epidemiology of spinal disorders. V: Frymoyer JW ed. The adult spine: principles and practice. New york: Raven press Ltd., 1991: 107-46.*
2) *Švab I, Petek Šter M, Kersnik J, Živčec Kalan G, Car J. A cross sectional study of performance of Slovene general practitioners. Zdravstveno varstvo 2005; 4: 183-92.*
3) *McKinnon ME, Vickers MR. Ruddock VM, Townsend J, Meade TW. Community studies of the health service implications of low back pain. Spine 1992; 22: 2161-6.*
4) *Žorž G, Bulc M, Kolšek M, Švab I. Bolnik z akutno bolečino v križu v ambulanti splošne medicine. Klinične smernice. Novo mesto. Krka d.d. Ljubljana 2003.*
5) *Popovič J. Bolečina v križu in išias. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1984: 79-83, 129-32.*
6) *Jevtić V. Radiološka diagnostika degenerativnih bolezni hrbtenice. V: Pavlovčić V ed. Bolečina v križu. Ljubljana: Ortopedska klinika, Klinični center, 1997: 25-36.*
7) *De Craen AJM et al. Analgesic efficacy and safety of paracetamol-codeinencombinations versus paracetamol alone: a systematic review. BMJ 1996; 313: 321-5.*
8) *Fass a et all.exercises; which ones are worth trying, for which patient and when.Spine 1996; 21: 2874-77.*
9) *Vrevc F. Spondiloliza, spondilolisteza. V: Pavlovčić V ed. Bolečina v križu. Ljubljana: Ortopedska klinika, Klinični center, 1997: 97- 104.*
10) *Koes BWW, van den Hoogen HMM. Efficacy of bed rest and orthoses of low back pain. Eur J Phys Med Rehabil 1994; 4: 86-93.*
11) *Fass a et all.exercises; which ones are worth trying, for which patient and when.Spine 1996; 21: 2874-77.*
12) *Williamson JW. Issues and challenges in quality assurance of health care. International J for Quality in Health Care 1994;6:5-15.*
13) *Cherkin DC, Deyo RA, Wheeler K, Ciol MA. Physician variationin diagnostic testing for low back pain.Who you see is what you get.Arthritis Rheum 1994; 37: 15-22.*
14) *Royal College of Radiologist. Making the best use of a departement of Clinical Radiology. Guidelines for Doctors. Second Edition, RCR: London, 1993.*
15) *Van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. A cost of ilness study low back pain in the netherlands.Pain 1995; 62: 233-40.*

BOLNIK PO MOŽGANSKI KAPI

Ksenija Tušek Bunc

UVOD

Bolezni ožilja, ki so tipične bolezni sodobnega časa, spadajo med prioritetne bolezni javnega zdravstva in so v stalnem porastu. Predstavljajo drugi vzrok umrljivosti v svetu, tretji v Evropi, hkrati pa veljajo za vodilni vzrok invalidnosti. Kot drugod v razvitem svetu so tudi v Sloveniji bolezni srca in ožilja, med njimi CVB, na prvem mestu po vzročnosti smrti, saj so krive za več kot 53% smrti.

Možganska kap (cerebrovaskularni insult - ICV) je najhujša in končna faza v razvoju možganskožilne - cerebrovaskularne bolezni (CVB). Bolezen ima izrazite destruktivne posledice za zdravje, uničuje osebnostno integriteto, telesno in duševno zdravje, možnost komuniciranja in s tem socialnih stikov ter neodvisnosti.

CVB je po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije seštevek hitro razvijajočih se znamenj žariščne in difuzno motene možganske funkcije, ki je žilnega izvora. Bolezen se lahko kaže z znamenji manj opazne difuzne možganske ateroskleroze ali pa z dramatično sliko možganske kapi. Med tema skrajnima oblikama poznamo niz različnih kliničnih manifestacij motene možganske cirkulacije.

Po možganski kapi se poprej zdrav, samostojen človek v trenutku spremeni v nebogljenega, od drugih odvisnega invalida. Bolezen tako ne prizadene samo bolnika samega, temveč tudi njegove svojce, zdravstveno službo, še bolj pa socialno službo in socialne ustanove. Predstavlja velik javno zdravstveni in ekonomski problem zaradi visokih stroškov. Možgansko kap lahko brez dvoma definiramo kot katastrofo za bolnika, njegove bližnje, zdravstvo in celotno družbo.

1.VODENJE PRIMARNE OSKRBE

Študent

Študent mora vedeti, da je na prvem mestu, tako kot tudi pri srčnih obolenjih primarna preventiva, tako da do možganske kapi sploh ne bi prišlo. V primarni in sekundarni preventivi je pomembno aktivno iskanje dejavnikov tveganja pri posamezniku in v populaciji: družinske ogroženosti, povišanega

krvnega tlaka, zvišanega nivoja serumskega holesterola in krvnega sladkorja, še posebej pa dejavnikov tveganja, ki izvirajo iz neustreznega življenjskega sloga, ki jih je nujno potrebno evidentirati v bolnikovem zdravstvenem kartonu.
Študent mora vedeti kako prepoznati simptome in znake možganske kapi in kako oskrbeti bolnika takoj po možganski kapi in kaj pomeni v oskrbi bolnika z možgansko kapjo t.i. »časovno okno« za izvedbo in uspešnost zdravljenja z trombolizo, kakšni pogoji morajo biti zagotovljeni za uspešno trombolizo in kakšen je vpliv trombolize na prognozo bolnikov po možganski kapi.
Študent mora vedeti, da je pri bolnika po preboleli možganski kapi čim bolj usposobiti za samostojno življenje, za kar je potrebna rehabilitacija, s katero skušamo izboljšati ali nadomestiti sposobnosti, ki so jih bolniki zaradi kapi izgubili ali so upadle. Ravno tako mora vedeti, da je zaradi različnih prizadetosti rehabilitacija večplastna in zahteva sodelovanje različnih strokovnjakov: zdravnika, medicinske sestre, fizioterapevta, delovnega terapevta, logopeda, psihologa, socialnega delavca, inženirja ortopedske tehnike, itd. Načrtovanje poteka v tesnem sodelovanju z bolnikom in njegovo družino.
Študent mora vedeti kaj so osnovni cilji, ki jih želimo doseči s celovito rehabilitacijo:
1. čim večjo samostojnost pri osnovnih dnevnih opravilih
2. čim večjo samostojnost pri gibanju
3. čim bolj funkcionalno sporazumevanje
4. premagovanje čustvenih in osebnih stisk zaradi občutkov izgube, ki spremljajo bolezen
5. vključevanje v ožje (domače) in širše okolje.
Vedeti mora, katere preiskave oziroma katere parametre je potrebno spremljati pri bolniku po preboleli možganski kapi (sekundarna preventiva možganske kapi). Vedeti mora, da je nujno potrebno pri bolnikih po preboleli možganski kapi iskati zanke tesnobnosti in depresije, ki lahko močno vplivajo na uspešnost zdravljenja in rehabilitacije.
Bolniku mora znati razložiti na preprost in razumljiv način, kako in zakaj naj spreminja svoje nezdrave življenjske navade, ki vplivajo poleg ostalega na pojav, razvoj in napredovanje ateroskleroze možganskega žilja. Študent mora vedeti, da je pogovor oziroma sporazumevanje najprimernejša oblika komunikacije z bolnikom, ki najbolj prispeva k dobremu odnosu med bolnikom in zdravnikom (veščina).

Poznati mora zdravila, ki jih bolnik prejema po preboleli možganski kapi (osnove) (znanje).
Seznanjen mora biti z dejstvom, da so pri vodenju bolnika po težki možganski kapi pogosto neizogibna srečanja s stisko in trpljenjem ter tudi z ugašajočim življenjem, pri čemer je zelo pomembna podpora razumevajoče in ljubeče družine (spoznanje).
Temeljno gradivo za klinični pristop k bolniku po preboleli možganski kapi predstavlja učbenik Klinična nevrologija. Študent naj si navedeno literaturo priskrbi na začetku vaj in jo pregleda ter se o posameznih elementih pogovori z mentorjem.

Specializant

Specializant mora poznati poleg navedenega še svetovanje (zdravstvena vzgoja) bolniku po možganski kapi, poznati mora indikacije (kam in kdaj) za napotitev v razpoložljive rehabilitacijske programe, delovno terapijo ali obravnavo pri logopedu, morebitne dodatne diagnostične preiskave (npr. kdaj bolnik potrebuje kontrolni CT možgan, pregled pri nevrologu, okulistu, natančnejše laboratorijske preiskave ipd), poznati mora zdravljenje z zdravili in njihove kontraindikacije, zaplete in medsebojne interakcije, ob čemer je nujno izogibati se polifarmaciji. Vedeti mora, kdaj in katere ortopedske pripomočke bolnik potrebuje in katere lahko predpisuje zdravnik družinske medicine. Poznati mora specifične ukrepe v sekundarni preventivi. Bolnika mora znati naročati na ustrezen časovni interval, ali kadar je to potrebno obiskovati na domu (veščina).
Specializant so mora znati soočati z etičnimi dilemami pri obravnavi bolnika po preboleli možganski kapi.
Vir za pridobitev dodatnega znanja za zahtevnejše vodenje zahtevnejšega bolnika po možganski kapi so učbenik »Na dokazih temelječe klinične smernice« in dodatno izobraževanje na podiplomskih tečajih o vodenju bolnika po možganski kapi.
Specializante je potrebno naučiti, kako nastaviti in urediti narediti register bolnikov po preboleli možganski kapi (veščina): prikaz registra katere od kroničnih bolezni, ki ga sam prilagodi za vodenje bolnika po možganski kapi. Preštudira naj tudi ustrezno literaturo o nujnih pogojih za kakovostno vodenje bolnika po preboleli možganski kapi.

2. V OSEBO USMERJENA ZDRAVSTVENA OSKRBA

Študent

Študent se mora zavedati, da je odnos med bolnikom in zdravnikom dolgotrajen in partnerski, saj ima bolnik pravico in dolžnost soodločati ter aktivno sodelovati v procesu zdravljenja/rehabilitacije (stališče). Eden od najpomembnejših elementov v zdravljenju/rehabilitaciji in negi je dobro sporazumevanje, ki podpira zdravljenje in gradi zadovoljstvo med bolnikom, svojci in zdravnikom.
Vodenja bolnika po možganski kapi se študent najlažje nauči z opazovanjem mentorja, pri pogovoru (sporazumevanje) z bolnikom po možganski kapi v ambulanti, s prisostvovanjem na hišnih obiskih, s samostojnim izvajanjem hišnih obiskov, z vključevanjem v delo patronažne službe in z obiski v domu starejših občanov. Poznati mora postopke sodelovanja s socialno službo, patronažno in negovalno službo ter službo za pomoč na domu.
Študent mora spoznati in ločiti načine ukrepanja pri bolniku po možganski kapi:
1. stanje, ki zahteva takojšnjo napotitev v bolnišnico (npr. ponovna možganska kap, TIA, RIND, hipertenzivna kriza,...)
2. stanje, ki zahteva nenujno napotitev k usmerjenemu specialistu – konzultantu (neurejena – terapevtsko odporna arterijska hipertenzija, neurejena sladkorna bolezen, izjemno povišane vrednosti maščob v krvi...)
3. kontrolni pregled v ambulanti (redni kontrolni pregledi – kako pogosto,
4. spremljanje ustreznih parametrov, svetovanje, spodbujanje bolnika k zdravemu življenjskemu stilu, rehabilitaciji....)(večina).
5. obiski na domu: za tiste, ki ne morejo sami v ambulanto
6. obiski v domu starejših občanov

Specializant

Specializant mora z bolnikom znati vzpostaviti zaupljiv in partnerski odnos in oceniti bolnikovo pripravljenost za sodelovanje pri zdravljenju, rehabilitaciji in vodenju po preboleli možganski kapi (samokontrole krvnega tlaka, sladkorja,...) ter znati bolnikom približati načela vodenja in jih ustrez-

usposobiti samokontrol in ustreznega ukrepanja (veščina). Spoštovati in upoštevati mora bolnikove želje in možnosti pri uvajanju dietnih ukrepov in pri zdravljenju z zdravili (stališče). Z bolnikom se mora znati pogajati, če so bolnikova stališča drugačna od priporočil stroke in postopke zdravljenja /rehabilitacije prilagoditi željam in pričakovanjem bolnika (veščina).
Sporazumevanja s kroničnim bolnikom, kar bolnik po možganski kapi brez dvoma je, naj se specializant nauči pri delu v ambulanti, na bolnikovem domu ali v domu starejših občanov, pa tudi na modulih organiziranih v okviru specializacije iz Družinske medicine.
Specializant mora poznati akutne zaplete po preboleli možganski kapi (globoko vensko trombozo-GVT, pljučna embolija, zastojna pljučnica, uroinfekt...)(znanje). Teoretične osnove ukrepanja v primeru omenjenih stanj si naj prebere v priročniku Nujna stanja. Ob takih zapletih se mora specializant naučiti ustrezno ukrepati. S takimi zapleti se srečuje v dežurni službi in na sprejemnih oddelkih bolnišnic, kjer je tekom bolnišničnega dela krožil(veščina).
Specializant mora vedeti, kje v Sloveniji so centri, kjer je mogoče tako v predbolnišnični urgentni službi kot v bolnišnici zagotoviti ustrezne takojšnje postopke za trombolizo (nujna vožnja, takojšnje laboratorijske in nevroradiološke preiskave, ustrezno spremljanje življenjskih znakov, možnost nevrokirurškega zdravljenja v primeru zapletov) in kako in kje je organizirano zdravstveno varstvo bolnikov po preboleli možganski kapi v njegovi regiji oz. mestu. Poznati mora principe napotovanja (znanje).

3. SPEČIFIČEN NAČIN REŠEVANJA PROBLEMOV

Študent

Študent mora prepoznati simptome možganske kapi in poznati principe vodenja (znanje). Sposoben mora biti pomiriti zaskrbljenega bolnika in svojce po preboleli možganski kapi ali ob morebitnih zapletih (veščina).
Vedeti mora, kdaj in kako hitro je potrebno bolnika napotiti k nevrologu ali k drugemu usmerjenemu specialistu ali v bolnišnico (npr. bolnika s sumom na pljučno embolijo ali GVT, zastojno pljučnico, znaki zmanjšanega volumna telesne tekočine, atrijsko fibrilacijo-AF.....) (znanje). Znanje o ukrepih v primeru nujnih stanj si najlažje pridobi iz priročnika Nujna stanja.

Specializant

Specializant mora znati bolniku razložiti za kakšno dogajanje gre pri možganski kapi, kje tičijo vzroki, nadalje, da nekaterih sprememb ni moč pozdraviti, jih pa je mogoče z rehabilitacijo, delovno terapijo ter vztrajnostjo vsaj deloma omiliti in na tak način omogočiti bolniku samostojno življenje in s tem boljšo kakovost življenja. Bolnika mora prepričati v nujnost ustreznega, največkrat doživljenjskega zdravljenja/rehabilitacije, ki bo pripomoglo k čim boljši obnovitvi prizadetih možganskih funkcij (veščina). Specializant mora poznati (znanje) in suvereno obvladovati (veščina) nujna in zelo nujna stanja in zaplete po preboleli možganski kapi (dehidracija, GVT, pljučna embolija, AF, hipertenzivna kriza, hiper- in hipoglikemična reakcija, krvavitev...) ter ustrezno oskrbljenega bolnika predati specialistu v bolnišnici.
Obvladovanja nujnih stanj se lahko teoretično nauči iz priročnika Nujna stanja, praktično pa se je z nujnimi stanji že srečal v času pripravništva na bolnišničnih oddelkih, z opazovanjem oskrbe nujnega bolnika pri svojem mentorju v ambulanti in na dežurstvu oziroma kadar lahko sam oskrbi bolnika z nujnim stanjem.

4. CELOSTNI PRISTOP

Študent

Študent mora poznati pomen z zdravjem povezanega načina življenja (redna telesna dejavnost, normalna telesna teža, uravnotežena prehrana, manj tvegano pitje alkoholnih pijač, življenje brez cigarete...) (znanje). Zavedati se mora potrebe po odpravljanju vseh dejavnikov tveganja ne samo zaradi zapletov po preboleli možganski kapi, pač pa tudi za zaradi zmanjševanja obolevnosti in umrljivosti (stališče).
Ta znanja in stališča lahko pridobi v zdravstveno-vzgojnih centrih zdravstvenih domov po Sloveniji (»zdravstveno-vzgojne delavnice CINDI«). Priporočamo, da prebere tudi zdravstveno-vzgojno gradivo, ki je na voljo za bolnike.

Specializant

Specializant mora imeti že izdelana stališča do zdravega načina življenja. Znati mora bolniku po preboleli možganski kapi svetovati, kako in zakaj naj spreminja nezdrave navade in tako brez zdravil vpliva ne le na povišan krvni tlak, koncentracijo sladkorja ali holesterola v krvi, ampak tudi na tveganje za nastanek tako srčno-žilni kot možgansko-žilnih bolezni (veščina). Ker gre za veščino sporazumevanja, se tega specializant najlaže nauči z opazovanjem mentorja. Ko kasneje sam poizkuša bolnika prepričati o pomembnosti odpravljanja zdravju škodljivih življenjskih navad, mora spoštovati bolnikova stališča in upoštevati njegove (z)možnosti (npr. nekdo, ki ima težave zaradi težkih degenerativnih sprememb sklepov ali aksilanega skeleta, bo težko dovolj telesno aktiven; upokojenec z nizko pokojnino bo težko kupoval le zdrava živila, ipd) (stališče). Specializant mora biti vešč premagovanja ovir, ki se pojavljajo pri sporazumevanju z bolnikom in svojci.

5. CELOVITO OBLIKOVANJE MODELOV

Študent

Študent se mora zavedati, da se bolniki po možganski kapi zelo razlikujejo v odnosu do lastnega stanja (nekateri so prestrašeni, drugi brezbrižni, tretji sprejemajo bolezen racionalno...), kar je posledica osebnih, socialnih, kulturnih, etičnih, verskih in drugih razlik (stališča).
Pri obravnavi bolnika se mora vselej zavedati temeljnih etičnih načel (stališča.) Študent mora vsaj okvirno ugotoviti bolnikovo socialno stanje ter njegove morebitne zadržke pri zdravljenju (kulturna, verska in etnična načela) (veščina).

Specializant

Specializant mora svoje nasvete prilagoditi bolnikovemu značaju, sposobnostim in razmeram (veščina).
Specializant mora sprejeti bolnika takšnega, kot ta je, tudi če so njuna stališča in prepričanja različna. Pri svojem delu mora spoštovati etična načela, zlasti načelo pravičnosti in bolnikove avtonomije (stališče).

6. USMERJENOST V SKUPNOST

Študent

Študent mora poznati pomen dejavnikov okolja pri nastanku možganske kapi (znanje).
Študent se mora zavedati, da je potrebno bolnika zdraviti/rehabilitirati v okviru strokovnih priporočil in finančnih možnosti zdravstvenega sistema, da je razmerje med doseženo koristjo in ceno najugodnejše (stališča).
Študent mora biti vešč pridobivanja informacij s strani družinskih članov in sorodnikov (heteroanamneza), samostojno pa se mora odločati tudi o tem, kdaj je smiselno k pregledu povabiti družinske člane. S samostojnim odločanjem mora znati vrednotiti, kdaj je nujno treba opraviti hišni obisk.
Študent mora biti seznanjen z obrazci, ki jih zdravnik družinske medicine uporablja pri sodelovanju s patronažno službo. Vedeti mora, kateri bolnik je upravičen do prejema dodatka za pomoč in postrežbo. Poznati mora postopke za sprejem v dom starejših občanov.
Študent mora poznati razloge za začasno in stalno delanezmožnost bolnika po preboleli možganski kapi, če gre za aktivnega bolnika ter postopke napotitev na invalidsko komisijo bodisi zaradi ocene preostale delazmožnosti ali ocene upravičenosti do dodatka za telesno okvaro ali pomoč in postrežbo (znanje). To znanje pridobi tako, da prebere poglavje o bolniškem staležu v učbeniku DM in medicine dela ali sodeluje na Katedri pri seminarju o bolniškem staležu in trajni delanezmožnosti.

Specializant

Specializant mora pri svetovanju zdravega načina življenja upoštevati bolnikovo družinske razmere in vpliv, ki ga ima družina, pa tudi širše socialno okolje. Vešč mora biti pri svetovanju spreminjanja razmer, da bo okolje bolnika kar najbolj stimuliralo pri uspešnem zdravljenju oziroma opuščanju nezdravih življenjskih navad (veščina).
Vedeti mora, da je lahko vloga družine v postopku rehabilitacije po možganski kapi odločilnega pomena: bolnika, ki je zaželjen v domačem in tudi širšem okolju podpira v njegovih prizadevanjih, lahko pa ga z pretirano protektivnostjo in usmiljenjem zavira na poti uspešne rehabilitacije

rehabilitacije in usposabljanja za samostojno življenje. Omogoča mu vrnitev v svet, na katerega ne gleda več tako črno in brezciljno, temveč kot človek, ki je našel tudi po prizadetosti cilje, za katere je vredno živeti in ustvarjati po svojih močeh.

Specializant mora prepoznati znake izgorelosti pri negovalcih oseb prizadetih po možganski kapi.

Poznati mora tudi vlogo in pomen patronažne službe, ki predstavlja nenadomestljivo pomoč bolnikom in svojcem pri negi in rehabilitaciji po prebolel možganski kapi, ki jo na domu izvajajo patronažne sestre po zdravnikovem naročilu. Hkrati so patronažne sestre tudi nepogrešljiv vir pridobivanja dodatnih informacij ne samo o bolnikovem zdravstvenem stanju, pač pa tudi o družinskem okolju, o sprejetosti bolnika in odnosu družine do bolnikovega stanja in bolezni ter morebitni soseski pomoči in pomoči lokalne skupnosti. Zdravnik in patronažna sestra se pri svojem delu dopolnjujete in sodelujeta: zdravljenje vodi zdravnik, negovalno zdravljenje pa patronažna sestra.
Specializant mora poznati postopek ob premestitvi v dom starejših občanov (DSO) in obrazce, ki jih mora izpolniti zdravnik pred sprejemom v DSO. Poznati mora redno delo zdravnika v DSO:
delo z bolniki v ambulanti DSO, delo z bolniki na posameznih oddelkih DSO, sodelovanje z medicinskim in negovalnim osebjem DSO, sporazumevanje s svojci oskrbovancev, administrativno-dokumentacijsko delo, različne medicinske tehnične posege.
Specializant mora biti pri vodenju bolnika po možganski kapi in njenih zapletov racionalen pri porabi finančnih sredstev, a ohraniti ključno vodilo izboljšanje zdravja in kvalitete življenja bolnika (veščina). Poznati mora pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki se nanašajo na predpisovanje zdravil in ortopedskih pripomočkov (znanje), kar pridobi s spremljanjem publikacij ZZZS.
Specializant mora poznati pravne podlage za bolniški stalež, česar se lahko nauči tako, da prebere pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja in delovno zakonodajo s področja začasne in trajne nezmožnosti za delo (znanje). Poznati mora okvirno trajanje bolniškega staleža, kot ga priporoča ZZZS v svoji publikaciji (znanje). Poznati mora kategorije invalidnosti, in kriterije, ki jih je potrebno izpolnjevati za dodelitev dodatka za

pomoč in postrežbo ter telesno okvaro (znanje).
Specializant mora znati voditi bolniški stalež ter bolnika, če je to potrebno predstaviti invalidski komisiji zaradi ocene delazmožnosti in telesne okvare ali ocene upravičenosti do dodatka za pomoč in postrežbo (veščina).

ZAKLJUČEK

V svetu število novih primerov bolnikov, ki zbolijo za možgansko kapjo, nenehno narašča.
Možganska kap kot eden od najtežjih zapletov možganskožilne bolezni je že drugi vzrok smrti v svetu, na Japonskem in Kitajskem pa celo vodilni vzrok. Vsekakor je zaradi možganske kapi največ ljudi za vedno invalidnih. Zoprna statistika gre naprej: vsako leto je v Evropi okoli 600 tisoč novih primerov kapi, v ZDA vsakih 45 sekund zboli nov človek, vsake tri minute pa nekdo umre zaradi posledic možganske kapi. Brez dvoma je, da gre za velik problem - ne samo zdravstven in socialni, temveč tudi ekonomski.
Posledice možganske kapi so zelo različne, odvisne pa so od obsežnosti okvare, od mesta, ki je bilo prizadeto, in od hitrosti ukrepanja. Po nemški raziskavi iz registra za možgansko kap, ki so jo opravili na več kot pet tisočih bolnikih z možgansko kapjo, jih je samo 14 odstotkov preživelo kap brez posledic, 57 odstotkov jih je ostalo lažjih invalidov, slabih deset odstotkov zmernih invalidov, skoraj 19 odstotkov bolnikov pa je ostalo hudih invalidov. Ker se po možganski kapi zelo malo ljudi rehabilitira do te mere, da so sposobni za delo, je jasno, da možganska kap oziroma njene posledice pomenijo tudi zelo veliko finančno breme za državo. Zdravljenje akutnega napada in poznejša rehabilitacija sta namreč vse prej kot poceni.
Bolnika po možganski lahko zelo uspešno vodi zdravnik družinske medicine s svojim znanjem, izkušnjami, stalnostjo in dostopnostjo. Ob velikem finančnem bremenu, ki ga zdravljenje in rehabilitacija po možganski kapi predstavlja, je potreben racionalen in v bolnika usmerjen pristop, predvsem pa bolnikovo sodelovanje pri zdravljenju in rehabilitaciji, tako s spreminjanjem nezdravega življenjskega stila kot z rednim jemanjem predpisanih zdravil in vztrajno rehabilitacijo. Pristen partnerski odnos pa bolniku omogoča, da aktivno sodeluje v procesu zdravljenja in rehabilitacije, ki mu bo omogočila kar najbolj samostojno življenje.
Pri vodenju bolnika po možganski kapi se mora zdravnik zavedati, da se bo

z bolnikom srečeval dolgo časa, učinki zdravljenja in rehabilitacije pa bodo lahko pičli. Prav zato zahteva vodenje bolnika po preboleli možganski kapi veliko potrpežljivosti in pozitivne motivacije vseh prizadetih, bolnika, svojcev in zdravnika! Specializant mora prepoznati znake izgorelosti pri negovalcih oseb prizadetih po možganski kapi.

Primer:

62 letna ženska je utrpela možgansko kap. Po končani hospitalizaciji jo pripeljejo na dom, je hemiplegična in inkontinentna ter afazična, tako da govornega sporazumevanja ni sposobna. Domači so prestrašeni, a so se odločili, da jo bodo sami negovali. Zdravnika zaprosijo za obisk na domu.

Mentor in študent (specializant) naj razpravljata o:

- O nujnosti hišnega obiska
- O potrebnih ortopedskih pripomočkih (negovalna postelja, naslonjalo za hrbet, trapez, anidekubitusna blazina, hlačne predloge....)
- O potrebni pomoči pri negi (učenje svojcev) in rehabilitaciji s strani patronažne službe
- O morebitni pomoči Centra za pomoč na domu
- O priporočenih nefarmakoloških ukrepih ozziroma opuščanju spreminjanja zdravju škodljivih vedenj
- O prehranjevalnih navadah
- O dietnem planu
- O terapevtskem načrtu
- O zdravljenju z zdravili, kako, kdaj?
- O vodenju sočasnih bolezni, ciljnih vrednostih
- O nadaljni rehabilitaciji
- O nujnosti predstavitve IK zaradi ocene opravičenosti do dodatka za pomoč in postrežbo
- O preprečevanju zapletov
- O podpori svojcem v smislu preprečevanja izgorelosti

Didaktični cilji - študent

1

- Poznati pomen dejavnikov tveganja za nastanek možg.kapi
- Poznati simptome in znake možg. kapi
- Poznati pojem »časovnega okna« za uspešno trombolizo in kasnejšo prognozo
- Poznati diagnostične postopke pri možg.kapi
- Poznati osnove zdravljenja z zdravili po preboleli možg. kapi
- Poznati pomen nemedikamentoznega zdravljenja (dieta, gibanje, normalizacije telesne teže)

2

- Poznati temeljne principe sporazumevanja z bolnikom po preboleli možg. kapi in svojci
- Vedeti, da okolje vpliva na bolnikovo sodelovanje pri zdravljenju / habilitaciji
- Poznati pomen vključevanja bolnika po preboleli možg. kapi v proces zdravljenja/ reha habilitacije in vodenja
- Poznati pomen stalnosti odnosa za uspešno vodenje bolnika po preboleli možg. kapi
- Poznati pomen družine in ljubečega domačega okolja ter lokalne skupnosti

3

- Poznati pomen aktivnega iskanja dejavnikov tveganja pomembnih za nastanek možg. kapi (primarna in sekundarna preventiva)
- Poznati indikacije za napotitev in nujnost napotitev v bolnišnico
- Poznati najpogostejše zaplete po možganski kapi in možnosti njihovega preprečevanja

4

- Poznati pomen in nujnost evidence prisotnih dejavnikov tveganja v bolnikovem zdravstvenem kartonu
- Poznati pomen zdravljenja sočasnih bolezni in stanj v smislu preprečevanja ponovitve možg. kapi
- Poznati specifične težave, ki se pojavljajo pri bolniku po preboleli možg. kapi
- Poznati najpogostejše zaplete po preboleli možg. kapi
- Vedeti, da so nekateri znaki po preboleli možg. kapi doživljenjski in da lahko zelo vplivajo na kvaliteto življenja

5

- Poznati vpliv dednosti in družinskega okolja na pojav možg. kapi
- Zavedati se potrebe po racionalni porabi finančnih virov
- Poznati ortopedske pripomočke (kdaj, katere in kdo jih lahko predpisuje), ki jih bolnik Potrebuje po preboleli možg. kapi
- Poznati indikacije za bolniški stalež po preboleli možg. kapi
- Poznati postopek ocene pred ik zaradi preostale delazmožnosti ali delanezmožnosti
- Poznati indikacije za napotitev na ik zaradi ocene upravičenosti do dodatka za tujo nego in pomoč
- Vedeti, kdaj je potrebno sodelovanje s patronažno službo in s centrom za pomoč na domu
- Poznati pomen soseske pomoči in pomoči lokalne skupnosti
- Poznati vlogo csd

- Poznati postopke vključitve v dso
- Poznati vlogo zdravnika v dso
- Zvedati se bolnikovega različnega doživljanja bolezni in njegovega stanja (poveličevanje, zanikanje) glede na etnično, socialno, kulturno, versko... okolje.
- Poznati pomen etičnih načel enakosti in bolnikove samostojnosti
- Znati oceniti bolnikove finančne zmožnosti in socialno stanje in morebitne zadržke ali prepričanja

Didaktični cilji - specializant

1
- Poznavanje preiskav pri možganski aterosklerozi in njihovih indikacij
- Medikamentozno zdravljenje po možg. kapi in principe prilagajanja odmerkov zdravil ter, če je le mogoče izogibanje polifarmacije
- Poznati možne stranske učinke zdravil
- Poznati psiho-socialne ukrepe in izobraževanje
- Bolniku povedati, da nekaterih sprememb po možg. kapi ni mogoče pozdraviti, jih pa je mogoče z ustrezno rehabilitacijo, delovno terapijo, predvsem pa z vztrajnostjo bolj ali manj uspešno omiliti
- Obvladati delitev dela med primarnim in sekundarnim nivojem pri obravnavi in vodenju bolnika po možg. kapi

2
- Znati vključiti bolnika po možg. kapi v proces zdravljenja [illegible]bilitacije ter vodenja
- Spoštovati bolnikovo avtonomijo (pravica do drugačnega mnenja)
- Doseči spremembo nezdravega življ. stila bolnika (zakaj, kako)
- Bolnika prepričati in ga spodbujati k rednemu jemanju zdravil
- Zgraditi partnerski odnos bolnik-zdravnik in se z bolnikom in svojci pogovoriti o morebitnih strahovih, tudi o smrti
- Vrednotiti vlogo družine in svojcev pri negi bolnika po možg. kapi

3
- Biti kritičen do napotitev na sekundarni nivo ali v bolnišnico

4
- Nastavitev in vodenje registra bolnikov po preboleli možg. kapi
- Poznati specifične preventivne ukrepe po preboleli možg. kapi
- Znati pravočasno prepoznati zaplete in ustrezno ukrepati
- Znati preprečevati zaplete po preboleli možg. kapi
- Prizadevanje za kar najboljšo kakovost življenja bolnikov po preboleli možg. kapi
- Znati bolniku po možg. kapi svetovati, zakaj in kako odpraviti dejavnike tveganja
- Znati bolniku razložiti, da je cilj zdravljenja obvladovanje dejavnikov tveganja in s tem njihovega atrogenega učinka
- Znati poudariti pomen zmanjšanja celokupnega tveganja tako za bolezni srca kot možgansko žilne bolezni
- Zavedati se, da nega bolnika po možg. kapi ni enostavna in lahka in tako mora prepoznati tudi znake izgorelosti pri negovalcih

5

- Poznati ortopedske pripomočke (kdaj, katere in kdo jih lahko predpisuje) potrebne bolniku po preboleli težji obliki možg. kapi
- Znati ugotoviti življenjski slog bolnika in mu svetovati, kje so v okviru družine in skupnosti še možnosti za izboljšanje
- Znati zagotoviti kakovostno oskrbo bolnika po možg. kapi tudi ob omejenih finančnih virih
- Se povezati z delodajalcem, ko gre za bolnika, ki zaradi prebolele možg. kapi svojega dela ne zmore več
- Znati voditi bolniški stalež bolnika po možg. kapi in njenimi zapleti
- Znati voditi postopek pred in po oceni na ik
- Poznati vlogo in način sodelovanja s patronažno službo ter centra za pomoč na domu
- Poznati vlogo csd in dolžnosti socialno-varstvenega skrbstva
- Poznati mora postopke vključitve v dso

6

- Znati prepoznati bolnikova stališča ter pričakovanja od bolezni in njegovega stanja ter vpliv tega na zavedanje in zdravljenje
- Upoštevati bolnikove specifične težave
- Sposoben biti bolnika sprejeti takega, kot je (empatija)
- Pri obravnavi bolnika po preboleli možg. kapi mora upoštevati etična načela (enakost, bolnikova samostojnost)
- Svetovanje prilagoditi bolnikovemu finančnemu stanju ter socialnim, kulturnim in verskim načelom

LITERATURA:

1. *Tetičkovič E. Bolezni osrednjega živčnega sistema.Cerebrovaskularna bolezen. In: Tetičkovič E. et al. Klinična nevrologija. Maribor 1997; 105-27*
2. *Roine O.R. Možganska kap. In.Kunnamo I. Na dokazih temelječe medicinske smernice. Slovenska izdaja, Zavod za razvoj družinske medicine. Ljubljana 2006; 1044-52.*
3. *Švab I, Rotar Pavlič D, Družinska medicina. Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Ljubljana 2002.*
4. *Kavčič S. Nujna stanja. Pravočasno in pravilno. Združenje zdravnikov družinske medicine SZD. Ljubljana 2000.*
5. *Bilban M. Medicina dela. ZVD, Ljubljana 1999.*
6. *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list RS, Ljubljana 9/1992.*
7. *Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Uradni list RS, Ljubljana 12/92, 5/94,7/96.*
8. *Heyriman J (ed). The EURACT Educational Agenda. European Academy of Teachers in General Practice EURACT, Leuven 2005.*

BOLNIK Z DEPRESIJO

Mojca Mir, Janko Kersnik

UVOD

Depresija postaja vedno večji zdravstveni problem. Njena incidenca strmo narašča, predstavlja skoraj 4% vseh zdravstvenih težav in je s tem skoraj tako pogosta, kot bolezni srca in ožilja. Prizadene enega od desetih bolnikov, to je približno 5-13% vseh ljudi (1). Posledice bolezni so vidne na vseh ravneh življenja. Neprepoznana depresija zvišuje stroške zdravljenja, deloma zaradi zdravljena drugih težav, za katerimi se lahko skriva, deloma zaradi odsotnosti z dela zaradi bolniške. Zaradi zmanjšane produktivnosti trpijo odnosi na delovnem mestu, kar bolezen pogosto še poslabša. Hkrati pa z bolnikom trpi vsa njegova družina. Sklene se začaran krog, iz katerega se bolnik ne zna rešiti.
Kljub pogosti prevalenci, je bolezen premalokrat prepoznana in zdravljena. Podatki kažejo, da je prepoznanih in zdravljenih manj kot 25% teh bolnikov pri zdravnikih družinske medicine (2). Zaradi tega je pomembno aktivno iskanje znakov bolezni, saj prestavljajo zdravniki družinske medicine, zaradi lahke dostopnosti, prvo linijo obrambe.

1.VODENJE PRIMARNE OSKRBE

Študent

Študent medicine mora vedeti, da je depresija, čeprav duševna motnja, bolezen, kot vsaka druga in da depresivni bolniki zaradi tega niso nič manj vredni kot bolniki s telesnimi boleznimi (stališče). Študent se mora zavedati, da bolnik z depresijo praviloma ne bo nikoli začel neposredno govoriti o svojih dejanskih težavah, ki ga mučijo, ampak bo svojo stisko pogosto prikazoval skozi telesne težave ali slabo počutje. Čeprav je neposreden pogovor ponavadi težko začeti, se mora zavedati, da bolniki ponavadi čutijo veliko olajšanje, kadar zdravnik prepozna njihovo bolezen in kadar se bolnik o njej in/ali svojih težavah lahko pogovarja. Prav tako se mora zavedati, da motnje spanja in depresija pogosto sovpadata. Motnje spanja so zdravniku iztočnica, da lahko načne pogovor o duševnih motnjah, ki praviloma spremljajo motnje spanja, tj. predvsem o depresiji. Poznati mora glavna diagnostična merila za postavitev diagnoze depresija, ki so opisana v smernicah in učbeniku (znanje).

Naučiti se mora odkritega spraševanja, ki je pomembno za prepoznavo bolezni, v smislu: »Kdaj ste se nazadnje dobro počutili? Kaj ponavadi počnete za zabavo? Še počnete te stvari in ali vas še veselijo?«(2) (veščina). Mentor mora študenta naučiti veščine opazovanja bolnika, njegove govorice telesa, psiho-motorične upočasnjenosti in načina govora (veščina). Poznati in znati uporabiti mora dve ključni presejalni vprašanji za odkrivanje depresije (veščina):

1. Ali ste imeli v zadnjem mesecu težave zaradi potrtosti, depresivnega razpoloženja ali občutka brezizhodnosti?
2. Ali ste imeli v zadnjem mesecu težave zaradi manjšega zanimanja ali veselja/užitka s stvarmi, ki ste jih včasih radi počeli.

Pomemben je natančen telesni pregled tistih organov in sistemov, s strani katerih prihajajo bolnikove pritožbe, oz. predstavljajo v bolnikovem sistemu razmišljanja možen vzrok njegovih zdravstvenih težav ali slabega počutja (veščina). Naučiti se mora oceniti verjetnost zlorabe psihotropnih drog ali zdravil ter druga medicinska stanja, ki bi lahko bila vzrok za nastalo stanje (veščina).

Poučiti se mora o oblikah zdravljenja depresije, o možnostih in dostopnosti psihoterapije in o osnovnih skupinah antidepresivov in njihovih stranskih učinkih, saj le ti v največji meri vplivajo na sodelovanje bolnika pri zdravljenju. Vedeti mora, kako pomembno je za uspeh zdravljenja, bolnikovo lastno prepoznavanje znakov bolezni, izvajanje zdravljenja in sodelovanja pri zdravljenju (znanje).

Zavedati se mora, da je pri vsakem bolniku potrebno preveriti stopnjo samomorilne ogroženosti (stališča). Vedeti mora, da je potrebno vsakega depresivnega bolnika povprašati o samomorilnih mislih in načrtih, saj se s pravočasnim prepoznavanjem in ukrepanjem da preprečiti skoraj 90% samomorov (2)(znanje).

Poznati mora antisuicidalni pakt, način njegovega sklepanja, njegovo vlogo, etične in pravne razsežnosti. Vedeti mora za ključno vprašanje, ki ga je potrebno zastaviti bolniku z depresijo (veščina): »Ali ste kdaj pomislili, da življenje nima več smisla?«

Znati mora bolniku omogočiti opisati bolečine, ki jih ima bolnik ob tej bolezni, kar mu prinese določeno mero olajšanja (veščina).

Vedeti mora za možnosti obravnave depresije na sekundarni ravni, tj. pri psihiatru. Naučiti se mora izpolniti napotnico za nujno in redno napotitev k psi-

psihiatru (veščina). Znati mora uporabiti odpustnico za nadaljnje načrtovanje zdravljenja bolnika (veščina).

Specializant

Specializant se mora zavedati, da je depresija skoraj enako pogosta kot koronarna bolezen in da ima skoraj vsak četrti bolnik bolj ali manj jasne znake depresije (1). Zdravnik družinske medicine zato predstavlja prvo mesto odkrivanja bolezni in zato mora znati aktivno iskati simptome bolezni (veščina). Zavedati se mora pomena presejalnih vprašanj, pri bolnikih z depresijo v družini, bolnikih s številnimi zdravstvenimi težavami, psihološkimi problemi s somatskim ozadjem in kroničnimi bolečinami. Ti presejalni vprašanji sta (veščina):
1. Ali ste imeli v zadnjem mesecu težave zaradi potrtosti, depresivnega razpoloženja ali občutka brezizhodnosti?
2. Ali ste imeli v zadnjem mesecu težave zaradi manjšega zanimanja ali veselja/užitka s stvarmi, ki ste jih včasih radi počeli.
Prepoznati mora skrite oblike depresije, ki se izraža skozi utrujenost, glavobol, šibkost in bolečine (veščina). Ti bolniki so pogosti obiskovalci ambulante. Pomisliti mora na bolezen pri nenadoma spremenjenem obnašanju, težavah v službi ali ob izgubi službe, težave v zakonu ter ob samouničujočem obnašanju (spolna promiskuiteta, zloraba psihotropnih substanc) (veščina). Zavedati se mora, da se lahko za klinično sliko depresije (izguba telesne mase, pomanjkanje energije, motnje spanca, zmanjšana sposobnost koncentracije) skriva motnja v delovanju ščitnice, neprepoznan rak, AIDS ali gre lahko za zlorabo psihotropnih substanc. Zavedati se mora prekrivajočih simptomov med depresijo in hipotiroidizmom in Parkinsonizmom. Poznati mora problem sočasnega pojavljanja več psihičnih motenj in sočasnega pojavljanja psihičnih motenj in telesnih bolezni. Depresija je lahko posledica napredujoče terminalne bolezni. Zdravljenje depresije v teh primerih izboljša kakovost bolnikovega življenja (2) (znanje).
Poučiti se mora, da imajo lahko določena zdravila za posledico depresivno razpoloženje (npr. hipnotični sedativi (barbiturati in benzodiazepini), anksiolitiki, konvulzivi, antihipertenzivi (npr. beta-blokatorji), nekateri hormoni in antibiotiki, ter druga zdravila). Depresija ali depresivno razpoloženje lahko nastopita kot znak med odtegnitvenim sindromom pri odvajanju od

odvajanju od alkohola ali drugih psihotropnih substanc (znanje). Specializant se mora naučiti ločiti, kdaj gre za depresijo in kdaj je depresivno razpoloženje posledica odtegnitve (veščina). Zavedati se mora, da je zloraba psihotropnih substanc pogosta pri adolescentih, ki z njimi sami »zdravijo« znake depresije ali bipolarne motnje, medtem ko se odrasli, predvsem moški, v teh primerih pogosteje zatekajo k alkoholu. V teh primerih lahko zdravljenje depresije pripomore, da prenehajo z odvisnostjo (2) (znanje).
Poučiti se mora o treh glavnih pristopih zdravljenja: antidepresivi, psihoterapija in elektrokonvulzivna terapija (Slednja se pri nas sicer ne uporablja, a je enako učinkovita, kot sta ostali dve metodi.), o prednostih in slabostih vsake, stranskih učinkih (znanje). Nenazadnje ne smemo pozabiti na depresijo pri nosečnicah. Zdravljenje mora potekati tudi med nosečnostjo, zato mora poznati, katera zdravila se lahko predpisujejo in kakšni so učinki na plod (veščina). Prav tako se mora naučiti prepoznati svarilne znake samomorilske nagnjenosti (veščina).

2. V OSEBO USMERJENA ZDRAVSTVENA OSKRBA

Študent

Študent mora vedeti, da je podpora zdravnika, ki mu bolnik zaupa, pomembna za uspešnost zdravljenja depresije. V določenih primerih je celo enako učinkovita kot antidepresivna terapija (znanje). Vedeti mora, da je vzpostavitev zaupnega odnosa med bolnikom in zdravnikom veščina, ki jo pridobi z vajami in kasneje z izkušnjami. Izkušnje si pridobi z opazovanjem svojega mentorja med delom in s samostojnim delom z bolnikom (veščina).
Študent medicine mora vedeti, da bolniki praviloma želijo dobiti odgovore na tri bistvena vprašanja, ki se jim zastavljajo (znanje):
1. Ali je to, kar imajo resno oz. nevarno?
2. Kakšno bolezen imajo?
3. Ali je stanje ozdravljivo?

Pri vzpostavitvi dobrega sporazumevanja med bolnikom in zdravnikom, mu lahko pomaga upoštevanje naslednjih načel (veščina):
1. Bolniku je potrebno omogočiti, da razloži svoje težave brez prekinitve.
2. Bolnika je potrebno natančno poslušati in spodbujati k pripovedovanju.

Študent se mora zavedati, da ima podporno domače okolje, ki bolnika razume in mu je pripravljeno pomagati ter ga spodbujati, velik pomen za uspeh zdravljenja. Poznati mora okoliščine, ki bolniku pri zdravljenju pomagajo ali ga pri tem ovirajo.

Specializant

Specializant mora znati vzpostaviti zaupen odnos ter znati aktivno vključiti bolnika v zdravljenje. Imeti mora odkrit odnos, mu razložiti pomen rednega jemanja zdravil. Ga poučiti, da ne gre za čudežna zdravila, katerih učinek bo viden takoj, pač pa, da rabijo antidepresivi določen čas do prvih ugodnih rezultatov (veščina).
Imeti mora posluh za morebitne stranske učinke zdravil ter vedeti, da se jih z začetnimi nizkimi dozami, ki se postopno dvigujejo praviloma najlažje izognemo (znanje). V primeru pojava stranskih učinkov, mora znati bolnika pomiriti in razložiti, da blagi neprijetni učinki kmalu minejo oziroma jih znati lajšati, primeru drugih, resnejših stranskih učinkov, pa primerno ukrepati (veščina). Poznati mora interakcije med antidepresivi in drugimi zdravili. Pri tem ne sme pozabiti še na zdravila, ki se dobijo brez recepta in jih bolniki lahko uporabljajo za samozdravljenje (npr. šentjanževka v številnih dostopnih preparatih in čajnih mešanicah ali drugih pripravkih) (znanje).
Znati mora svetovati glede zdravega življenjskega sloga, sprostitvenih tehnik, pomena redne telesne vadbe ter njenih pozitivnih učinkov tudi pri depresiji. Poznati mora pomen uravnotežene prehrane ter ugodnih učinkov vitaminov skupine B (veščina).
(npr. vitamin B3 niacin ima pomen v produkciji triptofana, ki je esencialna aminokislina pomembna za sintezo serotonina. Vsebujejo ga mastne ribe (losos, skuša), svinjina, piščanec, grah, fižola, semenke in žitarice. Vitamin B12 in kalcijevi nadomestki imajo ugoden učinek za zmanjševanje depresivnega razpoloženja med menstruacijo. Folat pa zvišuje učinek SSRI in drugih antidepresivov).

3. SPEČIFIČEN NAČIN REŠEVANJA PROBLEMOV

Študent

Kot že omenjeno v uvodu, pogostost bolezni strmo narašča, kljub temu zdravniki premalokrat pomislimo, da se v ozadju somatskih težav skriva depresija (stališče). Študent se mora zavedati, da bolnik pogosto ne bo neposredno začel govoriti o depresiji, pač pa se skriva za slabim počutjem, motnjami spanja, glavoboli in drugimi bolečinami (znanje). Adolescenti se pogosto zatekajo k zlorabi psihotropnih substanc, medtem ko odrasli, predvsem moški, bolezen »zdravijo« z alkoholom. Zaradi tega je na bolezen potrebno pomisliti, kadar ima bolnik katerega od znakov depresije in aktivno iskati druge znake bolezni. Pri tem sta lahko v pomoč dve glavni presejalni vprašanji, ki sta ključni za diagnozo bolezni.

Poznati mora pomen bolnikovega sodelovanja pri zdravljenju in njegovega vključevanja v lastno zdravljenje (znanje). Osvojiti mora veščino, kako bolnika pripraviti do aktivnega sodelovanja v procesu zdravljenja. Naučiti se mora vključiti bolnika v prepoznavanje znakov bolezni, spremembe razpoloženja, poslabšanja bolezni, izvajanje zdravljenja in sodelovanja pri zdravljenju (veščina).

Študent mora vedeti, da je v družinski medicini možno izvajati samo zdravljenje depresije z antidepresivi, ki je enako učinkovito kot sta ostali dve metodi. Poznati mora osnovne pristope k zdravljenju depresije z antidepresivi, tj. razlike v mehanizmu delovanja, obliki in pogostosti stranskih učinkih ter zapletih pri zdravljenju po posameznih skupinah (SSRI, TCA, MAO inhibitorji, RIMA in drugi antidepresivi). Vedeti mora, da ne gre za hiter učinek zdravila, pač pa, da je na učinek potrebno počakati najmanj 4 do 6 tednov (znanje). Vedeti mora, da je bolnika v tem času potrebno naročati na redne kontrole oz. priti v stik z bolnikom na vsak teden ali dva do prvih znakov izboljšanja, oz. takoj v primeru pojava kakršnih koli stranskih pojavov.

Vedeti mora, da je vsako stanje, pri katerem je neposredno ogroženo življenje bolnika ali soljudi v njegovi okolici, urgentno stanje, ki zahteva takojšnjo napotitev na bolnišnično zdravljenje. Poznati mora pogoje in način, kako se izpelje neprostovoljno hospitalizacijo, če bolnik odklanja napotitev. Hkrati pa se mora zavedati etičnih dilem, ko ima bolnik omejeno pravico do odločanja (znanje).

Specializant

Specializant mora še dodatno poznati ukrepe ob neuspešnosti terapije, kdaj in kako zamenjati zdravilo. Naučiti se mora vodenja bolnika, saj je bolnika v tem času potrebno naročati na redne kontrole oz. priti v stik z bolnikom na vsak teden ali dva do prvih znakov izboljšanja, oz. takoj v primeru pojava kakršnih koli stranskih pojavov (veščina). Poznati mora smernice, kako dolgo traja zdravljenje. Da mora trajati zdravljenje najmanj od 6 do 12 mesecev za prvo epizodo, 3 leta za drugo epizodo ter da je zdravljenje dosmrtno, če je prišlo do tretje epizode (1). Poznati mora indikacije za napotitev na sekundarno raven, kadar bolnik ogroža sebe in druge, kadar ni sposoben sodelovati pri zdravljenju, kadar nima zadostne psihosocialne podpore za varno zdravljenje ter ob soobstoječih zapletih, kot so psihoza, bizarno obnašanje, iluzije ter halucinacije (2). Poznati mora še ukrepe za akutno terapijo ob akutni psihozi (veščina).

4. CELOSTEN PRISTOP

Študent

Vedeti mora, da se depresija pogosto pojavlja v sklopu pridruženih psihičnih ali telesnih stanj in bolezni. Poznati mora patofiziološke osnove nastanka bolezni, ki so osnova za razumevanje delovanja antidepresivov. Zavedati se mora, da gre pri nastanku za skupek dejavnikov, ki zajemajo dedno nagnjenost k depresiji, kompleksne nevralne mehanizme, ki se modificirajo v odvisnosti od osebnostnih izkušenj, dogodkov v otroštvu, medsebojnih odnosov v družini in okolici, različna stresna dejanja in izgube tekom življenja, ter odzivi nanje, ki lahko zmotijo normalno delovanje kortiko-hipotalamo-hipofiznega sistema, kar vodi v nastanek simptomov (2). Številne okoliščine pospešujejo nastanek bolezni pri posamezniku. Skrb za lastno duševno zdravje z ustreznim življenjskim slogom lahko zmanjša pojavnost ali težo znakov bolezni. Ozaveščenost ljudi in zdravstvenih delavcev prispeva k pravočasnemu prepoznavanju in ustrezni obravnavi depresivnih bolnikov. Zavedati se mora, da zaradi tako različnih in kompleksnih dejavnikov nastane široka paleta simptomov bolezni, ki imajo tudi vpliv na širok krog bolnikovih dejavnosti in ljudi v njegovi okolici (znanje).

Vedeti mora, da je pri depresiji težko svetovati o zdravem načinu življenja in preventivi, kot lahko to pri določenih drugih boleznih, npr. arterijski hipertenziji, hiperlipidemiji. Nedvomno je dokazan pozitiven učinek telovadbe, ki izboljša samopodobo in vodi k reševanju težav s tem pa zmanjša tveganje za nastanek depresije (znanje).

Specializant

Vedeti mora, da se depresivni bolniki pogosto zatekajo k uporabi alternativnih in naravnih pripomočkov pri zdravljenju depresije, predvsem k zeliščem, alkoholu in drugim psihotropnim substancam, ki omilijo nekatere znake depresije, vendar dolgoročno ne zdravijo depresije in hkrati povzročajo razvoj odvisnosti (znanje). Za specializanta je pomembno, da se tega zaveda in zna redno povprašati po uporabi le teh (veščina). Interakcije med drugimi zdravili in zelišči so redke, so pa možne. Baldrijan (angl. Valerian) ima sedativni učinek, ki se še poviša ob hkratni uporabi standardnih sedativov. V visokih dozah so možne nočne more, motnje vida in celo spremembe srčnega ritma. Šentjanževka (angl. St. John's wort) je pogosto uporabljano zelišče za pomirjanje. V dozah 900 mg/d, razdeljene na tri enake odmerke, je učinkovita pri blagi do zmerni depresiji. Učinki so vidni v roku dveh do treh tednov. Vendar lahko ima v tako visokih dozah enako stranske učinke, kot MAO inhibitorji ob uporabi tiramina. Zato je pomembno bolnika opozoriti, naj se izogiba rdečemu vinu, mesu in starim sirom. Zaradi nevarnosti serotoninskega sindroma, uporaba skupaj s SSRI ni priporočljiva. Opozarjajo še na nevarnost nastanka manije pri bipolarnih motnjah. Stranski učinki so redki (suha usta, alergične reakcije, utrujenost, pri moških lahko celo zmanjša plodnost). Pomembnejše se je zavedati interakcij z drugimi zdravili. Ni še popolnoma dognano, zaenkrat obstajajo domneve, da inducira sistem citokrom CYP 450, ki je udeležen pri metabolizmu skoraj polovice zdravil. Tako lahko skrajša razpolovni čas estogena v oralnih kontraceptivih, poveča lahko nevarnost krvavitev v kombinaciji z antikoagulanti (warfarin in vitamin E). Ker vsi učinki še niso raziskani, je bolnike potrebno redno povprašati o uporabi dodatnih naravnih zelišč (4) (znanje). Specializant bo utrdil znanje s sodelovanjem na sklopih Predpisovanje zdravil, Zagotavljanje kakovosti (predavanje o Anksioznodepresivnih motnjah), branjem ustreznih poglavij v učbeniku Družinska medicina in tematskih člankih.

Specializant se mora naučiti razpravljati z bolnikom o možnih sovplivih preteklih dogodkov na nastanek depresije in oviro pri uspešnem zdravljenju ter ponovnem vključevanju v normalne življenjske dejavnosti (veščina).

5. USMERJENOST V SKUPNOST

Študent

Študent mora poznati pomen dednosti, vpliv družine in okolja pri nastanku depresije (znanje). Študent se mora zavedeti, da je potrebno bolnika zdraviti v okviru strokovnih priporočil in ob tem upoštevati finančne omejitve, kar pomeni, da mora bolnika zdraviti tako, da je razmerje med doseženo koristjo in ceno najugodnejše (stališča). Poznati mora posebej ogrožene skupine prebivalstva z večjim tveganjem za pojav depresije (mladostniki, matere v poporodnem obdobju, ženske v srednji življenjski dobi, starostniki) (znanje).
Študent mora vedeti, da je depresija pogost razlog zmanjšane delovne zmožnosti in da je pri depresivnih bolnikih pogosto potrebna zdravniško upravičena odsotnost z dela in da je pri bolnikih z depresijo pogosta predstavitev invalidski komisiji za oceno preostale delazmožnosti ter da je depresija pogost razlog za invalidsko upokojitev (znanje). Znanje pridobi tako, da prebere poglavje o bolniškem staležu v učbeniku medicine dela, na Katedri sodeluje pri seminarju o delazmožnosti in v mentorski ambulanti pregleda medicinsko dokumentacijo nekaj primerov bolnikov z depresijo, ki so (bili) v staležu ali predstavljeni invalidski komisiji.
Poznati mora možnosti za zdravljenje in podporo bolnikom z depresijo v okolju, tj. zdravstvene službe in druge oblike pomoči bolnikom z duševnimi motnjami, predvsem sočasne odvisnosti (znanje).

Specializant

Mora poznati pomen dednosti, vpliv družine in okolja pri nastanku depresije (znanje) in znati svetovati kako prilagoditi razmere v družini in okolju, da bo dano okolje bolniku omogočalo uspešno zdravljenje (veščina). Znati mora pristopiti k posebej ogroženim skupinam prebivalstva z večjim tveganjem za pojav depresije (mladostniki, matere v poporodnem obdobju).

5. CELOVITOST BOLNIKOV

Študent

Študent mora vedeti, da je bolnik z depresijo bolnik, kot vsi ostali (stališča). Študent se mora zavedeti, da se bolniki z depresijo v odnosu do svoje bolezni med seboj razlikujejo (npr. nekateri jo zanikajo; se počutijo »zaznamovan«; so osramočeni; so prestrašeni; so brezbrižni; sprejemajo bolezen racionalno...), kar je posledica različnih osebnih, kulturnih in verskih vrednot in okolja, v katerem živijo (znanje). Pri obravnavi bolnika se mora zavedati temeljnih etičnih načel (pravičnosti – kolikor enemu, toliko vsem; bolnikove samostojnosti – bolnik ima pravico, da se odloči; dobronamernosti – pogajanje za uvedbo zdravljenja ali hospitalizacije, antisuicidalni pakt v primeru izražene suicidalnosti, prisilna hospitalizacija, kadar je potrebno) (stališča). Študent mora znati ugotoviti bolnikovo socialno stanje in finančne zmožnosti ter kulturna, verska in etnična načela bolnika (veščina).

Specializant

Specializant mora bolniku z depresijo znati svetovati upoštevaje strokovna izhodišča in etična merila. Pri svetovanju mora upoštevati finančne zmožnosti bolnika in okolja ter bolnikova kulturna, verska in etnična načela (veščina). Sposoben mora biti sprejeti bolnika takega, kot ta je, tudi če so bolnikova prepričanja drugačna od njegovih. Pri svojem delu mora spoštovati etična načela, zlasti načelo pravičnosti in bolnikove avtonomije (stališče). Znati mora preceniti, kdaj bolnikovo stanje zahteva ukrepanje v korist bolnika in okolice proti bolnikovi volji in znati to tudi izpeljati (veščina).

ZAKLJUČEK

Hiter način življenja, službe, ki zahtevajo popolno predanost in perfekcionizem, pomanjkanje časa za posvečanje in gradnji kvalitetnih medsebojnih odnosov, so glavni vzroki, zakaj v svetu narašča število nezadovoljnih in nesrečnih ljudi. Seveda je depresija kompleksna bolezen, za nastanek katere ne moremo kriviti samo enega dejavnika, pač pa so potrebni številni, prepletajoči se vzroki.

Statistike kažejo, da je bolezen v porastu in da bo kmalu druga najpogostejša bolezen. Hkrati pa med ljudmi, še posebej na podeželju, obstaja določena stigma pred ljudmi, ki zbolijo za take vrste boleznijo ali se celo zdravijo pri psihiatrih. Nihče noče zboleti za duševnimi boleznimi. Zato je zdravljenje depresije toliko težje od katere koli druge somatske bolezni. Poleg tega ni neke univerzalne preventive in zdravega načina življenja. In ni čudežnih zdravil, ki bi takoj učinkovala. To pa je najpogostejši razlog za prenehanje zdravljenja s strani bolnikov in poslabšanje bolezni. Vsak naslednji relaps zmanjša možnost popolne ozdravitve in sklene se začaran krog. Iz vseh navedenih razlogov, je zelo pomemben način pristopa zdravnika k bolniku, saj lahko z napačnim pristopom izgubi bolnikovo zaupanje, ki je glavni ključ za začetek in uspeh zdravljenja.

Didaktični cilji - študent

1
- Prepoznati mora glavne znake depresije
- Diagnostični postopek pri depresiji
- Osnovni principi zdravljenja depresije
- Prepoznati samomorilna nagnjenja

2
- Principi pristopa k bolniku z depresijo
- Vpliv domačega okolja na depresijo in doživljanje bolezni

3
- Specifične odločitve glede na prevalenco bolezni
- Glavni in skriti znaki depresije – glavna vprašanja v anamnezi
- Pomen vključevanja bolnika v proces zdravljenja
- Vedeti mora, kdaj pričakovati prve učinke zdravljenja
- Pomen rednih pregledov
- Poznati indikacije za nujno napotitev

4
- Poznati zdrav življenjski slog in možne preventivne ukrepe

5
- Poznati možnosti za pomoč bolnikom z depresijo in odvisnikom v skupnosti
- Poznati indikacije za bolniški stalež
- Poznati postopek ocene pred IK

6
- Poznavanje osebnostnih, kulturnih, okoljskih, družinskih vrednot in razlik v vrednotah
- Poznavanje etičnih dilem obravnave depresivnih bolnikov.

Didaktični cilji - specializant

1
. Prepoznati klinične značilnosti depresije
. Presejanje za depresijo
. Prepoznati skrito depresijo
. Diferencialna diagnoza – ločiti med depresijo in drugimi boleznimi, ki se lahko kažejo podobno ter povezavo med depresijo in drugimi boleznimi
- Vedeti, da določena zdravila lahko povzročijo depresivno razpoloženje
- Poznati načela zdravljenja depresije
- Prepoznati samomorilna nagnjenja

2
- Poznati veščine sporazumevanja z depresivnim bolnikom
- Sposobnost vključevanja bolnika v zdravljenje (pomen jemanja zdravil in samopomoč, zdrav življenjski slog)

- Znati vzpostaviti odkrit odnos z bolnikom (poročanje o stranskih učinkih zdravil
- Spoštovati bolnikova pričakovanja in strahove

3

- Znati ukrepati ob neuspešnosti zdravljenja
- Koliko časa traja zdravljenje
- Prepoznati urgentna stanja, ki zahtevajo takojšnjo napotitev na sekundarni nivo
- Sprejeti ustrezna delovna načela, npr. stopnjevanje preiskav, uporaba časa kot orodja in sprejemanje negotovosti
- poznati napovedno vrednost rezultatov preiskav

4

- Znati bolniku z depresijo svetovati, kako skrbeti za lastno zdravje
- Alternativne metode samozdravljenja depresije in nevarnosti
- Ob doseženi remisiji naučiti bolnika prepoznavati depresivna razpoloženja, ki zahtevajo ukrepanje

5

- Poznati dejavnike tveganja za depresijo in opravljati presejanje pri bolnikih z večjim tveganjem za pojav depresije
- Se po potrebi povezati z delodajalcem, ko gre za bolnika, ki zaradi bolezni svojega dela ne zmore več
- Znati voditi bolniški stalež bolnika z depresije in njenimi zapleti
- Znati pravočasno izpeljati postopek za oceno na IK

6

- Upoštevanje osebnostnih, kulturnih, okoljskih, družinskih vrednot in razlik v vrednotah pri načrtovanju in vodenju zdravljenja depresivnih bolnikov
- Znati ob upoštevanju strokovnih in etičnih dilem izpeljati ustrezne postopke, kadar gre za ogrožene bolnike.

LITERATURA:

1) *Maurer, D., Colt, R. An Evidence - Based Approach to the Management of Depression. Primary Care: Clinics in office practice. 33 (2006); 923-941.*
2) *Schiffer, R.B. Psychiatric Disorders in Medical Practice. Goldman: Cecil Textbook for Medicine. 22nd.ed. Saunders Company 2004. Ch 426.*
3) *Berg, O.A. Screening for Depression Recommendations and Rational U.S. Preventive Services. Clinical Considerations. Task Force: Third ed. (2000-2003). May 2002.*
4) *Lawvere, S., Mahoney, M.C. St. John's Wort. Am Fam Physician. 2005, Dec 1; 72(11):2249-54.*

BOLNIK Z ARTERIJSKO HIPERTENZIJO

Marija Petek-Šter

UVOD

Arterijska hipertenzija predstavlja enega izmed najpomembnejših in najpogostejših dejavnikov tveganja za bolezni srca in ožilja, zaradi katerih umre 38% Slovencev. Povišan krvni tlak ima 44% Evropejcev v starostnem obdobju med 35 in 65 let, v starostnem obdobju od 65 do 74 let pa že 78% populacije in je eden izmed vodilnih vzrokov za obisk v ambulanti družinske medicine v Sloveniji; 22 % vseh obiskovalcev ambulant je imelo arterijsko hipertenzijo.
Dokazi o pomenu zniževanja visokega krvnega tlaka so nedvoumni. Znižanje diastoličnega krvnega tlaka za 5, 7,5 ali 10 mm Hg pomeni vsaj 34 % – 46 % oz. 56 % manj možganskih kapi in vsaj 21 % – 29 % oz. 37 % manj koronarne bolezni srca.

1.VODENJE PRIMARNE OSKRBE

Študent

Študent mora vedeti, da je za postavitev diagnoze potrebno več meritev krvnega tlaka v hipertenzivnem območju, saj postavitev diagnoze pomeni dolgotrajno, pogosto doživljenjsko zdravljenje, običajno z zdravili, kar na kakovost bolnikovega življenja. Vedeti mora, katere preiskave je potrebno opraviti pri na novo odkritem bolniku in bolniku z hipertenzijo mora znati oceniti srčno-žilno ogroženost, ki je osnova za nadaljnje ukrepanje. Bolniku mora znati razložiti, kako naj spremeni življenjski slog in mu predpisati ustrezno antihipertenzivno zdravilo (znanje).
Temeljno gradivo za klinični pristop k bolniku s hipertenzijo predstavljajo smernice za hipertenzijo (1), ki naj jih študent na začetku vaj dobi in jih pregleda ter se o posameznih elementih smernic pogovori z mentorjem.

Specializant

Specializant mora poznati še indikacije za dodatne diagnostične metode pri arterijski hipertenzijo (npr. kdaj bolnik potrebuje UZ srca ali UZ trebuha, TSH...), poznati zdravljenje arterijske hipertenzije ob pridruženih kliničnih stanjih (npr. bolnik z arterijsko hipertenzijo in ishemično boleznijo srca),

bolnika mora znati naročati na ustrezen časovni interval(znanje). Vir za pridobitev dodatnega znanja za vodenje zahtevnejšega bolnika z arterijsko hipertenzijo so smernice za arterijsko hipertenzijo in dodatna literatura, npr. knjiga Arterijska hipertenzija (2).
Specializant mora vedeti, katere so absolutne kontraindikacije za nenujni operativni poseg pri bolniku z arterijsko hipertenzijo (npr. neurejena arterijska hipertenzija s tlakom preko 180/110 mm Hg, nestabilna koronarna bolezen, zastojno srčno popuščanje...) in pri katere bolnike je potrebno pred predvideno operacijo poslati na dodatne preiskave oz. na pregled h kardiologu (npr. bolnik z določenimi motnjami ritma, še neopredeljenim šumom nad prekordijem...)(znanje).
Specializante je potrebno naučiti, kako narediti register bolnikov z arterijsko hipertenzijo(veščina). To ga je najlažje naučiti tako, da mu pokažemo že narejen register za eno od kroničnih bolezni, ki ga nato prilagodi za vodenje bolnika z arterijsko hipertenzijo. Pri oblikovanju registra naj se opira na smernice za hipertenzijo. Preštudira naj tudi ustrezno literaturo o nujnih pogojih za kakovostno vodenje bolnika z arterijsko hipertenzijo, da bo te elemente gotovo vključil v register (3).

2. V OSEBO USMERJENA ZDRAVSTVENA OSKRBA

Študent

Študent se mora zavedati, da je odnos med bolnikom in zdravnikom dolgotrajen in da ima bolnik pravico soodločati v procesu zdravljenja (stališče). Stališča si študent najlažje izoblikuje z opazovanjem sporazumevanja med bolnikom in mentorjem.
Študent mora dobiti občutek, kdaj je stanje takšno, da zahteva takojšnjo napotitev (npr. akutna in zelo močna bolečina v prsih z EKG spremembami) in kdaj bolnik lahko odide domov in se oglasi na kontrolni pregled v ambulanti (npr. krvni tlak 180/100, ki bolniku ne povzroča nobenih težav)(veščina).
Principa odprtega čakanja in odvrnljivo nevarnega poteka bo študent najlažje nauči z opazovanjem v ambulanti.

Specializant

Specializant mora znati vzpostaviti partnerski odnos z bolnikom in mora znati oceniti bolnikovo pripravljenost za sodelovanje pri diagnostiki in zdravljenju (veščina). Oceniti mora, katerim bolnikom je smiselno svetovati samomeritve krvnega tlaka in te bolnike ustrezno usposobiti (veščina).
Spoštovati mora bolnikovo voljo, ko gre za začetek in nadaljevanje zdravljenja z zdravili (stališče). Z bolnikom se mora znati pogajati, če so bolnikova stališča drugačna od priporočil smernic in postopke zdravljenja prilagoditi željam bolnika (veščina).
Sporazumevanja s kroničnim bolnikom se specializant nauči pri delu v ambulanti in tekom modularnega dela, saj je sporazumevanje z bolnikov vključeno v več modulov.
Specializant mora poznati akutne zaplete arterijske hipertenzije, njihovo prepoznavo in zdravljenje (znanje). Teoretične osnove omenjenih stanj si naj prebere v knjigi Arterijska hipertenzija v ustreznem poglavju.
Specializant mora znati obravnavati akutne zaplete arterijske hipertenzije (npr. akutni koronarni sindrom, možgansko kap, hipertenzivno encefalopatijo), s katerimi se srečuje v dežurni službi in na sprejemnih oddelkih bolnišnic, kjer je tekom bolnišničnega dela krožil (veščina).
Specializant mora vedeti, da so napotitve bolnikov z arterijsko hipertenzijo redke in so omejene na tiste bolnike z pravo odporno hipertenzijo (pri večini bolnikov z neurejenim krvnim tlakom gre za lažno odpornost, glavni razlog je bolnikovo nesodelovanje pri zdravljenju) zaradi izključitve eventualne sekundarne arterijske hipertenzije (znanje).

3. SPEČIFIČEN NAČIN REŠEVANJA PROBLEMOV

Študent

Študent mora znati bolnika z nezapleteno arterijsko hipertenzijo voditi samostojno (veščina). Vedeti mora, da so določena stanja prehodna in se uredijo sama po sebi – npr. izrazit porast krvnega tlaka ob bolečini v križu bo minil, ko bo bolečina minila (znanje). Sposoben mora biti pomiriti pretirano zaskrbljenega bolnika, ki mu krvni tlak niha ob različnih meritvah preko dneva (veščina).

Vedeti mora, kdaj in kako hitro je potrebno bolnika napotiti k specialistu ali v bolnišnico (npr. bolnik z akutnim koronarnim sindromom, kot zapletom hipertenzije potrebuje takojšnje ukrepanje in nujno napotitev v spremstvu zdravnika.) (znanje). Znanje o nujnosti posameznih stanj si najlažje pridobi iz knjige Arterijska hipertenzija.

Specializant

Specializant mora bolniku razložiti, da gre za podedovano bolezen ter ga prepričati v pomen dolgotrajnega (doživljenjskega) zdravljenja povišanega krvnega tlaka (veščina). Specializant mora znati (znanje) in suvereno obvladovati (veščina) nujna in zelo nujna stanja povezana z arterijsko hipertenzijo (hipertenzivna kriza, akutna možganska kap, dissekcija aorte, akutni koronarni sindrom...) in ustrezno oskrbljenega bolnika predati specialistu v bolnišnici.
Obvladovanja nujnih stanj se lahko teoretično nauči iz knjige Arterijska hipertenzija in priročnika Akutni koronarni sindrom, praktično pa se je z nujnimi stanji že srečal v času pripravništva na bolnišničnih oddelkih, z opazovanjem oskrbe nujnega bolnika pri svojem mentorju in nato tako, da sam oskrbi bolnika z nujnim stanjem.

4. CELOSTEN PRISTOP

Študent

Študent mora poznati pomen skrbi za lastno zdravje (redna telesna aktivnost, normalizacija telesna teža, zmernost pri alkoholu, omejitev soli v prehrani) (znanje). Zavedati se mora potrebe po dolgoročnem nadzoru vseh dejavnikov tveganja in ne le nadzoru arterijske hipertenzije z namenom zmanjšanja celokupne srčno-žilne obolevnosti in umrljivosti (stališče). Da bi pridobil omenjena znanj in oblikoval stališča do zdravega življenjskega sloga naj obišče eno od delavnic CINDI, ki jo za bolnike organizirajo v zdravstvenih ustanovah in prebere zdravstveno-vzgojno gradivo, ki je na voljo za bolnike.

Specializant

Specializant mora imeti že izdelana stališča do zdravega življenjskega sloga in mora znati bolniku svetovati, kako naj izboljša življenjski slog in mu predstaviti izboljšanje življenjskega sloga kot prvo stopnjo pri nadzoru AH in zmanjševanju celokupne srčno-žilne ogroženosti, ki mu včasih (ne pa vedno) sledi še zdravljenje z zdravili(veščina). Ker gre za veščino sporazumevanja, se tega specializant najlaže nauči z opazovanjem mentorja in nato sam poizkuša bolnika prepričati v pomembnost spremembe življenjskega sloga, pri čemer mora upoštevati bolnikova stališča in možnosti, ki jih ima bolnik, da spremeni življenjski slog (npr. nekdo s hudo obrabo kolkov bo težko dovolj telesno aktiven, bolnik, ki je pretežak za 30 kg, pa bo morebiti lahko shujšal za 5 ali 8 kg in ne za 30 kg).
Specializant se mora zavedati, da je hipertenzija le eden od dejavnikov tveganja za bolezni srca in ožilja in da odločitev za zdravljenje temelji na celokupni srčno-žilni ogroženosti, kar pomeni, da blage hipertenzije pri malo ogroženem bolniku ne bomo takoj začeli zdraviti z zdravili, medtem, ko je zdravljenje blage hipertenzije pri ogroženem bolniku, npr. bolniku s sladkorno boleznijo ali bolniku po srčnem infarktu nujno potrebno (stališče).
Specializant mora znati izdelati vrstni red obravnave in oceniti pomen posameznih zdravstvenih problemov v določenem trenutku. Na primer obravnava arteijske hipertnezije, ki je bila več let ključna prioriteta z namenom zmanjševanja srčno-žilnega tveganja ni več prioriteta pri obravnavi bolnika z napredovalim karcinomom debelega črevesa (veščina).

5. USMERJENOST V SKUPNOST

Študent

Študent mora poznati pomen dednosti in dejavnikov okolja pri nastanku arterijske hipertenzije (znanje). Študent se mora zavedeti, da je potrebno bolnika zdraviti v okviru strokovnih priporočil in ob tem upoštevati finančne omejitve, kar pomeni, da mora bolnika zdraviti tako, da je razmerje med doseženo koristjo in ceno najugodnejše (stališča).
Študent mora vedeti, kaj so indikacije za bolniški stalež ter kdaj je potrebno bolnika z zapleti arterijske hipertenzije napotiti na invalidsko komisijo

komisijo (znanje), ki ga pridobi tako, da prebere poglavje o bolniškem staležu v učbeniku medicine dela in sodeluje pri seminarju o bolniškem staležu in invalidki oceni (seminar na katedri).

Specializant

Specializant mora znati pri svetovanju zdravega življenjskega sloga upoštevati tudi družinsko in širše socialno okolje v katerem bolnik živi in dela ter znati svetovati, kako prilagoditi razmere v okolju, da bo dano okolje bolniku omogočalo uspešno zdravljenje (veščina). Specializant mora biti pri zdravljenju arterijske hipertenzije in sočasnih dejavnikov tveganja racionalen v porabi finančnih sredstev in ob tem ohraniti ključno vodilo, ki je izboljšanje zdravja bolnika (veščina). Poznati mora pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki se nanašajo na predpisovanje zdravil (znanje), kar pridobi s spremljanjem publikacij ZZZS.
Specializant mora poznati pravne podlage za bolniški stalež, česar se lahko nauči tako, da prebere pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja in delavno zakonodajo s področja začasne in trajne nezmožnosti za delo(znanje).
Specializant mora vedeti okvirno kolikšno je trajanje bolniškega staleža pri posameznih bolezenskih stanjih ali poškodbah, kar je navedeno v priporočilih o trajanju bolniškega steleža, ki jih je izdal ZZZS (znanje). Poznati mora kategorije invalidnosti, kriterije, ki jih je potrebno izpolnjevati za dodelitev dodatka za pomoč in postrežbo ter telesno okvaro (znanje).
Specializant mora znati voditi bolniški stalež ter bolnika z zapleti AH predstaviti invalidski komisiji zaradi ocene delazmožnosti, telesne okvare (npr. po možganski kapi) ali potrebe po dodatku zaradi pomoči in postrežbe (npr. vaskularna demenca s potrebo po 24-urnem nadzoru)(veščina).

6. CELOVITO OBLIKOVANJE MODELOV

Študent

Študent se mora zavedeti, da se bolniki z arterijsko hipertenzijo v odnosu do svoje bolezni med seboj razlikujejo (nekateri so prestrašeni, drugi brezbrižni, tretji sprejemajo bolezen racionalno...), kar je posledica različnih

osebnih, kulturnih in verskih vrednost in okolja v katerem živijo (stališče). Pri obravnavi bolnika se mora zavedati temeljnih etičnih načel (pravičnosti-ko likor enemu, toliko vsem in bolnikove samostojnosti-bolnik ima pravico, da se odloči) (stališča) Študent mora znati ugotoviti bolnikovo socialno stanje in finančne zmožnosti ter kulturna, verska in etnična načela bolnika (veščina).

Specializant

Specializant mora znati bolniku svetovati v okviru bolnikovih stališč (veščina). Pri svetovanju mora upoštevati finančne zmožnosti bolnika ter kulturna, verska in etnična načela (veščina). Sposoben mora biti sprejeti bolnika takega, kot ta je, tudi če so bolnikova prepričanja drugačna od njegovih . Pri svojem delu mora spoštovati etična načela, zlasti načelo pravičnosti in bolnikove avtonomije (stališče).

ZAKLJUČEK

Arterijska hipertenzija in njeni zapleti predstavljajo najpogostejšo diagnoza zaradi katere ljudje obiskujejo zdravnika družinske medicine. Zaradi pogostnosti problema in potrebe po dolgotrajnem zdravljenju ter povezave z drugimi dejavniki tveganja, ki so pogojeni z bolnikovim življenjskim slogom, na katerega vpliva tudi družina in širše socialno okolje, lahko bolnika uspešno vodi le zdravnik družinske medicine s svojim znanjem, ki presega le znanje o kliniki arterijske hipertenzije.

Ob velikem finančnem bremenu, ki ga zdravljenje arterijske hipertenzije predstavlja za skupnost je potreben racionalen in v bolnika usmerjen pristop, saj je slabo sodelovanje pri zdravljenju z zdravili najpogostejši razlog za neuspeh zdravljenja. Da bi izboljšali bolnikovo sodelovanja pri zdravljenju v smislu izboljšanja življenjskega sloga in rednega jemanja zdravil, pa je potreben dolgotrajen in odprt odnos, ki bolniku omogoča, da aktivno sodeluje v procesu zdravljenja in mu daje možnost, da odkloni predlagane postopke zdravljenja, ki so v nasprotju z njegovimi stališči ter verskimi ali kulturnimi vrednotami.

Pri obvladovanju arterijske hipertenzije se mora zdravnik zavedati, da se bo z bolnikom srečeval leta in leta. Rezultati zdravljenja se bodo kazali na dolgi rok in zato hitri uspehi niso znanilci dolgoročnega uspeha. Zdrav-

Zdravljenje bolnika z arterijsko hipertenzijo zahteva veliko potrpežljivosti in pozitivnih spodbud, grožnje in vzbujanje strahu pri bolniku lahko sprožijo le kratkoročen pretiran strah za lastno zdravje.

Primer:

45-letni poslovnež, kadilec se je po 5 letih oglasil v ambulanti, ker je zaradi virusne okužbe potreboval bolniški stalež.
Izmerili ste mu tudi krvni tlak, ki je bil 164/96 mm Hg. Izveste, da je oče utrpel možgansko kap pri 66 letih in za posledicami kapi umrl, mati pa nima visokega krvnega tlaka. Pri delu je zelo izpostavljen stresu, za rekreacijo mu zmanjkuje časa.
Ob naslednjem obisku čez en mesec je bil krvni tlak 158/94 mm Hg, v kliničnem statusu niste ugotovili posebnosti, le ITM je bil 29 kg/m2 ter obseg pasu 110 cm.
Bolnik si je tudi doma meril krvni tlak, ki je bil v povprečju 142/88 mm Hg. Napotili ste ga v laboratorij, kjer ste ugotovili KS 6,2 mmol/l, cel. holesterol 5.4 mmol/l, LDL 3.6 mol/l in HDL 0,7 mmol/l. Ostali laboratorijski in EKG izvidi so bili v mejah normale.
Bolnik bi rad zdravljenje z zdravili še odložil.

Mentor in študent (specializant) naj razpravljata o:
- O pristopu k odkrivanju bolnikov z povišanim krvnim tlakom v družinski medicini.
- O potrebnih nefarmakoloških ukrepih pri povišanem krvnem tlaku – kako razložiti bolniku, kaj mora storiti.
- O potrebnih preiskavah za potrditev diagnoze arterijske hipertenzije
- O načinu zdravljenja arterijske hipertenzije – (nefarmakološki ukrepi, zdravila): kdaj je zdravljenje z zdravili neizbežno in kako hitro se moramo odločiti za začetek zdravljenja
- O bolnikovo soodločanje in sodelovanju pri zdravljenju
- O možnih spremembah v družinskem in delavnem okolju

Didaktični - cilji študent

1
- Poznavanje epidemiologije AH
- Poznati mora pomen oportunističnega pristopa k o odkrivanju AH
- Diagnostični posotpek AH
- Osnovne principe zdravljenja AH

2
- Vedeti mora, kaj pomeni v človeka usmerjen pristop k bolniku z AH
- Vedeti mora, da domače okolja vpliva na razvoj AH in bolnikovo sodelovanje pri zdravljenju
- Poznati mora pomen vključevanja bolnika z AH v proces zdravljenja
- Poznat mora pomen stalnosti odnosa za uspešno vodenje bolnika z AH

3
- bolnike z esencialno AH vodi ZDM samostojno
- Poznati mora pojem odprtega čakanja
- Poznati mora indikacije za napotitev in nujnost napotitev

4
- Poznati pomen lastne skrbi za zdravje
- Poznati pomen omejitve soli v prehrani, normalizacije telesne teže, omejitve alkohola in redne telesne aktivnosti
- Vedeti, da je zdravljenje doživljenjsko in da ozdravitve (razne v redkih primerih sekundarne AH) ni
- Vedeti, da je hipertenzija le eden izmed dejavnikov tveganja za bolezni srca in ožilja in da je potrebna celostna ocean ogroženosti bolnika z AH

5
- Poznati vpliv genetskega dejavnika in družinskega okolja za razvoj AH
- Zavedati se mora potrebe po racionalni porabi finančnih virov
- Poznati indikacije za bolniški stalež
- Poznati postopek ocene pred IK

6
- Zavedati se različnega doživljanja bolezni pri bolnikih z AH (poveličevanje, zanikanje) glede na kulturno, versko in socialno okolje.
- Poznati pomen etičnih načel enakosti in bolnikove samostojnosti
- Znati oceniti bolnikove finančne zmožnosti in socialno stanje ter versko in etnično pripadnost.
- Znati vzpos odkrit odnos z bolnikom (poročanje o stranskih učinkih zdravil)
- Spoštovati bolnikova pričakovanja in strahove

Didaktični cilji - specializant

1

- Poznavanje dodatnih preiskav in njihovih indikacij pri AH
- Zdravljeviti arteirjsko hipertenzijo ob sočasnih boleznih in stanjih
- Znati mora spremljati bolnika na ustrezen časovni interval glede na stopnjo nadzora bolezni in pridružene bolezni
- Se zavzeti za bolnika, ki potrebuje dodatno diagnostiko in zdravljenje, da je bolnik ustrezne oskrbe pravočasno deležen
- Priprava bolnika z AH na operativni poseg

2

- Znati mora komunicirati tako, da vključuje bolnika.
- Spoštovanje bolnikove avtonomije (drugačnega mnenja)
- Razviti partnerski odnos z bolnikom z AH ob upoštevanju bolnikove osebnosti
- Z izobraževanjem bolnika z AH doseči spremembo življenjskega sloga v zdrav življenjski slog

3

- Bolniku povedati, da v večini primerov vzroka za AH ne poznamo in ga zato ne moremo odstraniti in bolezni odpraviti
- Racionalno indicirati dodatne preiskave pri bolniku z AH
- Bolnika vključiti v načrt zdravljenja in zdravljenje prilagoditi bolniku
- Znati obravnavati zaplete AH in biti kritičen do napotitev na sekundarni nivo

4

- Znati bolniku z AH svetovati, kako skrbeti za lastno zdravje
- Znati bolniku razložiti, da je cilj zdravljenja poleg znižanja krvnega tlaka tudi zmanjšanje srčno-žilne ogroženosti
- Znati poudariti pomen celokupne srčno-žilne ogroženosti in ga opozoriti tudi na pomen nadzora ostalih dejavnikov tveganja za KVS bolezen
- Znati narediti in voditi register bolnikov z arterijsko hipertenzijo

5

- Znati ugotoviti življenjski slog bolnika in mu svetovati, kje so v okviru družine in skupnosti še možnosti za izboljšanje
- Znati mora zagotoviti kakovostno oskrbo bolnika z AH ob omejenih finančnih virih
- Se povezati z delodajalcem, ko gre za bolnika, ki zaradi bolezni svojega dela ne zmore več
- Znati voditi bolniški stalež bolnika z AH in njenimi zapleti
- Znati voditi postopek pred oceno na IK

6

- Znati prepoznati bolnikova stališča do AH in vrednot v življenju, ki vplivajo na odnos do bolezni in zdravljenja
- Sposobnost sprejemanja bolnika, takega kot je (empatija)
- Pri obravnavi bolnika z AH upoštevati etična načela (enakost, bolnikova samostojnost)
- Bolniku svetovati v skladu s finančnimi stanjem in verskimi, kulturnimi in etničnimi načeli

LITERATURA:

1) *Acceto R, Dobovišek J, Dolenc P, Salobir B. Slovenske smernice za obravnavo arterijske hipertenzije 2003. Zdrav Vestn 2004; 73: 507-17.*
2) *Dobovišek J, Accetto R. Arterijska hipertenzija. Sekcija za arterijsko hipertenzijo SZD-5 izdaja-Ljubljana; Lek 2004.*
3) *Management of hypertension in primary practice "Must do" criteria. In: Fraser RC, Lakhani MK, Baker RH. Evidence-based Audit in General Practice. Oxford: Butterworth-Henemann 1998; 97-98.*
4) *Noč M, Mohar M, Žmavc A, Kranjec I, Ploj T. Akutni koronarni sindrom. Priporočila za obravnavo v Sloveniji 2007.*
5) *Švab I, Rotar Pavlič D, Družinska medicina. Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Ljubljana 2002.*
6) *Bilban M. Medicina dela. ZVD, Ljubljana 1999.*
7) *7.Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list RS, Ljubljana 9/1992.*
8) *Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Uradni list RS, Ljubljana 12/92, 5/94,7/96.*
9) *Petek Šter M. Bolnikova samostojnost. V: Kersnik J, editor. Etika v družinski medicini. 20. učne delavnice za zdravnike družinske medicine; 2003; Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine - SZD, 2003; 1-8.*
10) *Heyriman J (ed). The EURACT Educational Agenda. European Academy of Teachers in General Practice EURACT, Leuven 2005.*

BOLNIK Z BENIGNO HIIPERPLAZIJO PROSTATE

UVOD

Benigna hipertrofija prostate je pogosto obolenje moških, ki vpliva na kakovost življenja, na njegovo seksualno življenje, posredno pa še na življenje partnerja, povzroča motnje pri počitku, spanju, prekine socialne aktivnosti prizadetih ter zahteva od prizadetega odločitve o zdravljenju in operativnih posegih.

Definicija benigne hiperplazije prostate:
BHP je po doslej znanih podatkih in raziskavah počasi napredujoča, progresivna bolezen, ki povzroča vrsto zapletov, če se ne zdravi. Za njen nastanek pa sta potrebna dva pogoja: primerna starost moškega in ustrezna koncentracija dihidrotestosterona, ki v žlezi nastaja iz testosterona s pomočjo 5- reduktaze. Običajno se prične okoli 45. leta starosti. Garraway in sodelavci so v raziskavi odkrili, da je prevalenca BHP za moške do 40 let okoli 15%, do 50 let okoli 25%, za stare več kot 60 let pa okoli 40%. Je ena najpogostejših bolezni moških v starosti ... so študije pokazale, da ima BHP več kot 80% moških, starejših od 80 let.

Dejavniki tveganja za napredovanje bolezni so:
1. starost bolnika preko 50 let
2. serumski PSA nad 1,5ng/ml
3. volumen prostate nad 30 ml
4. simptomi spodnjih sečil so srednje izražena

1.VODENJE PRIMARNE OSKRBE

Študent

Študent mora vedeti, da je večina moških zelo zadržanih in težko spregovorijo o svojih težavah s prostato. Zato je nujno potrebno moške, ki iščejo zdravniško pomoč zaradi drugih težav, aktivno spraševati še o težavah s prostato. Študent mora vedeti kateri so vključitveni dejavniki oz. kakšen naj bi bil standardni bolnik z BHP: moški starejši od 50 let, ima simptome spodnjih sečil povezanih z BPO, nima izključitvenih dejavnikov in se strin-

ja s standardnim diagnostičnim postopkom. Študent mora vedeti tudi kateri so izključitveni dejavniki: rak prostate, neurejena sladkorna bolezen z diabetično nevropatijo, nevrološka bolezen, stanje po poškodbi male medenice, ali stanje po večjih operacijah v mali medenici, okužbe sečil, zdravila, ki vplivajo na delovanje sečnega mehurja.

Študent mora vedeti, da je za postavitev diagnoze BHP potrebno:

1. Usmerjena anamneza o vrsti in trajanju genitourinarnih simptomov (obstruktivnih, iritativnih)
2. Ocena simptomov s pomočjo posebnega vprašalnika IPSS (International Prostata Symptom Score - sinonim je American Urological Association symptom score-AUA), ki pomaga pri izbiri zdravljenja in oceni uspešnosti zdravljenja
3. Usmerjen pregled spodnjega abdomna, genitalij in digitalni rektalni pregled

Vedeti mora, da je digitorektalni pregled lahko tudi zavajajoč (prostata, ki deluje na otip majhna lahko povzroča zaporo odtoka seča, samo povečanje pa še ni značilno za postavitev diagnoze BHP, saj velikost prostate ni v sorazmerju s stopnjo obstrukcije in težo simptomov)

Ugotovitve in izvide preiskav je treba skrbno evidentirati v bolnikovo zdravstveno kartoteko.

Vedeti mora, kakšen je pomen pravočasnega prepoznavanja in katere preiskave je potrebno opraviti in njih namen pri novo odkritem bolniku z BHP (izključiti je treba druge vzroke težav pri uriniranju, predvsem rak prostate) in katere pri vodenju bolnika z BHP kasneje (analiza seča določitev kreatinina, določitev serumske koncentracije prostatičnega specifičnega antigena (PSA),napotitev na UZ trebušnih organov in sečil z določitvijo zaostalega seča- rezidualnega urina po uriniranju).

Poznati mora osnove zdravljenja bolnikov z BHP in cilje zdravljenja.

Temeljno gradivo za obravnavanje bolnika z BHP predstavljata učbenik Kirurgija in učbenik »Na dokazih temelječe medicinske smernice«. Študent naj si iz navedene literature prebere poglavje o BHP ter se na začetku vaj pogovori o posameznih elementih z mentorjem.

Specializant

Poleg navedenega mora specializant poznati katere diagnostične preiskave so obvezne in priporočene in kot take sodijo v domeno zdravnika DM, katere pa pomožne, vendar neobvezne preiskave ter katere so dodatne, ki jih opravi urolog, če je potrebno, pred morebitnim kirurškim zdravljenjem, vedeti pa mora tudi katere preiskave so nepotrebne.
Poznati mora občutljivost in specifičnost laboratorijske preiskave PSA in vedeti, da je preiskava občutljiva, a nizko specifična (vnetje, masaža prostate ob digitorektalem pregledu..) in znati pravilno vrenotiti dobljeni rezultat.
Specializant mora poznati bolezni, ki povzročajo simptome podobne BHP (neurejena sladkorna bolezen, okužbe sečil, nevrogeni mehur, strikture sečnice, rak sečnega mehurja, kongestivno srčno popuščanje) in katera zdravila povečajo obstruktivne simptome (triciklični antidepresivi in drugi atiholinergiki, diuretiki, narkotiki ter prva generacija antihistaminikov in dekongestivov)(znanje).
Vedeti mora, da je digitorektalni pregled lahko tudi zavajajoč (prostata, ki deluje na otip majhna lahko povzroča zaporo odtoka seča, samo povečanje pa še ni značilno za postavitev diagnoze BHP, saj velikost prostate ni v sorazmerju s stopnjo obstrukcije in težo simptomov).
Vedeti mora, kakšen je pomen pravočasnega prepoznavanja in katere preiskave je potrebno opraviti in njih namen pri novo odkritem bolniku z BHP (izključiti je treba druge vzroke težav pri uriniranju, predvsem rak prostate) in katere pri vodenju bolnika z BHP kasneje.
Bolniku mora znati razložiti, zakaj naj spreminja svoje nezdrave življenjske navade, zlasti do kakšnih zapletov lahko pride zaradi pitja alkoholnih pijač.
Specializant mora poznati zdravljenje bolnikov z BHP: kdaj nadzorovano opazovanje (watchful waiting) in kdaj zdravljenje z zdravili (katera, kdaj, kako delujejo, kombinirano zdravljenje), poznati mora kontraindikacije in stranske učinke zdravil ter indikacije za kirurško zdravljenje (akutna zapora seča, kroničen zastoj seča v sečnem mehurju, pogoste okužbe spodnjih sečil, kamni v sečnem mehurju, divertikli sečnega mehurja, razširjena zgornja sečila zaradi zastoja seča v sečnem mehurju) in vrste kirurškega zdravljenja. Bolnika mora znati naročati na ustrezen časovni interval (znanje).
Poznati mora še svetovanje (zdravstvena vzgoja) bolniku z BHP, znati pa mu

mora svetovati še o fitopreparatih in drugih dietnih pripravkih.
Specializant mora vedeti, kaj lahko pri bolniku z BHP razen napredovanja same bolezni, izzove zaporo urina: daljši poskus zadrževanja urina, imobilizacija, izpostavljenost mrazu, anastezija, uporaba antiholinergikov, simpatikomimetikov in zaužitje alkohola.
Specializant mora poznati akutne in kronične zaplete BHP in indikacije za napotitev k urologu: zapora urina, tipen mehur in/ali visoka vrednost rezidualnega urina, inkontinenca, hematurija, dokazana okužba sečil, vztrajanje neprijetnih simptomov, kamni v sečnem mehurju, trda in/ali neravna prostata, PSA >4µg/L oz. >2µg/L, če bolnik jemlje zaviralce 5 - reduktaze.
Vir za pridobitev dodatnega znanja za zahtevnejše vodenje bolnika je učbenik »Na dokazih temelječe medicinske smernice«.
Specializante je potrebno naučiti, kako nastaviti in urediti register bolnikov s BHP (veščina): prikaz registra katere od kroničnih bolezni, ki ga sam prilagodi za vodenje bolnika s BHP. Preštudira naj tudi ustrezno literaturo o nujnih pogojih za kakovostno vodenje bolnika s BHP.

2. V OSEBO USMERJENA ZDRAVSTVENA OSKRBA

Študent

Študent se mora zavedati, da je odnos med bolnikom in zdravnikom dolgotrajen in partnerski, saj ima bolnik pravico in dolžnost soodločati ter aktivno sodelovati v procesu zdravljenja in o tem izraziti svoja pričakovanja. (stališče). Stališča si študent najlažje izoblikuje z opazovanjem mentorja, kako se le-ta pogovarja (sporazumevanje) z bolnikom z BHP.
Študent mora spoznati in ločiti načine ukrepanja pri BHP:
1. stanje, ki zahteva takojšnjo napotitev v bolnišnico (npr. akutna zapora seča, masivna hematurija...)
2. stanje, ki zahteva napotitev k urologu (npr. inkontinenca, vztrajanje neprijetnih simptomov, kamni v sečnem mehurju, tipen tumor
3. kontrolni pregled v ambulanti (npr. redni kontrolni pregledi, nadzor nad jemanjem zdravil) (veščina).

Specializant

Specializant mora z bolnikom znati vzpostaviti partnerski odnos in oceniti bolnikovo pripravljenost za sodelovanje pri diagnostiki, zdravljenju in vodenju BHP ter njegova pričakovanja. Bolnikom mora znati približati načela vodenja in jih ustrezno usposobiti za samonadzor ter ustreznega in pravočasnega prepoznavanja stanj, ki zahtevajo obisk pri zdravniku oziroma v bolnišnici (veščina).
Specializant mora prepoznati bolnikova prepričanja o zdravju in morebitne zmotne poglede na BHP ter ga poučiti o vzrokih, ki so najverjetneje privedli do nje. Spoštovati in upoštevati mora bolnikove želje pri zdravljenju z zdravili in/ali kirurškem zdravljenju (stališče). Z bolnikom se mora znati pogajati, če so bolnikova stališča drugačna od priporočil smernic in postopke zdravljenja prilagoditi željam bolnika (veščina).
Sporazumevanja s kroničnim bolnikom naj se specializant nauči pri delu v ambulanti, pa tudi v modulih v okviru specializacije iz Družinske medicine..
Specializant mora poznati akutne zaplete BHP, njihovo prepoznavo in ukrepanje (znanje). Ob takih zapletih se mora specializant naučiti ustrezno ukrepati (npr. akutna zapora urina, hematurija....). S takimi zapleti se srečuje v dežurni službi in na sprejemnih oddelkih bolnišnic, kjer je tekom bolnišničnega dela krožil(veščina).
Specializant mora vedeti, kako in kje je organizirano zdravstveno varstvo bolnikov s BHP v njegovi regiji oz mestu (izbrani zdravnik ali zdravnik DM s posebnimi dodatnimi znanji ali specialist urolog) in poznati principe napotovanja (znanje).

3. SPEČIFIČEN NAČIN REŠEVANJA PROBLEMOV

Študent

Študent mora prepoznati simptome in znake BHP in poznati principe vodenja bolnika s BHP (znanje). Sposoben mora biti pomiriti zaskrbljenega bolnika ob postavitvi diagnoze ali ob zapletih (veščina).
Vedeti mora, kdaj in kako hitro je potrebno bolnika napotiti k urologu ali v bolnišnico (npr. bolnik z inkontinenco, akutno zaporo urina, hematurijo..)

(znanje). Znanje o nujnosti in ukrepanju pri posameznih stanjih si najlažje pridobi iz priročnika Nujna stanja .

Specializant

Specializant mora znati bolniku razložiti, da gre za progresivno bolezen, ki jo moč obvladovati in ga prepričati v nujnost doživljenjskega zdravljenja (veščina). Specializant mora poznati (znanje) in suvereno obvladovati (veščina) akutne zaplete BHP (akutna zapora seča..) ter ustrezno oskrbljenega bolnika predati specialistu v bolnišnici.
Obvladovanja nujnih stanj se lahko teoretično nauči iz priročnika Nujna stanja, ali pa se je z nujnimi stanji že srečal v času pripravništva na bolnišničnih oddelkih, z opazovanjem oskrbe nujnega bolnika pri svojem mentorju v ambulanti ter na dežurstvu.

4. CELOSTEN PRISTOP

Študent

Študent mora poznati pomen z zdravjem povezanega načina življenja (manj tvegano pitje alkohola) (znanje). Zavedati se mora potrebe po odpravljanju motečih dejavnikov tveganja zaradi ustreznega obvladovanja bolezni (stališče).
Ta znanja in stališča lahko pridobi pri svojem mentorju in v izobraževalnih programih v organizaciji Katedre za družinsko medicino ali Zdravstveno-vzgojnih centrov zdravstvenih domov po Sloveniji .

Specializant

Specializant mora imeti že izdelana stališča do zdravega načina življenja. Znati mora bolniku s BHP svetovati, kako in zakaj naj spreminja nezdrave navade (opusti pitje alkoholnih pijač) in tako vpliva na potek in morebitne zaplete svoje bolezni (veščina). Ker gre za veščino sporazumevanja, se tega specializant najlaže nauči z opazovanjem mentorja. Ko kasneje sam poizkuša bolnika prepričati o pomembnosti odpravljanja zdravju škodljivih življenjskih navad, mora spoštovati bolnikova stališča (stališče).

5. USMERJENOST V SKUPNOST

Študent

Študent mora poznati pomen dejavnikov okolja, ki lahko vplivajo na BHP in zaplete (znanje). Študent se mora zavedati, da je potrebno bolnika zdraviti v okviru strokovnih priporočil in finančnih možnosti zdravstvenega sistema, da je razmerje med doseženo koristjo in ceno najugodnejše (stališča).
Študent mora poznati razloge za začasno in stalno delanezmožnost bolnika s BHP ter postopek napotitve na invalidsko komisijo (znanje). To znanje pridobi tako, da prebere poglavje o bolniškem staležu v učbeniku DM in medicine dela ali sodeluje na Katedri pri seminarju o bolniškem staležu in trajni delanezmožnosti.

Specializant

Specializant mora pri svetovanju zdravega načina življenja upoštevati bolnikovo družinsko in širše socialno okolje, vešč mora biti pri svetovanju spreminjanja razmer, da bo okolje bolnika kar najbolj stimuliralo uspešno zdravljenje (veščina).
Specializant mora biti pri zdravljenju BHP in njenih zapletov racionalen pri porabi finančnih sredstev, a ohraniti ključno vodilo izboljšanje zdravja in kakovost življenja bolnika (veščina). Poznati mora pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki se nanašajo na predpisovanje zdravil (znanje), kar pridobi s spremljanjem publikacij ZZZS.
Specializant mora poznati pravne podlage za bolniški stalež, česar se lahko nauči tako, da prebere pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja in delovno zakonodajo s področja začasne in trajne nezmožnosti za delo (znanje). Poznati mora okvirno trajanje bolniškega staleža , kot ga priporoča ZZZS v svoji publikaciji (znanje), oziroma kot je priporočeno v nacionalni smernici. Poznati mora kategorije invalidnosti ter kriterije, ki jih je potrebno izpolnjevati za dodelitev dodatka za pomoč in postrežbo oziroma za telesno okvaro (znanje).
Specializant mora znati voditi bolniški stalež ter bolnika z zapleti pri BHP predstaviti invalidski komisiji zaradi ocene delazmožnosti.

6. CELOVITO OBLIKOVANJE MODELOV

Študent

Študent se mora zavedati, da se bolniki s BHP (nekateri so prestrašeni, drugi brezbrižni, tretji sprejemajo bolezen racionalno...), kar je posledica osebnih, socialnih, kulturnih, etičnih, verskih in drugih razlik (stališča).
Pri obravnavi bolnika se mora vselej zavedati temeljnih etičnih načel (stališča.) Študent mora vsaj okvirno ugotoviti bolnikovo socialno stanje in mrežo ter njegove morebitne zadržke pri zdravljenju (kulturna, verska in etnična načela) (veščina).

Specializant

Specializant mora svoje nasvete prilagoditi bolnikovemu značaju, sposobnostim in razmeram (veščina).
Specializant mora sprejeti bolnika takšnega, kot ta je, tudi če njuna prepričanja različna. Pri svojem delu mora spoštovati etična načela, zlasti načelo pravičnosti in bolnikove avtonomije (stališče).

ZAKLJUČEK

Bolnike z BHP so tradicionalno obravnavali urologi. Danes je situacija takšna, da ima zaradi drugačne organiziranosti zdravstvene oskrbe, možnosti predpisovanja farmakoterapije ter potrebe po zgodnjem odkrivanju karcinoma prostate, zdravnik družinske medicine pri odkrivanju in zdravljenju bolezni prostate, bistveno večjo vlogo kot v preteklosti. Na razpolago imamo objavljena nacionalna priporočila, ki omogočajo boljšo vzajemno oskrbo tovrstnih bolnikov med urologi in zdravniki družinske medicine. Da bi jih lahko uresničevali v praksi potrebujemo ureditev poleg ustreznih strokovnih normativov, zlasti glede števila obiskov bolnikov v naših ambulantah in plačila laboratorijskih preiskav, ki so sestavni del obravnave bolnika z BHP.

Primer:

Razlog prihoda:

68-letni bolnik prihaja na kontrolo v ambulanto potem ko je v ambulanti NMP v času dežurstva zaradi povišane temperature in pogoste mikcije dobil antibiotike.

Gospod je upokojeni uslužbenec, z ženo živita v enodružinski hiši. Odrasla sin in hči imata svoje družine in skupaj 4 otroke. Vnuki so starima staršema v veliko veselje.

Gospod je bil, ko je še hodil v službo strasten kadilec, pokadil je tudi 40 cigaretov/dan/ 40 let, a se je kajenju pred 10 leti odpovedal, kakor tudi alkoholu, ki ga je nekoč užival v velikih količinah . Na to obdobje svojega življenja gleda kritično in mu je žal zaradi skrbi in težav, ki jih v zvezi z prekomrenim pitjem povzročal svoji ženi in otrokoma.

Pove tudi, da slabo spi, da že leta uporablja zdravila za spanje. Mimogrede omeni, da ima težave z erekcijo in da je že razmišljal o Viagri, a je to misel opustil, saj je njegovo spolno življenje tudi zaradi ženine bolezni povsem zamrlo in si zaradi tega ne dela skrbi.

Prehranjuje se redno, žena po njegovem mnenju skrbi za zdravo prehrano. Telesno je aktiven, dela na vrtu in se skoraj vsak dan sprehaja v spremstvu žene.

Fam. anamneza: mati je imela sladkorno bolezen, oče, ki se je tudi zdravil zaradi povišanega krvnega tlaka, je umrl po možganski kapi star 64 let in

Osebna anamneza: gospod se zdravi zaradi povišanega krvnega tlaka in dislipidemije.

Zdravila: zaviralec konvertaze, zaviralec Ca kanalčkov, indapamid, statin,

Klinični pregled: višina 172 , teža 103, 6 kg; pas 111 cm; ITM 235.

KT: 148/98 mm Hg; fr 64/min; srčna akcija ritmična; dihanje nad pljuči čisto periferni pulzi dobro tipljivi.

Abdomen: nad nivojem prsnega koša palpatorno neobčutljiv, brez defansa, jeter, vranice ali patoloških rezistenc ni tipati, peristaltika dobro slišna, ledvica na poklep neboleča, zunanji genital bp

Digitorektalni pregled: tonus sfinktra primeren, prostata povečana, levi lobus bolj kot desni, neobčutljiva, čvrsta, elastična, brez vozličkov, sulkus zabrisan

Laboratorij: hemogram bp; KS: 6,0 mmol/l; holesterol: 6,05 mmol/l; HDL: 0,87; LDL: 4,28; triglicerigi: 2,05 mmol/L; kreatinin 74 µmol/L; sečnina

4,9 mmol/l; jetrni testi: bp, K: 3,64,
S –total PSA =4,0
urin: sediment 3-4 Erci; 30-35 Lkci; številne bakterije
UZ trebušnih organov: Difuzna steatoza jeter, sicer pregledani organi bp. Prostata je heterogene strukture, velika 4,5 krat 5,5 cm (40 ml), v predelu levega režnja je hiperehogeni vozliček, po končani mikciji ostaja v mehurju 150 ml rezidualnega urina.

Mentor in študent (specializant) naj razpravljata o:
- O spolnoinfektih pri moškem
- O usmerjeni anamnezi: simptomi spodnjih sečil: vrsti, trajanju, kakovosti bolnikovega življenja v zvezi z temi težavami; prejšnjih boleznih ali kirurških posegih; jemanju zdravil
- O boleznih, ki dajejo podobne simptome kot bhp
- O uporabi in pomenu vprašalnika ipss
- O urološko usmerjenem pregledu: pregled spodnjega dela trebuha, dimelj, zunanjega genitala in digitorektalni preged
- O pomenu digitorektalnega pregleda: ocena tonusa zunanjega sfinktra, otipamo morebitne hemoroidne vozličke, ocenimo velikost prostate, bolečnost, konsistenco in otipamo čvrste vložke, ter o vrednotenju pregleda in morebitnih zavajajočih dejstvih
- O analizi seča
- O določitvi serumske koncentracije kreatinina
- O določitvi serumske koncentracije psa
- O napotitvi bolnika na UZ trebušnih organov in sečil
- O pomožnih, vendar neobveznih preiskavah in dodatnih preiskavah, ki jih opravi urolog, če je potrebno pred kirurškim zdravljenjem, o nepotrebnih preiskavah
-O zdravljenju bolnika z bhp in ciljih zdravljenja
nadzorovanem opazovanju (watchful waiting)
zdravljenju z zdravili- kdaj, katera, zakaj, kako delujejo, kombinacije? o stranskih učinki zdravil
morebitnem kirurškem zdravljenju
- O zdravilih, ki poslabšujejo obstruktivne urološke znake
- O sočasnih boleznih in stanjih
- O terapevtskem načrtu in bolnikovem pristanku na zdravljenje

- O izobraževanju in vedenjskem ukrepanju prilagojenemu bolniku in svojcem.
- O priporočenih nefarmakoloških ukrepih oz. svetovanju spreminjanja zdravju škodljivih navad o uživanju alkohola .
- O uporabi fitopreparatov ali drugih dietnih pripravkov
pogovor o spolni aktivnosti na odprt, iskren in občutljiv način
pogovor o erektilni disfunkciji in uporabi sidenafila (o jasni kontraindikaciji, o potencialnih nevarnostih)
- O zdravilih in stanjih (pitje alkohola) ki oslabšujejo obstruktivne urološke znake in razen napredovanja bolezni same, lahko privedejo do zapore urina
- O vodenju bolnik s BHP: pogostosti kontrol, napotitvah

Didaktični cilji - študent

1

- Poznati pomen aktivnega iskanja bolnikov z BHP
- Poznati pomen pravočasnega prepoznavanja BHP
- Poznati simptome in znake (obstruktivn in iritabilne) spodnjih sečil (luts)
- Diagnostične postopke pri BHP
- Nefarmakološke in farmakološke metode zdravljenja
- Najpogostejše akutne zaplete BHP

2

- Poznati temeljne principe sporazumevanja z bolnikom
- Vedeti, da domače okolje pomembno vpliva na bolnikovo dojemanje bolezni in na sodelovanje pri zdravljenju in vodenju bhp
- Poznati pomen vključevanja (in prevzemanja odgovornosti) bolnika z BHP
- Poznati pomen stalnosti odnosa in pomen medsebojnega zaupanja za uspešno vodenje bolnika s BHP

3

- Poznati indikacije in nujnost napotitev k specialistu urologu in v bolnišnico
- Poznati najpogostejše akutne zaplete BHP

4

- Poznati pomen dejavnikov tveganja za nastanek zapletov pri BHP
- Poznati pomen nemedikamentoznega zdravljenja BHP
- Vedeti, da je bolezen progresivna in doživljenjska
- Poznati pomen družine in v določenih primerih heteroanamneze

5

- Zavedati se potrebe po racionalni porabi finančnih virov
- Vedeti, kdaj je potrebno sodelovanje s patronažno službo
- Poznati indikacije in trajanje bolniškega staleža pri zaposlenem bolniku s BHP
- Poznati postopek ocene pred IK

6

- Zavedati se različnega doživljanja bolezni pri bolnikih s bhp (poveličevanje, zanikanje) glede na etnično, socialno, kulturno, versko... okolje.
- Poznati pomen etičnih načel enakosti in bolnikove samostojnosti
- Znati oceniti bolnikovo socialno stanje, in morebitne zadržke ali prepričanja

Didaktični cilji - specializant

1

- Poznati in obvladati diagnostične preiskave pri BHP
- Poznati bolezni, ki dajejo simptome podobne BHP
- Poznati cilje zdravljenja
- Izvajati nemedikamentozne ukrepe pri bolniku s z BHP
- Znati svetovati o uporabi fitopreparatov in drugih dietnih preparatov
- Poznati in izvajati zdravljenje: kdaj nadzorovano opazovanje (watchful waiting) in kdaj zdravljenje z zdravili (kdaj, katera, zakaj, kako delujejo, stranski učinki)
- Indikacije za kirurško zdravljenje
- Znati izobraževati bolnika in svojce
- Obvladovati in upoštevati sočasne bolezni in stanja
- Poznati mora zdravila, ki povečajo obstruktivne urološke motnje
- Stanja in zdravila ki lahko povzročijo zaporo urina pri bolniku s BHP
- Znati nastaviti in voditi register bolnikov s BHP
- Obvladati delitev dela med primarnim in sekundarnim nivojem pri obravnavi bolnika s BHP (napotitve)

2

- Spoštovati bolnikovo avtonomijo (pravica do drugačnega mnenja in soodločanja)
- Znati vključiti bolnika s bhp v proces vodenja bolezni
- Z izobraževanjem bolnika in svojcev poskušati doseči spremembo nezdravega vedenjskega stila in zmanjšanje pojavnosti zapletov
- Bolnika prepričati o pomenu rednega jemanja zdravil
- Zgraditi partnerski odnos bolnik-zdravnik

3

- Bolniku povedati, da samo z njegovim sodelovanjem bhp uspešno vodimo
- Znati ukrepati pri zapletih BHP
- Biti kritičen do napotitev na sekundarni nivo in v bolnišnico

4

- Znati bolniku s bhp svetovati, kako odpraviti dejavnike tveganja
- Znati bolniku razložiti, da je cilj zdravljenja poleg obvladovanja bhp še nadzor in obvladovanje tistih dejavnikov ki so posledica življenjskega stila in na katere lahko vplivamo
- Vrednotiti vlogo družine in sorodnikov pri vodenju bolnika z BHP

5

- Znati ugotoviti življenjski slog bolnika in mu svetovati, kje so v okviru družine in skupnosti še možnosti za izboljšanje
- Vedeti mora kdaj in na kak način bo sodeloval s patronažno službo
- Znati zagotoviti kakovostno oskrbo bolnika s bhp tudi ob omejenih finančnih virih
- Se povezati z delodajalcem, ko gre za zaposlenega bolnika, ki zaradi zapletov BHP ne zmore več svojega dela
- Znati voditi bolniški stalež pri še aktivnem bolniku s BHP in zapletih
- Znati voditi postopek pred in po oceni na IK

- znati prepoznati bolnikova stališča ter pričakovanja glede bhp ter vpliv le-teh na
  anje in zdravljenje
- ben biti sprejeti bolnika takega, kot je (empatija)
- ravnavi bolnika s bhp upoštevati etična načela (enakost, bolnikova samostojnost)
- u znati svetovati v skladu z bolnikovimi socialnimi,kulturnimi in etičnimi načeli

LITERATURA:

1. *Benign Prostatic Hyperplasia. <http://www.merck.com/mmpe/sec17/ch240/ch240b.html>*
2. *Kert S, Tušek-Bunc K. Benigna hiperplazija prostate-problem staranja. IN. Poplas-Susič T. 10. Schrotovi dnevi. Medicinski razgledi 2006; 46 (suppl 1): 79-83.*
3. *Scroeder FH, Westerhof M, Bosch RJ, Kurth KH. Benign prostatic hyperplasia terated by castration or LH-RH analog buserelin: A report on 6 cases. Eur Urol 1986; 12 (5): 318-21.*
4. *Imperato-McGinley J, Peterson RE, Leshin M, Griffin JE, Cooper G, Draghi S, et al. Steroid 5 alpha-reductase deficiency in a 65-year-old male pseudohermaphrodite: the natural history, ultrastructure of the testes, and evidence for inherited enzyme heterogeneity. J Clin Endocrinol Metab. 1980; 50 (1): 15-22.*
5. *Berry SJ et al. The developement of human benign prostatic hyperplasia with age. J Urol 1984: 123 (3); 474-9.*
6. *Garraway WM, Collins GN, Lee RJ. High prevalence of benign prostatic hypertrophy in the community. Lancet 1991; 338: 469-71.*
7. *Barry M, Roehrborn C. Management of benign prostatic hyperplasia. Annu Rev Med 1997; 48: 177-89.*
8. *McConnell JD. Benign prostatic hyperplasia: diagnosis and treatment. Benign Prostatic Hyperplasia Guideline Panel. Rockville, Md.: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1994; Clinical practice guideline no. 8, AHCPR publication no. 94-0582.; Austin O, Ricer RE. Prostate cancer screening: an appraisal of the PSA test. Fam Pract Recert 1996: 18: 81-91.*
9. *Kobe V, Dekleva A, Kordaš I, Lenart F, Širca A, Velepič M. Anatomija. Splanchnologija. Integumentum commune. Skripta za študente IV. del. Ljubljana 1987; 134.*
10. *Benign Prostatic Hyperplasia. <http://www.merck.com/mmpe/sec17/ch240/ch240b.html>).*
11. *Ilkka Kunnamo. Na dokazih temelječe medicinske smernice. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine; 2006: 348-50.*
12. *Oblak C. Diagnostični postopek in zdravljenje benigne hiperplazije prostate. V: Švab I, Rotar-Pavlič D, Gradišek A eds. Novosti s področja urologije: suplement/Srečanje skupin v osnovnem zdravstvu. Izbrani zdravnik in ambulantno vodenje bolnika. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino pri Slovenskem zdravniškem društvu, 2001: 29-31.*

13. *Dull P, Reagan RW, Bahnson RR. Managing Benign Prostatic Hyperplasia. Am Fam Physician 2002; 66: 77-84, 87-8.*
14. *McConnel JD. The patophysiology of BHP. J Androl 1991; 12: 356-63.*
15. *Nickel JC. The overlapping LUTS/BHP and prosatitis. Curr Opin Urol 2006; 16: 5-10.*
16. *Barry MJ, Fowler FJ Jr, O'Leary MP, Bruskewitz RC, Holtgrewe HL, Mebust WK, et al. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. The Mea surement Committee of the American Urological Association. J Urol 1992; 148: 1549-57.*
17. *Kelly CE, Evaluation of Voiding Dysfunction and Measurement of Bladder Volume Rev Urol. 2004; 6 (1): S32-S37.*
18. *Lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia. Ministry of Health. Singapore: 2005. http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=6569&nbr=004131&string=benign+AND+prostatic+AND+hypertrophy*
19. *Benign Prostatic Hyperplasia. National Guideline Clearinghouse. <http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=3740&nbr=002966&string=benign+AND+prostatic+AND+hypertrophy>*
20. *Heyriman J (ed). The EURACT Educational Agenda. European Academy of Teachers in General Practice EURACT, Leuven 2005.*
21. *Bilban M. Medicina dela. ZVD, Ljubljana 1999.*
22. *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list RS, Ljubljana 9/1992.*
23. *Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Uradni list RS, Ljubljana 12/92, 5/94,7/96.*

BOLNIK S KRONIČNO OBSTRUKTIVNO PLJUČNO BOLEZNIJO - KOPB

Davorina Petek

UVOD

Kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB) je pomemben vzrok kronične obolevnosti in smrtnosti po celem svetu. Zaradi povečane porabe tobaka in naraščajoče življenjske dobe človeštva se incidenca te bolezni povečuje in v naslednjem desetletju pričakujemo, da se bo uvrstila na tretje mesto vzrokov umrljivosti.
Zdravnik običajno odkrije bolnika v napredovali fazi bolezni, kar zelo poslabša uspehe zdravljenja in vpliva na neugodni potek. Bolniki so zaradi stopnjujoče se dispnee, ki je ob odkritju velikokrat prisotna že v mirovanju, v svojem življenju znatno onesposobljeni. Zato je pomemben aktivni pristop zdravnika, ki naj glede na prisotnost dejavnikov tveganja išče zgodnje znake bolezni med ogroženo populacijo. Hkrati lahko zmanjša neugodni potek le s celostnim pristopom k zdravljenju te bolezni. Svoje dejavnosti naj usmerja na področje preventive, saj je zmanjševanje kajenja kot poglavitnega dejavnika tveganja pomemben ukrep v zmanjševanju incidence bolezni. Z osveščanjem o pomenu prenehanja kajenja lahko prepreči razvoj bolezni ali upočasni neugodni potek.

1.VODENJE PRIMARNE OSKRBE

Študent

Študent naj se zaveda svetovnega trenda naraščanja incidence KOPB. Pozna naj možnost, ki jo ima zdravnik družinske medicine, da ob obisku bolnika – dolgoletnega kadilca - aktivno išče zgodnje znake KOPB. Poudarek je na zavedanju aktivnosti iskanja (stališče) in manj na poznavanju znakov, kar sodi v osnovno znanje o bolezni. Pozna naj načine sporazumevanja za pridobitev ustreznih informacij o simptomih bolezni (veščina), pomen spirometrije in bronhodilatatornega testa v diagnostiki ter možnosti izvedbe preiskave na različnih nivojih (znanje). Pozna naj značilnosti oskrbe kroničnega bolnika (znanje) in osnove deljene oskrbe s specialistom, posebej pri hujših stopnjah bolezni. Ugotavlja naj prisotnost sočasnih bolezni na zdravljenje KOPB. Vse vidike oskrbe spozna na seminarjih na Katedri za družinsko medicino, pri predstavitvi seminarja Hišni obisk in med delom pri mentorju

v ambulanti. Pozna naj zdravnikove sodelavce pri oskrbi kroničnega bolnika (patronažna služba, sodelovanje med nivoji). Priporočljivo je, da gre s patronažno sestro na hišni obisk.

Specializant

Specializant mora vedeti, da je potreben aktivni pristop, ker bolniki ne iščejo pomoči v zgodnji fazi bolezni. Pozna epidemiološke značilnosti KOPB v svetu in kajenja v Sloveniji. Zdravnik družinske medicine (DM) aktivno išče simptome, ki kažejo na morebiten razvoj KOPB in obvlada veščino sporazumevanja pri pridobivanju podatkov. Razen na tri poglavitne simptome (kronični kašelj, izkašljevanje sluzi, zadihanost ob normalnih opravilih ali večja zadihanost v primerjavi z vrstniki), naj bo pozoren na dolgotrajne prehlade, podaljšan kašelj po infektu, respiratorni infekt s prehodno obstrukcijo dihalnih poti. Pri tem lahko uporablja vprašalnike, ki so prilagojeni za uporabo na osnovnem nivoju, npr. IPAG vprašalnik (1) in MRC lestvica dispneje.
Poznati mora diferencialne diagnoze: astmo, levostransko srčno popuščanje, bronhiektazije, obliterativni bronhiolitis (znanje).
Specializant naj ve, da je za diagnozo potrebna spirometrija, ki je v večini ambulant DM v Sloveniji, pa tudi drugje v Evropi, še ne izvajajo sami in je potrebno bolnika napotiti na sekundarni nivo. Specializant naj razmisli o možnostih izvedbe spirometrije v lokalnem okolju in o možnosti izvajanja preiskave v ambulanti DM. Obvlada naj veščino interpretacije rezultata preiskave in pozna izvedbo ter pomen bronhodilatatornega testa. Veščine se nauči med kliničnim kroženjem. Nadaljna diagnostika obstruktivnega sindroma je v rokah pulmologa.
Specializant naj zna za bolnika narediti načrt zdravljenja in predvideti pogostnost kontrol v mirni fazi bolezni. Klinično vodenje bolnika naj vsebuje:
1. Zmanjšanje simptomov in stabilizacijo bolezni
2. Preprečevanje napredovanja bolezni z zmanjšanjem/odpravo dejavnikov tveganja
3. Zdravljenje bolezni v stabilni fazi
4. Preprečevanje in zdravljenje poslabšanja glede na stopnjo in vzrok poslabšanja
5. Občasne kontrole pljučne funkcije, ker se sčasoma pričakuje njeno

poslabšanje.
6. Cepljenje proti gripi in ev. proti pnevmokoku
Za dosego teh ciljev potrebuje klinično znanje in veščino sporazumevanja. Uporablja ustrezno podporo odločanju (smernice, priporočila, opomniki za ukrepanje).
Napravi koncept zdravstvene oskrbe : strokovne time, ki so potrebni za zdravstveno varstvo bolnika s KOPB, predvidi kontrole za spremljanje bolezni in prouči dostopnost zdravnika v primeru akutnega poslabšanja.
V ambulanti naj vzpostavi register bolnikov s KOPB (veščina). Poseben organizacijski vidik predstavlja organizacija hišnih obiskov pri nepokretnih bolnikih, bolnikih s trajnim zdravljenjem s kisikom na domu in v primerih akutnega poslabšanja. Te veščine in znanja specializant pridobiva na modulu Kronične bolezni. Kako narediti register je ena od domačih nalog modula.

2. V OSEBO USMERJENA ZDRAVSTVENA OSKRBA

Študent

Študent naj pozna pomen stalnosti in razvoja dolgotrajnega odnosa med zdravnikom in bolnikom s kronično boleznijo z upoštevanjem profesionalizma. Pozna naj značilnosti pristopa, usmerjenega v bolnika, prednosti vključevanja bolnika v načrt zdravljenja in poučevanja o bolezni. Ta teoretska izhodišča spozna med seminarji na Katedri in iz učbenika Družinska medicina (2), v praksi pa jih opazuje in izvaja v mentorjevi ambulanti. O tem lahko z mentorjem razpravlja ob primeru.

Specializant

Specializant naj obvlada poučevanje bolnika ob odkritju bolezni, tako glede značilnosti bolezni kot glede ukrepov, ki so potrebni, da bo potek bolezni ugoden (veščina). Ve naj, da bolniki v začetnih fazah bolezni življenje prilagodijo svoji zmanjšani zmogljivosti, zato motivacija za spremembe življenjskega sloga ni zelo velika. Izkoristi dolgotrajnost odnosa in poskuša izboljševati motivacijo bolnika za zdravstvene ukrepe. Bolnika zna vključiti v načrt zdravljenja in mu objasniti, da je zelo veliko odvisno od njega. Usposobi ga za samooskrbo. Zaveda se, da zdravnik potrebuje nekaj vztrajnos-

da skupaj z bolnikom dosegata cilje, ki so postavljeni v soglasju obeh. Ohranja profesionalni odnos pri težavnih bolnikih, ki slabo sodelujejo pri zdravljenju (stališče). Ravna po etičnih načelih (veščina) in spoštuje bolnikovo željo po avtonomiji.

3. SPEČIFIČEN NAČIN REŠEVANJA PROBLEMOV

Študent

Študent naj se zaveda možnosti aktivnega pristopa zdravnika družinske medicine in nivojev diagnostičnih postopkov. Razmišlja naj tudi o razlikah v dostopnosti preiskav na različnih področjih države. Ugotovi naj, da je poznavanje bolnika posebej pomembno pri presoji ukrepov v akutnem poslabšanju in naj pozna vpliv sočasnih bolezni na načrtovanje zdravljenja.

Specializant

Specializant naj ob pregledu kadilca aktivno išče simptome KOPB z usmerjeno anamnezo. Zavedati se mora, da je splošno znanje o KOPB v skupnosti slabo in da bolniki sami običajno ne želijo preiskav pljučne funkcije. Ob ugotovitvi simptomov KOPB začne diagnostiko na osnovnem nivoju, ob izključitvi drugih diferencialnodiagnostičnih možnosti in jo potrdi na specialističnem nivoju. Začetno diagnostiko lahko vodi samostojno ali napoti k specialistu, če tudi za osnovne preiskave (spirometrija, rtg pc, lab, EKG) ni ustrezne možnosti. Ob potrditvi diagnoze samostojno vodi blage stopnje KOPB in spremlja pljučno funkcijo z občasno ponovitvijo spirometrije, hujše stopnje pa v sodelovanju s pulmologom. Pri zdravljenju se zaveda, da je prenehanje kajenja najučinkovitejša metoda za upočasnitev poslabšanja. Ker pozna bolnika, laže presoja, koliko bolnika ogroža akutno poslabšanje. Pri tem so posebej pomembne sočasne bolezni (npr. srčno popuščanje, aritmije, sladkorna bolezen). Specializant naj zna voditi oskrbo bolnika s sočasnimi boleznimi in presojati, kakšen je pomen posameznih bolezni in stanj za celotno zdravje bolnika (znanje).
Pri pojavu akutnega poslabšanja presodi, kdaj je potrebna takojšnja napotitev. Včasih se odloči le na podlagi klinične ocene (dihalna stiska), na

voljo je lahko še pulzna oksimetrija, laboratorijska določitev pokazateljev vnetja in (različno hitro dostopen) rtg pc. Odločanje večkrat temelji le na klinični sliki kot na vseh naštetih preiskavah (znanje + veščina).

4. CELOSTEN PRISTOP

Študent

Študent mora vedeti, da je pomembna lastna skrb bolnika za njegovo zdravje (stališče). Ve naj, da sodi kadilski status med obvezne informacije, ki jih zdravnik DM zapiše v kartoteko vsakega bolnika in da je kajenje glavni dejavnik tveganja za KOPB. Pozna načine, s katerimi lahko zdravnik DM pomaga bolniku pri prenehanju kajenja (znanje). Znanje pridobi tekom vaj iz DM, kjer posluša/pripravi seminar Preventivni programi in Zdrav življenjski slog in se uči osnovnih veščin sporazumevanja. Motivacijske intervjuje ima priliko videti in izvajati v mentorjevi ambulanti (veščina). Koristno je, če obišče kakšno preventivno delavnico, ki je organizirana v sklopu Nacionalnega programa za preprečevanje srčno-žilnih bolezni.
Poznati mora vpliv sočasnih bolezni na zdravstveno stanje bolnika in možnost razvoja drugih bolezni, prav tako povezanih s kajenjem kot dejavnikom tveganja (znanje). Zavedati se mora, da je včasih potrebno vključiti v tim za oskrbo bolnika tudi specialiste drugih strok (npr. kardiologe, diabetologe). Posebej naj se zaveda pomena rehabilitacije pljučnega bolnika in skrbi za vzdrževanje telesne mase in fizične kondicije (znanje).

Specializant

Specializant družinske medicine (DM) mora vedeti, da lahko z zmanjševanjem kajenja pri svojih bolnikih zelo uspešno deluje na zmanjševanje incidence KOPB (3).
Opredelitev tveganja za KOPB zaradi kajenja (veščina):
Poznati mora tveganje za KOPB, ki ga prinaša kajenje. Individualno obremenitev s kajenjem naj opredeli s pomočjo škatlic-let kajenja (pack-years). Pozna naj pomen spirometrije pri kadilcih, ki kadijo vsaj 15 let po eno škatlo dnevno in pozitivne učinke prenehanja. To znanje pridobi v poteku specializacije (modul Kronične bolezni, klinični del kroženja na oddelkih interne

(medicine) in iz ustrezne literature, kot so smernice GOLD (4) in slovenska priporočila za obravnavo bolnikov s KOPB (5).

Pomoč pri odvajanju od kajenja (veščina)

Ve naj, da programi za odvajanje od kajenja upoštevajo vidike telesne in psihične odvisnosti. V tem procesu zdravnik podpira bolnika po načelih motivacijskega kroga in z upoštevanjem bolnikove zmožnosti in pripravljenosti za prenehanje kajenja. Naučiti se mora uporabe različnih načinov pomoči pri odvajanju od kajenja:

Kratko individualno svetovanje kadilcu s podporo v procesu vzdrževanja nekaje

Preventivne CINDI delavnice v okviru Nacionalnega programa za preprečevanje srčno –žilnih bolezni

Svetovanje uporabe pripravkov, ki bodisi zmanjšujejo odtegnitvene simptome (nikotinski obliži, nikotinski žvečilni gumiji) ali željo po kajenju

Veščino svetovanja in motiviranja za prenehanje kajenja pridobi na modulih Sporazumevanje 1,2 in ob delu v mentorjevi ambulanti. Smiselno je, da obišče kakšno preventivno delavnico za bolnike, ki je organizirana v sklopu Nacionalnega programa za preprečevanje srčno-žilnih bolezni.

Zaveda naj se, da uspešnost v odstotkih ni visoka, da gre za proces spreminjanja in da je enako potrebna podpora pri vzdrževanju spremembe. Zaveda naj se, da je zaradi dolgotrajnosti oskrbe zdravnik DM najbolj poklican, da pomaga bolniku prenehati kaditi in vzdržati pri spremembi. Izoblikuje naj stališče, kjer bolnika ne obtožuje zaradi neuspešnih poskusov ali pomanjkljive volje do prenehanja kajenja (stališče).

Specializant mora znati bolnika s KOPB temeljito poučiti o njegovi bolezni, ki je med ljudmi manj poznana kot npr. nekatere druge kronične bolezni. Znati mora osvestiti bolnika o skrbi za lastno zdravje, poudariti mora pomen redne telesne aktivnosti, o kateri se zna pogovoriti individualno in svetovanje prilagoditi bolnikovim omejitvam. Priporoča naj redno cepljenje proti gripi in pnevmokoku. Prav tako svetuje o primerni prehrani (veščina). Oceni kvaliteto bolnikovega življenja ob upoštevanju okoliščin in bolnikovih ciljev (veščina), zdravi sočasne telesne bolezni in duševne motnje (znanje). Depresijo kot najpogostejšo duševno motnjo ugotavlja s pomočjo presejalnih vprašanj za odkrivanje depresije (veščina).

Glede na potrebe vključi tudi druge strokovnjake v tim za oskrbo bolnika (patronažno službo, specialista medicine dela, druge specialiste).

5. USMERJENOST V SKUPNOST

Študent

Študent mora vedeti, da so v skupnosti različne možnosti organiziranih delovanj, ki lahko bolniku pomagajo pri izboljševanju zdravja. Zavedati se mora, da je potrebno bolnika zdraviti v skladu s strokovnimi priporočili in finančnimi zmožnostmi v družbi (stališča) ob poznavanju in upoštevanju načel smotrnega predpisovanja zdravil (znanje + veščina).
Poznati mora pomen podpore domačega okolja. S pomočjo uporabe družinskega kroga ali družinskega Apgarja mora znati opredeliti družinske razmere in položaj bolnika v njej (veščina). Zavedati se mora vpliva bolezni in okrnjenega zdravja na bolnikovo delazmožnost in poznati osnovna pravila bolniškega staleža ter pravic iz invalidske ocene (znanje). Oceno delovanja družine se nauči iz učbenika Družinska medicina (2) in na seminarjih na Katedri. Znanje o oceni delazmožnosti pridobi tako, da prebere poglavje o bolniškem staležu v učbeniku Medicina dela (6), na Katedri sodeluje pri seminarju o delazmožnosti in v mentorski ambulanti pregleda medicinsko dokumentacijo bolnika s KOPB, ki je bil v bolniškem staležu ali predstavljen invalidski komisiji.

Specializant

Specializant mora poznati in znati izkoristiti možnosti, ki jih za bolnikovo zdravje ponuja skupnost– bodisi na področju organizirane telesne vadbe, programov za odvajanje kajenja ali skupin za samopomoč, če obstajajo. Zavedati se mora, da je potrebno bolnika zdraviti v skladu s strokovnimi priporočili in finančnimi zmožnostmi v družbi (stališča). Upoštevati mora načela smotrnega predpisovanja zdravil ob upoštevanju strokovnih priporočil in pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (spremljanje Občasnika Zavoda za zdravstveno zavarovanje). Tematika je zajeta tudi v modulu Predpisovanje zdravil. Poznati mora bolj ogrožene skupine prebivalstva za KOPB (socialno šibki, kadilci).
Tako v poučevanje glede prehrane kot v načrt telesne aktivnosti vključi tudi družinske člane. Zelo pomembna je družina pri preprečevanju duševnih motenj, predvsem razvoja depresije. Okolje bolnika je podpora, ki jo rabi pri

spremembah načina življenja, ki jih bolezen zahteva. Specializant naj se nauči, da je pomembno biti seznanjen z razmerami v družini in z vlogo, ki jo bolnik ima v svoji družini (veščina).
Pri aktivnih bolnikih se mora seznaniti z vrsto in naravo dela, predvsem glede telesne zahtevnosti, ki lahko postane ob višji stopnji prizadetosti bolnika pretirana in morebitnih škodljivih mikroklimatskih okoliščinah (prah, temperaturni ekstremi) na delovnem mestu (veščina). V primeru neprimernega delovnega okolja mora poznati postopke za spremembo delovnega mesta in za oceno preostale delazmožnosti. Prav tako mora biti usposobljen individualno presojati o bolniškem staležu ob akutnem poslabšanju (znanje). Za to mora poznati navodila Zavoda za zdravstveno zavarovanje v zvezi z bolniškim staležem za določena bolezenska stanja, stopnje invalidnosti ter kriterije za oceno potrebe po dodatku za pomoč in postrežbo v primeru velike onesposobljenosti bolnika (npr. pri trajnem zdravljenju s kisikom na domu) (*7*).
Specializant naj ve, da lahko neugodne socialne okoliščine vplivajo na odločitve o zdravljenju. Po potrebi se poveže z regionalno socialno službo. Zaveda naj se pomena pomoči svojcev v primeru, ko je zaradi bolezni prizadeta sposobnost posameznika za samooskrbo. Znati mora oceniti družinske razmere in sposobnost nudenja pomoči v primerih poslabšanja stanja (veščina). Brez domače podpore je pri starejših ali bolj prizadetih bolnikih potrebna hospitalizacija ali ureditev dolgoročne pomoči v okviru domskega varstva.

6. CELOVITO OBLIKOVANJE MODELOV

Študent

Študent naj se zaveda, da incidenca KOPB narašča in da lahko privede do hude onesposobljenosti bolnika (znanje). Ve naj, da bolezen vpliva na kvaliteto življenja bolnika glede na osebnostne lastnosti in socialno okolje in da bolniki različno doživljajo bolezen in onesposobljenost. Študent naj ve, da je potrebno spremljanje kakovosti dela zdravnika s pomočjo spremljanja različnih kazalnikov. Pozna naj temeljna etična načela zdravnikovega dela: pravičnosti v porazdelitvi oskrbe, pravice bolnika do avtonomije, dobronamernosti (stališča). Pozna naj pomen celovitega pristopa, ki ne zajema

le jemanja zdravil ampak tudi druge ukrepe in skrb za zdrav ali izboljšan življenjski slog..

Specializant

Specializant mora prepoznati vpliv doživljanja bolezni, slabše telesne zmogljivosti, socialne izolacije v napredovalih fazah na kvaliteto bolnikovega življenja. Upoštevati mora njegovo socialno in materialno okolje (veščina). Spremljati mora rezultate svojega dela tudi pri obravnavi bolnikov s KOPB. Vzpostavi naj register kroničnih bolnikov. Kazalniki kakovosti na področju KOPB zaenkrat niso izdelani. Lahko pa spremlja: nadzor nad pravilno uporabo inhalacijskih zdravil, zapis o izvedenem svetovanju o prenehanju kajenja, napotitev na program odvajanja kajenja, število poslabšanj KOPB (potreba po antibiotiku, po hospitalizaciji, po obisku specialista). Za opredelitev obremenitve zbira podate o številu obiskov, napotitvah, opravljenih preiskavah. Hkrati naj zavzame stališče do etičnih dilem ob vodenju bolnikov (pravičnost v oskrbi, avtonomija bolnika, dobronamernost zdravnika).

Primer:

59 letni bolnik, po poklicu referent. 15 let se zdravi zaradi arterijske hipertenzije, sladkorne bolezni tipa 2, večkrat ugotovljeni mejno povišani jetrni testi ob anamnezi tveganega pitja alkohola. Kadilec od mladosti (40 let, po škatlico dnevno).

Pred 10 leti je imel prvič akutni bronhitis, ob tem je težko dihal. Z natančnejšo anamnezo izvemo, da kašlja vsako jutro, da izkašlja nekaj sluzi, kar ga ne moti posebno. Akutni infekti dihal so po podatkih iz kartoteke dokaj pogosti.

Pred 7 leti je bil prvič napoten k pulmologu, ki je napravil spirometrijo in ugotovil obstrukcijsko motnjo ventilacije (Tiff 54, FEV1 –39%).

Študent/specializant naj opredeli potek diagnostike, kaj na primarni in kaj na sekundarni ravni.

Napravi naj načrt zdravljenja KOPB in ukrepe glede ostalih zdravstvenih težav ob upoštevanju bolnikovih želja in prioritet.

Upošteva naj možnost dolgotrajnega delovanja na motivacijo za spremembo življnjskega sloga in si zamisli, katere vire pomoči v skupnosti bi predlagal bolniku.

Oceni naj možnost pomoči ljudi v skupnosti (družina?), okrnjenost delazmožnosti in kakovost bolnikovega življenja.

Razpravlja naj o svojih stališčih do bolnika s številnimi nezdravimi življenjskimi navadami in boleznimi, ki so povezane z njimi.

Didaktični cilji - študent

1

- Poznati prednosti odprtega prvega stika zdravnika družinske medicine z bolnikom s KOPB.
- Poznati epidemiološke trende KOPB (naraščanje prevalence, pozno odkrivanje bolnikov s KOPB, odkrivanje v napredovali fazi bolezni
- Poznati glavne dejavnike tveganja za KOPB
- Poznati znake, ki kažejo na verjetnost KOPB
- Poznati osnovne diagnostične postopke pri sumu na KOPB
- Vedeti, da diagnostika poteka v sodelovanju s specialističnim nivojem, zdravljenje pa po po principih oskrbe kronične bolezni
- Poznati znake akutnega poslabšanja in ukrepe
- Vedeti, kdaj je potrebna napotitev na sekundarni nivo
- Poznati možnosti sodelovanja z drugimi strokovnjaki: pulmologom, patronažno službo (posebej pri TZKD)

2

- Poznati značilnosti pristopa, usmerjenega v bolnika
- Poznati prednosti vključevanja bolnika v načrt zdravljenja (boljše sodelovanje bolnika, boljša usposobljenost za ukrepe, ojačanje bolnika)
- Poznati pomen veščine sporazumevanja ob motiviranju bolnika za prenehanje kajenja
- Poznati pomen stalnosti in razvoja dolgotrajnega odnosa zdravnik/bolnik s kronično bo leznijo z upoštevanjem profesionalizma

3

- Vedeti, da zdravnik družinske medicine aktivno išče simptome KOPB pri kadilcih
- Pozna diferencialno diagnostični pristop k opredelitvi simptomov, ki bi lahko bili posledica KOPB
- Se zavedati, da je potrebno izkoristiti trajnost odnosa z bolnikom za pritegnitev k zdravljenju s skupnimi cilji
- Poznati značilnosti dolgotrajnega vodenja bolnika s KOPB in pomen spremljanja pljučne funkcije
- Se zavedati, da so diagnostične možnosti opredelitve stopnje akutnega poslabšanja KOPB na osnovnem nivoju različne in omejene in da se zdravnik odloči o ukrepu (na potitvi) tudi glede na te možnosti.

4

- Vedeti, da je zelo pomembna lastna skrb bolnika za njegovo zdravje
- Poznati možnosti preventivnega delovanja zdravnika DM na področju zmanjševanja dejavnikov tveganja že pred pojavom bolezni
- Poznati možnosti pomoči pri odvajanju od kajenja
- Se zavedati, da je lahko potrebna vključitev drugih članov tima – patronažna služba, specialist medicine dela...)
- Poznati možnosti razvoja drugih bolezni, ki so prav tako pogostejše pri kadilcih – pred vsem koronarne bolezni
- Poznati vpliv sočasnih bolezni na zdravstveno stanje bolnika

5

- Poznati možnost uporabe organiziranih preventivnih programov v skupnosti
- Poznati pomen in uporabnost raznih društev za pomoč bolnikom
- Poznati možnosti rehabilitacijskih programov v skupnosti
- Poznati mora načela smotrnega predpisovanja zdravil in racionalno uporabo diagnostičnih metod ter napotitev
- Se zavedati problemov v zvezi z vplivom dela na bolezen in obratno
- Poznati pomen podpore družine bolnika

6

- Različno doživljanje bolezni, onesposobljenosti, vpliva na kvaliteto življenja bolnika s KOPB glede na osebnostne lastnosti in socialno okolje , iz katerega izvira
- Razmišljanje o etičnih dilemah v zvezi z zdravljenjem KOPB

Didaktični cilji - specializant

1

- Poznati epidemiološke značilnosti KOPB in trend naraščanja incidence.
- Pri dolgoletnih kadilcih aktivno iskati znake/simptome KOPB
- Pri ogroženih bolnikih opraviti ali jih napotiti na spirometrijo
- Znati interpretirati rezultate spirometrije in vrednotiti bronhodilatatorni test
- Poznati ostale diagnostične postopke za dokončno potrditev diagnoze, ki jo postavi pulmolog
- Poznati najpogostejše diferencialne diagnoze (srčno popuščanje, astma...)
- Obvladati načine zdravljenja in spremljanje bolnika v stabilni fazi bolezni in v akutnem poslabšanju
- Ugotoviti akutno poslabšanje KOPB po klinični sliki in ustrezno ukrepati. Poznati najpogostejše vzroke za akutno poslabšanje KOPB in predpisati ustrezen antibiotik, če je vzrok poslabšanja bakterijsko vnetje dihal.
- Sodelovati s patronažno službo, če je potre[illegible]zdravljenje na domu
- Voditi bolnike s trajnim zdravljenjem s kisikom na domu

2

. Obvladati veščine sporazumevanja na različnih nivojih: sporočanje diagnoze, poučevanje o značilnosti bolezni, motiviranje za prenehanje kajenja z upoštevanjem spo sobnosti in pripravljenosti bolnika za spremembo.
- Pripraviti načrt zdravljenja in vanj vključiti bolnika,
- Usposobiti bolnika za prepoznavanje poslabšanja in za ustrezno ukrepanje
- Upoštevati in reševati težave pri izvajanju načrta zdravljenja in spremembah življenjskega sloga
- Spoštovati in ustrezno ravnati ob bolnikovi želji po avtonomiji
- Ohranjati profesionalni odnos pri težavnih bolnikih, ki ne sodelujejo pri zdravljenju

3

- Izkoristiti možnost aktivnega iskanja KOPB z usmerjeno anamnezo pri kadilcih
- Upoštevati slabo splošno znanje o KOPB v skupnosti
- Racionalno napotiti na preiskave ob sumu na KOPB z izključitvijo najpogostejših diferencialno diagnostičnih možnosti (spirometrija, laboratorij, EKG, rtg pc),
- Uporabiti stalnost odnosa z bolnikom za pritegnitev bolnika k zdravljenju (r[illegible]emanje zdravil, telesna aktivnost, zdrava prehrana, prenehanje ali vzdrževanje nekajenja)
- Dolgoročno redno spremljati pljučno funkcijo s spirometrijo in klinično oceno stanja
- Vedeti, da ima ob klinični diagnozi akutnega poslabšanja možnost pulzne oksimetrije, laboratorijske določitve pokazateljev vnetja in različno hitro dostopen rtg pc. Glede na prizadetost bolnika, dodatne dejavnike tveganja in dostopnost do preiskav se odloča o napotitvi v bolnišnico. Večino poslabšanj obvlada sam. Ustrezno napotititi za hospitalno zdravljenje v primeru hujšega poslabšanja pljučne funkcije.

4

- Delovati preventivno z osveščanjem kadilcev o škodljivih učinkih kajenja in jim nuditi strokovno pomoč za prenehanje kajenja z različnimi metodami, ki jih izbere individualno glede na bolnika (kratko svetovanje, napotitev na delavnice za zdrav življenjski slog in prenehanje kajenja, predpis pripomočkov za prenehanje kajenja

- Predlagati in izvesti ustrezna cepljenja (gripa, pnevmokok)
- Oceniti kvaliteto bolnikovega življenja glede na okrnjenost zdravja, bolnikove cilje in življenjske okoliščine
- Aktivno iskati in zdraviti depresivno motnjo
- Po potrebi vključiti druge člane tima: patronažno službo, specialista medicine dela
- Upoštevati bolnikove materialne pogoje ob potrebi za nego na domu
- Voditi dokumentacijo glede predlaganih in izvedenih ukrepov (zdravljenje, svetovanje, cepljenje, kadilski status, število akutnih poslabšanj)

5

- Poznati in svetovati organizirane programe v skupnosti za zdrav življenjski slog glede na potrebe bolnika (organizirani programi telesne vadbe, poučevanje o zdravi prehrani, delavnice za odvajanje kajenja)
- Vključiti družino v podporni funkciji bolnika ob upoštevanju bolnikove vloge v družini
- Ukrepati v primeru, da bolnik dela v neustreznem mikroklimatskem okolju ali opravlja glede na stanje fizično prezahtevno delo
- Glede na okoliščine povezati s socialno službo, iskati neformalne oblike pomoči (negovalci, prostovoljci...)
- Poznati program delovanja Društva pljučnih bolnikov, posebej v lokalnem okolju
- Upoštevati racionalnost pri predpisovanju zdravil, koriščenju diagnostičnih postopkov in napotitev, glede na naraščajočo incidenco predvideti povečanje potreb (npr. po rehabilitacijskih programih)

6

- Prepoznati vpliv doživljanja bolezni, slabše telesne zmogljivosti, socialne izolacije v na predovalih fazah na kvaliteto bolnikovega življenja. Upoštevati njegovo telesno, duševno stanje ter socialno in materialno okolje
- Zavzeti stališče do etičnih dilem pri obravnavi KOPB (načelo pravičnosti, bolnikove avtonomije...)

LITERATURA:

1) *PETEK, Davorina, KOPČAVAR GUČEK, Nena. Obravnava bolnikov s KOPB v ambulanti družinske medicine. V: KERSNIK, Janko (ur.). Ulkusna bolezen, hipertenzija, zaščitni dejavni ki zdravil na mikrocirkulacijo, kopb, astma, možganska kap : zbornik predavanj, (Zbirka PiP). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2004, str. 69-74.*
2) *Švab I, Rotar Pavlič D eds. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenskega zdravniškega društva 2002.*
3) *Turel M. kajenje, KOPB, odvajanje in še kaj. Med. razgl., Suppl., (Medicinski razgledi), 2006, letn. 45, suppl. 1, str. 133-137.*
4) *Global initiative for chronic obstructive lung disease. Pocket guide to COPD diagnosis, management and prevention. A guide for health care professionals. Revised december 2006. Dosegljivo na URL 3.5.2007: http://www.goldcopd.org/Guidelineitem.asp?l1= 2&l2=1&intId=1116, 3.5.2007*
5) *Fležar M. Kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB) – zgodnja diagnostika in pristop k bolniku.7. Schrottovi dnevi.Medicinski razgledi 2004; 43: S1: 109-113*
6) *Bilban M. Medicina dela. ZVD, Ljubljana 1999*
7) *Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Uradni list RS, Ljubljana 12/92, 5/94,7/96.*

POSEBNE SKUPINE-DOJENČKI IN PREDŠOLSKI OTROCI

Franci Božiček

UVOD

Skrb za zdravje otrok je temeljna naloga vsake sodobne družbe(1). Sestoji iz preventive in kurative.

Po danes še veljavni zakonodaji (ki bo za področje vloge zdravnika družinske medicine v zdravstvenem varstvu otrok, v bodočnosti morala skozi kritično presojo strok) je izbrani osebni zdravnik dojenčkov in predšolskih otrok (otroci), praviloma zdravnik pediater in/ali šolski zdravnik in le izjemoma zdravnik družinske medicine.

V praksi je predvsem na podeželju, zdravnik družinske medicine pogosto izbrani zdravnik otrok, pri njih pa opravlja največkrat le kurativo, in v bistveno manjšem obsegu preventivo; le-te največ v celjski regiji, kjer zdravniki družinske medicine predstavljajo 37 % zdravnikov, kateri opravljajo preventivo predšolskih otrok.

Zdravnik se srečuje v različnih področjih delovanja z različno organizacijo zdravstvenega varstva otrok (lahko le občasno in v dežurni službi, lahko so otroci njegovi pacienti, a pri njih opravlja le kurativo, lahko pa opravlja kurativo in preventivo).

Preventiva je pomemben segment zdravstvenega varstva v predšolskem obdobju, saj lahko z ustreznimi ukrepi že v času nosečnosti in nato od rojstva otroka naprej zmanjšamo tveganje za nastanek različnih zdravstvenih problemov v kasnejših življenjskih obdobjih(2).

Obseg preventivnih programov je določen v pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja, njihova vsebina ter kadrovski normativ, ki je osnova za izvajanje načrtovanega zdravstvenega varstva predšolskih otrok, pa sta opredeljena v navodilu za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni(2).

Cilji nacionalnega preventivnega programa varovanja otrok, so izboljšanje telesnega in duševnega zdravja otrok, pravočasno ugotavljanje in preprečevanje zbolevnosti, invalidnosti in umrljivosti, prepoznavanje dejavnikov tveganja za zdravje, spodbujanje otrok in staršev ali skrbnikov (starši), za zdrav življenjski slog, preprečevanje tveganega vedenja, spremljanje rezultatov preventivnih programov ter sprotno oblikovanje več učinkovitih ukrepov, zagotavljanje pravic, ki izhajajo iz ustave, konvencije o otrokovih pravicah in veljavne zakonodaje(2).

Ministrstvo za zdravje določa obseg in organizacijo preventivnega varstva, nadzor nad preskrbljenostjo in dostopnostjo ter financiranje teh storitev. Izvajalci preventivnih programov so zdravstveni delavci, bodisi v javnih ustanovah ali zasebniki, ki imajo koncesijo za izvajanje preventivnega dela z otroki.
Na področju kurativnega dela pa se zdravnik pri otrocih srečuje predvsem z akutno in bistveno manj kronično problematiko.

.

1.VODENJE PRIMARNE OSKRBE

Študent

Študent mora spoznati organiziranost otroškega zdravstvenega varstva v družinski medicini.
Spoznati mora, da je obravnava otrok del dela zdravnika družinske medicine in da se z otroci srečuje ob preventivnem in ob kurativnem delu.
Vedeti mora, da v preventivni program spadajo sistematski preventivni pregledi v sklopu katerih se izvaja psihološko testiranje in logopedsko presejanje, napotitve na ultrazvočne preiskave kolkov, obvezno cepljenje in drugi ukrepi, s katerimi se preprečuje širjenje nalezljivih bolezni(2).
Vedeti mora, da se sistematični preventivni pregledi izvajajo po prvem, drugem, tretjem, šestem, devetem, dvanajstem, osemnajstem mesecu otrokove starosti ter po dopolnjenem tretjem in petem letu otrokove starosti.
Vedeti mora, da vsebina sistematičnih pregledov vsebuje anamnezo, ki se na posameznih sistematičnih pregledih dopolnjuje, meritve, status, ki se doplnjuje z razvojnim nevrološkim statusom, iskanjem razvojnih nepravilnosti, Denverskim razvojnim presejalnim testom, določenimi laboratorijskimi preiskavami, cepljenjem ter zdravstveno vzgojo. Vsak preventivni pregled vsebuje vse naštete elemente, razen laboratorijskih preiskav, ki se opravljajo v šestem mesecu, pri treh in petih letih in cepljenja, ki se opravlja po cepilnem koledarju.
Vedeti mora, da sistematične preventivne preglede zdravnik izvaja timsko (zdravnik, medicinska sestra, patronažna medicinska sestra, vključujejo pa se še logoped in psiholog), po dispanzerski metodi dela.
Vedeti mora, da se v okviru kurativnega dela srečuje tako z akutnimi kot

kroničnimi boleznimi in da so akutne bolezni otrok v primerjavi z odraslimi neprimerno pogostejši vzrok obiskov pri zdravniku primerne ravni, kot kronične(3) in da predstavljajo 4/5 vseh akutnih bolezni otrok okužbe dihal(največ), prebavil in ušes (3).
Spoznati mora, da se največ nerešenih vprašanj poraja prav pri obravnavi in zdravljenju virusnih okužb dihal, kjer se zdravnik upira na svoje znanje in izkušnje, saj zanesljivih in hitrih preiskav še ni na voljo in zanje tudi ni tako učinkovitega zdravljenja, kot so antibiotiki pri bakterijskih okužbah(3). V enem letu otroci lahko prebolijo tudi 8-10 virusnih okužb dihal (3).

Specializant

Mora znati izvajati otroško zdravstveno varstvo v okviru družinske medicine, z ozirom na organizacijo le tega na določenem področju.
V okviru preventivnega dela se mora ravnati po doktrinarnih stališčih, biti dosleden tako v izvajanju za določeno starost predpisanih vsebin, kot v dokumetiranju opravljenega dela. Zdravstveno vzgojo mora izvajati celostno.
Starše mora znati prepričati o koristnosti cepljenja ne le za otroka ampak širše in jih znati odvrniti od morebitnih napačnih stališč glede nevarnosti obveznih cepljenj. Mora poznati kontraindikacije za cepljenje.
V okviru obravnave zdravega, bolnega ali poškodovanega otroka (otrok), mora obvladati spretnost medsebojne komunikacije, mora znati predpisati racionalno diagnostiko in terapijo ter ga pravočasno in racionalno napotiti v laboratorij, razvojno ambulanto, ali na sekundarni nivo; bodisi zaradi poglobljene diagnostike, terapije, ali hospitalizacije. Znati mora brati in interpretirati izvide specialistov, jih znati na razumljiv način razložiti staršem otroka ter se po njih tudi kritično ravnati. Otroka mora, glede na njegovo starost, vključevati kot subjekt v obravnavo njegove problematike. Vseskozi mora skrbeti za njegovo kakovostno strokovno obravnavo, upoštevati njegove starše, stremeti za profesionalni in etični odnos, upoštevati načela timskega dela, ter neprestano skrbeti za kakovost dela.

2. V OSEBO USMERJENA ZDRAVSTVENA OSKRBA

Študent

Študent mora spoznati, da so v obravnavo otrok vpleteni zdravnik, otrok in starši. Spoznati mora, da je pri obravnavi otroka pomemben stik z otrokom in starši ter medicinsko sestro, kajti na ta način si bo pridobil zaupanje in sodelovanje. Pri obravnavi otrok mora znati upoštevati in prisluhniti tudi mnenju, sugestijam in strahovom staršev.
Stališče si najlaže izoblikuje z opazovanjem obravnave otroka in staršev, v ambulanti pri preventivnem in kurativnem pregledu.
Spoznati mora telesni, psihofizični in socialni razvoj otroka, starše, družino in širše okolje v katerem otrok začasno prebiva. Spoznati mora pomen vključevanja otroka (glede na njegove zmožnosti in starost) ter staršev, v diagnostično-terapevtsko obravnavo.
Razumeti mora nujnost uporabe etičnih načel pri delu z bolnim otrokom, ter stalnost odnosa med zdravstvenim timom, otrokom in starši, kar je pomembno tako za zdravje otroka, kot za razvijanje dobrega profesionalnega odnosa, katerega cilj je obojestransko zadovoljstvo in ohranitev ali povrnitev otrokovega zdravja.
Poznati mora potek in obseg sistematičnega pregleda glede na starost otroka, obvezno cepljenje, kontraindikacije za cepljenje in postopek za oprostitev cepljenja v primeru kontraindikacij za cepljenje oziroma odklanjanja cepljenja s strani staršev.
Študent mora dobiti občutek, kdaj gre pri otroku za nujno stanje, ko mora zdravnik ravnati po principih nujne medicinske pomoči, kdaj je otrokovo stanje takšno, da zahteva napotitev specialistu ali v bolnišnico, in kdaj lahko zdravnik zdravljenje izvaja sam; zaključi ob prvem kontaktu ali otroka naroči na kontrolo.

Specializant

Specializant mora znati z otrokom in starši vzpostaviti partnerski odnos, spoštovati njihovo voljo, sugestije, stališča, dvome, jim verjeti, z njimi vzpostaviti empatični odnos, se z njimi uspešno pogajati, kadar se njihove sugestije in želje ne skladajo z doktrino in vselej ukrepati v prid otroku.

Znati mora oceniti pripravljenost staršev pri diagnostiki in katerim staršem lahko zaupa, da se bodo držali njegovih navodil.
Specializant mora znati motivirati in vključevati otroka in starše k sodelovanju v diagnostično-terapevtskem in preventivnem programu. Znati se mora pravilno odločiti, v katerih primerih otroka napotiti v bolnišnico, v katerih na specialistično obravnavo in v katerih prevzeti zdravljenje sam.
Z zdravstveno-vzgojnim delom mora znati vplivati na zdravstveno prosvetljenost in vzgojenost staršev in otroka. Vseskozi mora upoštevati načela kodeksa etike ter ohranjati in razvijati partnerski odnos tako z otrokom kot njegovimi starši.

3. SPEČIFIČEN NAČIN REŠEVANJA PROBLEMOV

Študent

Študent mora poznati obravnavo otroka na preventivnem pregledu, akutno bolnega, kronično bolnega, poškodovanega, otroka s posebnimi potrebami ter nujna stanja pri otroku.
Sposoben mora biti vzpostaviti empatični odnos s starši, in jih pomiriti. Vedeti mora, da s starostjo v otroškem obdobju narašča število poškodb in zastrupitev(4). Poznati mora načine zdravljenja glede na povzročitelja bolezni, bolezen, poškodbo in stanje v katerem se nahaja otrok. Znanje o nujnih stanjih si pridobi iz knjige Nujna medicinska pomoč.

Specializant

Specializant mora znati opraviti preventivni sistematični pregled otroka (upoštevati mora vse predpisane postopke, napotitve in uporabiti predpisana znanja), namenski pregled in izvesti cepljenje po koledarju cepljenja. Starše mora znati prepričati o nujnosti obveznega cepljenja otroka.
Pri otroku mora znati izbrati ustrezne diagnostične postopke, izbrati in predpisati ustrezno terapijo glede na povzročitelja bolezni in ukrepati glede na vrsto in težo bolezni ali poškodbe ter nujnost stanja.
Staršem mora znati na razumljiv način razložiti stanje v katerem se nahaja otrok in jih motivirati za sodelovanje. Znati mora spremljati otroka, kako reagira na predpisano terapijo in tudi znati zaključiti zdravljenje. Prav tako

mora obvladati ustrezno spremljanje otroka s kronično boleznijo, znati predlagati v primeru indikacije ustrezno rehabilitacijo (predvsem pri otrocih s kronično boleznijo) ter spremljati otroka s posebnimi potrebami.
V nujnih stanjih mora znati ukrepati v skladu z postopki nujne medicinske pomoči, vse do predaje nujno zbolelega ali poškodovanega ekipi nujne medicinske pomoči ali strokovni ekipi na drugem nivoju (bolnišnica), do kamor mora v takšnih stanjih otroka spremljati. Poznati mora razloge, zakaj nekateri starši, pogosteje pripeljejo svoje otroke k zdravniku, zakaj nekateri kar naprej želijo k drugemu specialistu, kaj za njih pomeni bolni otrok in kdaj je za njih otrok bolan. Z navedenim mora znati povezovati tudi morebitne družinske, socialne težave ali druge težave staršev.

4. CELOSTEN PRISTOP

Študent

Študent mora poznati obravnavo otroka na preventivnem pregledu, akutno bolnega, kronično bolnega, poškodovanega, otroka s posebnimi potrebami ter nujna stanja pri otroku.
Sposoben mora biti vzpostaviti empatični odnos s starši, in jih pomiriti. Vedeti mora, da s starostjo v otroškem obdobju narašča število poškodb in zastrupitev(4). Poznati mora načine zdravljenja glede na povzročitelja bolezni, bolezen, poškodbo in stanje v katerem se nahaja otrok. Znanje o nujnih stanjih si pridobi iz knjige Nujna medicinska pomoč.

Specializant

Specializant mora znati opraviti preventivni sistematični pregled otroka (upoštevati mora vse predpisane postopke, napotitve in uporabiti predpisana znanja), namenski pregled in izvesti cepljenje po koledarju cepljenja. Starše mora znati prepričati o nujnosti obveznega cepljenja otroka.
Pri otroku mora znati izbrati ustrezne diagnostične postopke, izbrati in predpisati ustrezno terapijo glede na povzročitelja bolezni in ukrepati glede na vrsto in težo bolezni ali poškodbe ter nujnost stanja.
Staršem mora znati na razumljiv način razložiti stanje v katerem se nahaja otrok in jih motivirati za sodelovanje. Znati mora spremljati otroka, kako

reagira na predpisano terapijo in tudi znati zaključiti zdravljenje. Prav tako mora obvladati ustrezno spremljanje otroka s kronično boleznijo, znati predlagati v primeru indikacije ustrezno rehabilitacijo (predvsem pri otrocih s kronično boleznijo) ter spremljati otroka s posebnimi potrebami.
V nujnih stanjih mora znati ukrepati v skladu z postopki nujne medicinske pomoči, vse do predaje nujno zbolelega ali poškodovanega ekipi nujne medicinske pomoči ali strokovni ekipi na drugem nivoju (bolnišnica), do kamor mora v takšnih stanjih otroka spremljati. Poznati mora razloge, zakaj nekateri starši, pogosteje pripeljejo svoje otroke k zdravniku, zakaj nekateri kar naprej želijo k drugemu specialistu, kaj za njih pomeni bolni otrok in kdaj je za njih otrok bolan. Z navedenim mora znati povezovati tudi morebitne družinske, socialne težave ali druge težave staršev.
Specializant mora imeti izdelano stališče do permanentnega zdravstveno-vzgojnega dela s starši in otroci ter ga izvajati in vrednotiti. Staršem mora znati razložiti pomen rednih preventivnih pregledov, cepljenja in zdravega načina življenja vključno s poudarkom na duševnem zdravju otroka in preprečevanju poškodb in zastrupitev. Izkušnje si pridobi pri vsakodnevnim delom, z opazovanjem mentorja in z aktivnim vključevanjem v zdravstveno-vzgojno delo z otroki, starši in tudi z uslužbenci v vzgojno-varstvenih zavodih.
Staršem mora znati razložiti posamezne postopke, ki jih uporablja pri obravnavi otroka in upoštevati njihovo avtonomnost in privolitev. Te postopke pa mora izvajati v skladu medicinsko doktrino.

5. USMERJENOST V SKUPNOST

Študent

Študent mora poznati pomen dednosti in dejavnikov okolja na otrokov razvoj in nastanek raznih bolezni.
Spoznati mora, da mora biti zdravnikovo preventivno in kurativno delo v okviru strokovnih priporočil ob hkratnem upoštevanju finančnih omejitev predpisovanja in napotovanja.
Mora spoznati način vrednotenja opravljenega dela tako na področju preventive in kurative.

Specializant

Specializant mora poznati in pravila Zavoda za zdravstveno zavarovanje glede pravic staršev, katere se nanašajo na podaljšan porodniški dopust, nego otroka in spremstvo otroka ter pravic otrok do pridobitve posebne hipoalergene prehrane ter klimatskega zdravljenja.
Pri obravnavi otroka mora znati ugotoviti dejavnike, ki vplivajo na razvoj in potek akutne in kronične bolezni in mora znati svetovati in morda poiskati možnost strokovnih zvez za izboljšanje otrokovega stanja. Starši v stanjih otrokove bolezni potrebujejo pomoč, da se na določeno situacijo privadijo in da jo sprejmejo. Zato mora specializant do njih imeti človeški, empatični, strokovni in profesionalni odnos.
Specializant mora znati zbirati in vrednotiti podatke o absentizmu zaradi nege bolnega družinskega člana, o pošiljanju na diagnostične storitve, o predpisovanju zdravil, o napotitvah za sprejem v bolnišnico in o preventivnem delu. Zavedati se mora odgovornosti in racionalnega gospodarjenja s sredstvi, zdravili in napotitvami in vse predhodno navedeno izvajati v praksi.

6. CELOVITO OBLIKOVANJE MODELOV

Študent

Študent mora spoznati, da starši v različnih osebnih in ekonomskih situacijah, različnih, verskih in kulturnih prepričanjih, različno reagirajo na bolezen ali poškodbo otrok, prav tako pa se različno odzivajo in imajo različen odnos ali predsodke do preventivnega dela, bodisi cepljenja ali sistematskih pregledov. Spoznati mora oblike pomoči, načine vodenega pogovora s starši, poznati kulturen in človeški pristop in se zavedati podobe zdravstvenega delavca.

Specializant

Specializant mora prepoznavati in upoštevati starševska prepričanja, vrednote, odnos do diagnostično-terapevtskih postopkov, do preventive, njihovo prosvetljenost in zdravstveno vzgojenost.
Mora imeti oblikovan odnos profesionalne etike in tenkočutnost vesti.

Didaktični cilji - študent

- Da je obravnava otrok del dela zdravnika družinske medicine
- Organiziranost zdravstvenega varstva (ZV) otrok v družinski medicini
- Vsebino preventivnega
- Dela z otroci
- Pomen in organizacijo sistematskih preventivnih pregledov (SPP) otrok, cepljenja, zdravstvene vzgoje
- Pomen namenskih pregledov
- Pomen timskega dela
- Da se v okviru kurative pri otrocih srečuje z akutnimi, neakutnimi in kroničnimi boleznimi
- Potrebo po racionalnih napotitvah v laboratorij, na druge nivoje ZV
- Pomen povezave služb na primarnem nivoju ZV
- Pomen povezave s sekundarnim in terciarnim nivojem ZV
- Povezavo primarnega zdravstvenega varstva z ZZZ
- Interpretacijo izvidov- laboratorijskih, drugih
  pomen odgovornega ravnanja zdravnika pri delu z otroci

1

- Da je obravnava otrok del dela zdravnika družinske medicine
- Organiziranost zdravstvenega varstva (ZV) otrok v družinski medicini
- Vsebino preventivnega
- Dela z otroci
- Pomen in organizacijo sistematskih preventivnih pregledov (SPP) otrok, cepljenja, zdravstvene vzgoje
- Pomen namenskih pregledov
- Pomen timskega dela
- Da se v okviru kurative pri otrocih srečuje z akutnimi, neakutnimi in kroničnimi boleznimi
- Potrebo po racionalnih napotitvah v laboratorij, na druge nivoje ZV
- Pomen povezave služb na primarnem nivoju ZV
- Pomen povezave s sekundarnim in terciarnim nivojem ZV
- Povezavo primarnega zdravstvenega varstva z ZZZ
- Interpretacijo izvidov- laboratorijskih, drugih
- Pomen odgovornega ravnanja zdravnika pri delu z otroci

2

- Pomen pristnega stika z otrokom, starši in medicinsko sestro
- Pomen mnenj, sugestij in strahov staršev
- Da otrok ni pomanjšan odrasli
- Normalni psihofizični in socialni razvoj otroka
- Pomen vključevanja staršev in otroka v diagnostično-terapevtsko obravnavo
- Potrebo po spoštovanju etičnih načel
- Pomen preventivnega dela
- Odnos in pristop k otroku in staršem
- Pomen prvega stika, za nadaljnje sodelovanje z otrokom in starši
- Psihofizični, socialni razvoj otroka, razgledanost staršev, povezave z domačim in širšim okoljem, v katerem otrok začasno biva in vpliv naštetih dejavnikov na razvoj bolezni, možnost poškodb in sodelovanje pri zdravljenju

5

- Poznati možnost uporabe organiziranih preventivnih programov v skupnosti
- Poznati pomen in uporabnost raznih društev za pomoč bolnikom
- Poznati možnosti rehabilitacijskih programov v skupnosti
- Poznati mora načela smotrnega predpisovanja zdravil in racionalno uporabo diagnostičnih metod ter napotitev
- Se zavedati problemov v zvezi z vplivom dela na bolezen in obratno
- Poznati pomen podpore družine bolnika

6

- Različno doživljanje bolezni, onesposobljenosti, vpliva na kvaliteto življenja bolnika s KOPB glede na osebnostne lastnosti in socialno okolje, iz katerega izvira
- Razmišljanje o etičnih dilemah v zvezi z zdravljenjem

Didaktični cilji - specializant

1

- Da je obravnava otrok del dela zdravnika družinske medicine
- Organiziranost zdravstvenega varstva (ZV) otrok v družinski medicini
- Vsebino preventivnega
- Dela z otroci
- Pomen in organizacijo sistematskih preventivnih pregledov (SPP) otrok, cepljenja, zdravstvene vzgoje
- Pomen namenskih pregledov
- Pomen timskega dela
- Da se v okviru kurative pri otrocih srečuje z akutnimi, neakutnimi in kroničnimi boleznimi
- Potrebo po racionalnih napotitvah v laboratorij, na druge nivoje ZV
- Pomen povezave služb na primarnem nivoju ZV
- Pomen povezave s sekundarnim in terciarnim nivojem ZV
- Povezavo primarnega zdravstvenega varstva z
- Interpretacijo izvidov- laboratorijskih, drugih
- Pomen odgovornega [illegible]anja zdravnika pri delu z otroci

2

- Pomen pristnega stika z otrokom, starši in medicinsko sestro
- Pomen mnenj, sugestij in strahov staršev
- Da otrok ni pomanjšan odrasli
- Normalni psihofizični in socialni razvoj otroka
- Pomen vključevanja staršev in otroka v diagnostično-terapevtsko obravnavo
- Potrebo po spoštovanju etičnih načel
- Pomen preventivnega dela
- Odnos in pristop k otroku in staršem
- Pomen prvega stika, za nadaljnje sodelovanje z otrokom in starši
- Psihofizični, socialni razvoj otroka, razgledanost staršev, povezave z domačim in Širšim okoljem, v katerem otrok začasno biva in vpliv naštetih dejavnikov na razvoj bolezni, možnost poškodb in sodelovanje pri zdravljenju
- Etična načela pri obravnavi otroka
- Diagnostično- t[illegible]evtski proces pri posameznih boleznih, stanjih
- Pomen stalnosti odnosa otrok, starši, zdravstveni tim, za zdravje otroka in razvoj profesionalnega odnosa

3

- Vsebino PSP glede na starost otroka
- Koledar cepljenja in cepilni status otroka
- Morebitne zaplete ob cepljenju
- Da kurativno delo zajema akutne, neakutne, kronične bolezni, poškodbe, nujna stanja, otroke s posebnimi potrebami)
- Da so akutne bolezni otrok v primerjavi z odraslimi neprimerno pogostejši vzrok obiskov pri zdravniku na primarni ravni, kot kronične
- 4/5 vseh akutnih bolezni otrok predstavljajo okužbe dihal, ušes in prebavil
- Da se največ nerešenih vprašanj poraja pri obravnavi in zdravljenju virusnih okužb dihal,

- Da v povprečju v enem letu otroci prebolijo 8-10 virusnih okužb dihal
- Da s starostjo otrok raste število poškodb in zastrupitev
- Ukrepe ob posameznih boleznih in stanjih
- Terapijo posameznih bolezni in stanj
- Pravilno ukrepanje ob nujnih stanjih
- Empatični odnos s starši

4

- Otrokov psihofizični in socialni razvoj
- Vlogo staršev za zdrav psihofizični in socialni otrokov razvoj in varnost otroka
- Celostno preventivno delo zdravnika z otrokom od rojstva do vstopa v šolo (SPP, Zdravstvena vzgoja, cepljenja)
- Zdravstveno-vzgojno delo s starši, vzgojitelji
- Potrebo po pravočasnem prepoznavnju bolezeni, ukrepanju, napotitvah
- Etični pristop
- Soodločanje staršev

5

- Vpliv dednega, družinskega in širšega okolja na razvoj akutnih in kroničnih obolenj pri otroku
- Vpliv psihičnih dejavnikov na razvoj akutnih bolezni pri otroku
- Pomen SPP
- Pomen cepljenja in precepljenosti otrok
- Indikacije za starševsko odsotnost z dela zaradi nege bolnega otroka
- Da je zdravnik vpet med pričakovanja in zahteve staršev, delodajalcev in ZZZ

6

- Čustva staršev, ki imajo kronično bolnega otroka ali otroka z drugačnimi potrebami bo leznijo ter različno sprejemanje teh otrok
- Čustva staršev ob otroku z akutno boleznijo in nujnim stanjem
- Zavedanje staršev o pomenu PSP, cepljenja, precepljenosti
- Pomen etičnega načela enakosti
- Skrb za ohranitev življenja, zdravja otrok
- Mora spoštovati starše ne glede na vero, finančno stanje in etično pripadnost

LITERATURA:

1. *Plevnik-Vodušek V. Preventiva v predšolskem obdobju. In: Švab I, Rotar-Pavlič D, et all. Družinska medicina. Združenje zdravnikov družinske medicine SZD in Katedra za družinsko medicino MF v Ljubljani, 2002: 631-42.*
2. *Seher-Zupančič M. In: 4. slovenski pediatrični kongres z mednarodno udeležbo. Slov. Pediatr 2006;13(suppl 1) 218-222*
3. *Cimperman A. Prepoznava in zdravljenje akutnih bolezni otrok na primarni ravni. . In: 4. slovenski pediatrični kongres z mednarodno udeležbo. Slov. Pediatr 2006;13(suppl 1) 240-47*
4. *Zdravstevno statistični letopis, Slovenija 2004. Inštitut za varovanje zdravja RSlovenije.*

BOLNIK Z RAKOM

Mateja Bulc

UVOD

Na novo je leta 2003 za rakom zbolelo 9.997 ljudi, 5.026 moških in 4.971 žensk. Bolezen je bila mikroskopsko potrjena pri 9.294 primerih (93 %), pri 90 % histološko in 10 % samo citološko.
Leta 2003 je v Sloveniji živelo 57108 bolnikov z rakom, 22382 moških in 34726 žensk.
V zadnjih 10 letih (v letih 1994 do 2003) se je incidenca raka v Sloveniji povečala za 32 % med moškimi in za 36 % med ženskami, umrljivost pa za 15 % pri obeh spolih (1). Leta 2003 je v Sloveniji zaradi raka umrlo 5.058 ljudi. Istega leta je za rakom na novo zbolelo 9.997 prebivalcev Slovenije, med njimi 5.026 moških in 4.971 žensk, več kot polovica zvečanja incidence gre na račun staranja prebivalstva.
Najpogostejši raki pri moških so bili leta 2003: pljučni rak (17,3% vseh rakov), rak kože (14,5%), rak debelega črevesja in danke (13,4%). Najpogostejši raki pri ženskah v letu 2003 so bili: rak dojk (21,8 % vseh rakov), rak kože (16,8 %) in rak debelega črevesa in danke (10,6 %) (2).
Nekatere vrste rakov so pogostejše v enih, druge v drugih starostnih skupinah. Pri otrocih prevladujejo levkemije, limfomi in možganski tumorji, pri mladostnikih in mladih odraslih rak mod oz. rak materničnega vratu (po 25. letu), pri moških, starih 35–49 let, pljučni rake ter raki ust, žrela in grla, pri ženskah pa rak dojk in rak materničnega vratu. V starosti 50-69 let se pri moških pljučnemu raku in raku glave in vratu pridružijo raki prebavil (debelega črevesa, danke in želodca), prostate in kože, pri ženskah pa se delež raka dojk zmanjša na račun kožnega raka, rakov prebavil in raka materničnega telesa. Pri starih 70 let in več ostajajo najpomembnejši isti raki kot v prejšnji starostni skupini, pri moških je največ primerov rak prostate.
Podatki o preživetju vseh bolnikov so kompleksna ocena bremena raka v opazovani populaciji. Zrcalijo uspešnost vseh programov onkološkega varstva, od množičnega presejanja in zgodnjega odkrivanja, do zdravljenja, rehabilitacije in dolgoletnega spremljanja zdravstvenega stanja bolnikov. Relativno pet-letno preživetje slovenskih bolnikov z rakom se ves čas registracije raka pri obeh spolih izboljšuje. V obdobju 1963-67 je pet let po diagnozi preživelo 25 % moških in 42 % žensk. Čez dvajset let, v obdobju 1983-87 je bilo preživetje pri obeh spolih za približno 5 % boljše, v obdobju 1993-97 pa je bilo relativno pet-letno preživetje pri moških že 38 %.

pri ženskah pa se je povišalo na 57 %. Pri razlagi preživetja vseh bolnikov z rakom in njegovega trenda je treba upoštevati, da je odvisno od deleža posameznih rakavih bolezni glede na spol in starost. V primerjavi z moškimi ženske v večji meri zbolevajo za prognostično ugodnejšimi raki, zato je njihovo boljše preživetje pričakovano (1).

1.VODENJE PRIMARNE OSKRBE

Študent

Mora poznati epidemiologijo raka v Sloveniji, simptome posameznih vrst raka in najpogostejše zaplete (znanje).
Zavedati se mora, da so znaki rakave bolezni lahko zelo subtilni (stališče).
Poznati mora v grobem diagnostični postopek pri posameznih vrstah raka.
Vedeti mora, katere preiskave je potrebno opraviti in kam bolnika napotiti pri sumu na maligno bolezen in katere pri vodenju te kronične bolezni (znanje).
Poznati in izvajati mora osnovne principe in cilje zdravljenja rakave bolezni in osnovne principe vodenja bolnika s kronično boleznijo (znanje in veščina).
Temeljno gradivo za klinični pristop k bolniku s rakom predstavlja učbenik Družinska medicina (3).

Specializant

Specializant mora poznati epidemiologijo, simptome in diagnostični postopek (anamneza, klinični pregled, preiskave) pri rakavih boleznih, indikacije za dodatne diagnostične metode in pregled pri drugih specialistih (nevrologu, algologu, okulistu, nefrologu...).
Poznati mora tudi raku pridružene bolezni, njihovo ugotavljanje in zdravljenje. Obvladati mora nemedikamentozne ukrepe zdravljenja ter zdravljenje z zdravili, pa tudi njihove kontraindikacije ter zaplete(znanje).
Vir za pridobitev dodatnega znanja za vodenje zahtevnejšega bolnika z rakom so smernice za vodenje bolečine pri bolniku z rakom (3) in dodatna literatura (npr. Onkologija, Onkološki dnevi).
Bolnike mora ustrezno voditi- naročati na bolezni ustrezne časovne intervale

(veščina), obvladati pogovor z bolnikom z rakom, tudi sporočanje slabe novice. Bolnika mora vselej poskušati vključiti kot partnerja v proces odločanja in zdravljenja (veščine in stališča).
Poznati mora postopek priprave bolnika na operativni poseg, absolutne kontraindikacije za programirane operativne posege pri bolniku z rakom, kdaj je potrebno pred predvideno operacijo bolnika poslati še na dodatne preiskave oz. k specialistu (znanje).
Sodelovati mora s specialisti pri obravnavi takega bolnika (veščina).

2. V OSEBO USMERJENA ZDRAVSTVENA OSKRBA

Študent

Študent mora spoznati pomen stalnosti odnosa za uspešno vodenje bolnika z rakom, mora se zavedati, da je odnos med bolnikom in zdravnikom dolgotrajen in partnerski, saj ima bolnik pravico in dolžnost soodločati ter aktivno sodelovati v procesu zdravljenja (stališče). Stališča si študent najlažje izoblikuje z opazovanjem mentorja, kako se pogovarja (sporazumevanje) z bolnikom z rakom. Spoznati mora v bolnika usmerjen pristop pri odkrivanju, zdravljenju in vodenju rakavih bolezni se naučiti upoštevati bolnikova pričakovanja, strahove, cilje (veščina).

Specializant

Specializant mora znati bolnika z rakom vključiti v proces diagnostike in zdravljenja, z bolnikom znati vzpostaviti partnerski odnos in oceniti bolnikovo pripravljenost za sodelovanje pri diagnostiki, zdravljenju in vodenju bolezni ter znati bolnikom približati načela vodenja in jih ustrezno usposobiti samokontrol (veščina).
Spoštovati in upoštevati mora bolnikovo avtonomijo - pravico do drugačnega mnenja ter njegove želje in možnosti (npr. pri uvajanju nemedikamentoznih ukrepov kot pri zdravljenju z zdravili) (stališče). Z bolnikom se mora znati pogajati, če so bolnikova stališča drugačna od priporočil ali smernic in postopke zdravljenja prilagoditi željam bolnika; z informiranjem mora poskušati doseči spremembo nezdravih vedenj bolnika z rakom (veščina).
Sporazumevanja s kroničnim bolnikom naj se specializant nauči pri delu v ambulanti, pa tudi v modulih.

3. SPEČIFIČEN NAČIN REŠEVANJA PROBLEMOV

Študent

Študent mora znati maligno bolezen diagnosticirati in poznati principe vodenja (znanje). Sposoben mora biti pomiriti zaskrbljenega bolnika ob postavitvi diagnoze ali zapletu (veščina).

Vedeti mora, kdaj in kako hitro je potrebno bolnika napotiti k specialistu ali v bolnišnico (znanje). Znanje o nujnosti posameznih stanj si najlažje pridobi iz učbenika DM in iz Onkologije, zbornikov (4).
Študent mora spoznati in ločiti načine ukrepanja pri maligni bolezni:
1. stanje, ki zahteva takojšnjo napotitev (npr. ileus, krvavitev, pljučna embolija, ledvična odpoved.....)
2. stanje, ki zahteva nenujno napotitev (kronični zapleti maligne bolezni) kontrolni pregled v ambulanti (npr. bolečina, obstipacija, dizurija, neurejen krvni sladkor, neurejen krvni tlak, motnja v presnovi maščob, presnovni sindrom...)(veščina).

Specializant

Poznati mora razširjenost malignih bolezni po spolu in starosti na področju, kjer dela (znanje).
Znati mora racionalno naročati preiskave pri bolniku z rakom in rezultate vrednotiti, pri zgodnjih znakih bolezni pa presoditi, kdaj je treba izpeljati dodatno diagnostiko, kdaj pa še lahko čaka (veščina).
Znati mora bolnika informirati o maligni bolezni, njenem poteku in zdravljenju, tako brez kot z zdravili, bolniku razložiti, da gre za bolezen, ki jo je velikokrat moč pozdraviti ali zazdraviti oziroma kontrolirati, včasih pa nič od tega (veščina).
Poznati mora pomen aktivnega iskanja dejavnikov tveganja za rake in pomen aktivnega odkrivanja bolezni, obenem pa biti kritičen do napotitev na sekundarni nivo (znanje in veščina).
Specializant mora poznati (znanje) in suvereno obvladovati (veščina) nujna in zelo nujna stanja in zaplete malignih bolezni ter ustrezno oskrbljenega bolnika predati specialistu v bolnišnici. Ob takih zapletih se mora specializant naučiti ustrezno ukrepati (npr. krvavitev, dušenje, izguba zavesti...), s katerimi se srečuje v dežurni službi in na sprejemnih oddelkih bolnišnic, kjer kroži med specializacijo (veščina).
Obvladovanja nujnih stanj se lahko teoretično nauči iz učbenika Družinska medicina in iz onkoloških knjig in revij, praktično pa se je z nujnimi stanji že srečal v času pripravništva na bolnišničnih oddelkih, z opazovanjem oskrbe nujnega bolnika pri svojem mentorju v ambulanti in na dežurstvu oziroma kadar lahko sam oskrbi bolnika z nujnim stanjem.

4. CELOSTEN PRISTOP

Študent

Bolnika mora študent sprejemati kot celovito osebnost, ki ima maligno bolezen (stališče), zavedajoč se, da je bolezen pogosto doživljenjska (stališče). Vedeti mora, da je potek pozno odkrite in zdravljene maligne bolezni pogosto infausten (znanje).
Študent mora poznati pomen z zdravjem povezanega načina življenja (redna telesna dejavnost, normalna telesna teža, uravnotežena prehrana, relaksacija itd) (znanje). Zavedati se mora pomena zdravega načina življenja za preprečevanje razvoja rakov in potrebe po odpravljanju dejavnikov tveganja za rakave bolezni ter za njihovo poslabšanje ali zaplete (stališče).
Ta znanja in stališča lahko pridobi v zdravstveno-vzgojnih centrih zdravstvenih domov po Sloveniji (»zdravstveno-vzgojne delavnice CINDI«). Priporočamo, da prebere tudi zdravstveno-vzgojno gradivo, ki je na voljo za bolnike.

Specializant

Znati mora izluščiti biološke, psihološke in socialne aspekte vpliva bolezni na bolnika z rakom in njegovo družino, delo in okolje (veščina).
Specializant mora imeti že izdelana stališča do zdravega načina življenja. Znati mora bolnikom z rakom svetovati pri odpravljanju nezdravih življenjskih navad, zavedajoč se, da je cilj zdravljenja poleg kontrole osnovne bolezni tudi odpravljanje ali vsaj kontrola pridruženih bolezni in stanj (krvni tlak, krvni sladkor, motnja v presnovi maščob itd) (veščina).
Ker gre za veščino sporazumevanja, se tega specializant najlaže nauči z opazovanjem mentorja. Ko kasneje sam poizkuša bolnika prepričati o pomembnosti odpravljanja zdravju škodljivih življenjskih navad, mora spoštovati bolnikova stališča in upoštevati njegove (z)možnosti (npr. nekdo, ki dela od jutra do večera, bo težko dovolj telesno aktiven; upokojenec bo težko kupoval le zdrava živila, ipd) (stališče).
Aktivno mora iskati in preprečevati zaplete bolezni ter ukrepati pri zapletih (znanje in veščina).

Specializant mora znati nastaviti register svojih bolnikov z rakom (veščina): primer registra katere od kroničnih bolezni, ki ga sam prilagodi za vodenje bolnika z rakom. Preštudira naj tudi ustrezno literaturo o nujnih pogojih za kakovostno vodenje bolnika z rakom (1,2,3).

5. USMERJENOST V SKUPNOST

Študent

Študent mora poznati pomen dednosti in dejavnikov okolja pri nastanku raka (znanje). Študent se mora zavedati, da je potrebno bolnika zdraviti v okviru strokovnih priporočil in finančnih možnosti zdravstvenega sistema, da je razmerje med doseženo koristjo in ceno najugodnejše (stališča).
Študent mora poznati razloge za začasno in stalno delanezmožnost bolnika z rakom ter postopek napotitve na invalidsko komisijo (znanje). To znanje pridobi tako, da prebere poglavje o bolniškem staležu v učbeniku DM in medicine dela ali sodeluje na Katedri pri seminarju o bolniškem staležu in trajni delanezmožnosti.

Specializant

Znati mora opredeliti življenjski slog bolnika in mu svetovati, kje so v okviru družine in skupnosti še možnosti za spreminjanje zdravju škodljivih življenjskih navad. Specializant mora pri svetovanju zdravega načina življenja upoštevati bolnikovo družinsko in širše socialno okolje, vešč mora biti pri svetovanju spreminjanja razmer, da bo okolje bolnika kar najbolj stimuliralo uspešno zdravljenje (veščina).
Specializant mora biti pri zdravljenju raka in zapletov racionalen pri porabi finančnih sredstev, a ohraniti ključno vodilo izboljšanje zdravja bolnika (veščina). Poznati mora pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki se nanašajo na predpisovanje zdravil (znanje), kar pridobi s spremljanjem publikacij ZZZS. Truditi se mora zagotoviti kakovostno oskrbo bolnika z rakom tudi ob omejenih finančnih virih (veščina).

Smotrno mora ocenjevati bolnikovo sposobnost za delo, poznavajoč okvirno trajanje bolniškega staleža pri osnovni bolezni in njenih zapletih (znanje). Povezati se mora tudi z delodajalcem/varnostnim inženirjem/ pooblaščenim zdravnikom, ko gre za bolnika, ki zaradi maligne bolezni svojega dela ne zmore več in uvesti ter voditi postopek pred in po oceni na IK (znanje in veščina). Poznati mora pravne podlage za bolniški stalež, česar se lahko nauči tako, da prebere pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja in delovno zakonodajo s področja začasne in trajne nezmožnosti za delo (znanje). Poznati mora kategorije invalidnosti, kriterije, ki jih je potrebno izpolnjevati za dodelitev dodatka za pomoč in postrežbo ter telesno okvaro (znanje).
Specializant mora vedeti, kako in kje je organizirano zdravstveno varstvo bolnikov z rakom v njegovi regiji oz mestu in poznati principe napotovanja (znanje).

6. CELOVITO OBLIKOVANJE MODELOV

Študent

Študent se mora zavedati, da se bolniki z rakom izredno razlikujejo med seboj glede na odnos do lastne bolezni (nekateri so prestrašeni, drugi brezbrižni, tretji sprejemajo bolezen racionalno, četrti jo poveličujejo, peti sploh ne sprejmejo....), kar je posledica osebnih, socialnih, kulturnih, etičnih, verskih in drugih razlik (stališča).
Pri obravnavi bolnika mora vselej spoštovati temeljna etična načela (stališča.)
Poskušati mora oceniti bolnikovo socialno in kulturno okolje in morebitne zadržke ali prepričanja (veščina).
Študent mora vsaj okvirno ugotoviti bolnikovo socialno stanje ter njegove morebitne zadržke pri zdravljenju (kulturna, verska in etnična načela) (veščina). Vedeti mora, da okolja vpliva na razvoj in potek bolezni, pa tudi na bolnikovo sodelovanje pri zdravljenju (znanje).

Specializant

Specializant mora prepoznati bolnikova stališča do bolezni in vrednote ter vpliv le-teh na zavedanje in zdravljenje rakave bolezni. Svetovanje

mora prilagoditi bolnikovim socialnim in kulturnim razmeram, bolnikovemu značaju, sposobnostim in željam (veščina).
Specializant mora sprejeti bolnika takšnega, kot ta je, tudi, če so njuna prepričanja različna. Pri svojem delu mora vselej spoštovati etična načela, zlasti načelo pravičnosti in bolnikove avtonomnosti (stališče).
Bolnika mora informirati in motivirati za zdravljenje in preprečevanje zapletov (veščina). Bolnika mora sprejemati realno in empatično (veščina, stališče)

ZAKLJUČEK

Maligna bolezen je vse pogostejša diagnoza v evropski družinski medicini. Zaradi pogostnosti problema in potrebe po (večinoma) doživljenjskem zdravljenju, zaradi neposrednega vpliva dejavnikov tveganja, ki so pogojeni z bolnikovim načinom življenja, na katerega vpliva tudi družina in širše socialno okolje, lahko bolnika uspešno vodi le zdravnik družinske medicine s svojim znanjem, ki presega le znanje o kliniki maligne bolezni.
Ob velikem finančnem bremenu, ki ga zdravljenje maligne bolezni predstavlja, je potreben racionalen in v bolnika usmerjen pristop. Bolnikovo sodelovanje v zdravljenju, tako s spreminjanjem nezdravih navad kot z rednim jemanjem predpisanih zdravil, krepi pristen partnerski odnos, ki bolniku omogoča, da aktivno sodeluje v procesu zdravljenja. Bolnik mora imeti tudi možnost, da odkloni predlagane postopke zdravljenja, če so v nasprotju z njegovimi stališči ter vrednotami.
Pri obvladovanju maligne bolezni se mora družinski zdravnik zavedati, da se bo z bolnikom srečeval dolgo časa, da učinki zdravljenja ne bodo vidni čez noč, da vsako izboljšanje še ne pomeni ozdravitve... Prav zato zahteva zdravljenje bolnika z maligno boleznijo veliko potrpežljivosti, razumevanja, potrpljenja in pozitivne motivacije obeh, bolnika in zdravnika!

Primer:

Razlog prihoda:

68-letni bolnik prvič prihaja zaradi bolečine v križu. Gospod je zasebni prevoznik, poročen, ima enega otroka. Veste, da dela pozno v noč, pogosto je videti slabovoljen, žalosten. Bolečina v križu je prisotna kake 2 leti, pa ni imel časa iti k zdravniku, zdaj se je pojačala, pa tudi z vodo ima težave, težko urinira – z IPSS (International Prostata Symptoms Score) vprašalnikom zbere 15 točk. Z blatom ni težav.

Je kadilec (25 let po 1 do 2 škatlici cigaret), alkohola popije do 4 E na dan (žganje najraje).

Pove, da je njegova telesna teža zadnje čase variirala, imel je že 107 kg, sedaj pa 94 kg. Pove tudi, da ponoči slabo spi, zbuja se utrujen, ker firmi grozi stečaj.

Opoldan poje obrok hitre prehrane ali dva, za vikend pa rad dobro je in pije v vaški gostilni. Giblje se le, kolikor je nujno, do garaže.

Fam. anam.: mati ima 69 let in 99 kg, sicer zdrava. Oče je umrl pri 52 zaradi AMI, bil je kadilec.

Zdravila: paracetamol vzame, če ga boli glava.

Klinični pregled: višina 179, teža 94 kg, pas 101 cm.

KT: 142/94 mm Hg, rsr 82/min, sistolični šum nad Ao;; periferni pulzi bp.

Paravertebralne mičice ledveno so zdrave, gibljivost v L/S predelu je omejena in zelo boleča, poklep po L4 boleč, nevroloških izpadov ni. RDP pokaže tršo, neenakomerno prostato s tršim vložkom v desnem lobusu. Hematest negat.

Laboratorij: Hemogram bo, CRP 35, KS: 7,0 mmol/l, holesterol: 856 mmol/l, HDL: 0,7, LDL: 5,0, trigliceridi: 1,6 mmol/l, kreatinin 89 mmol/l, PSA 21, urin: bp.

UZ prostate pokaže sum na maligen proces v desnem lobusu.

Rtg L/S hrvbtenice pokaže osteolitično žarišče v L4, svetujejo KF in scintigrafijo skeleta, ki sum na metastski prces še povečata.

Urolog opravi transrektalno biopsijo sumljive lezije v desnem lobusu, rak je tudi citološko potrjen.

Mentor in študent (specializant) naj razpravljata:

- O pristopu k odkrivanju bolnikov s maligno boleznijo v družinski medicini

- O iskanju dejavnikov tveganja (debelost, telesna nedejavnost, nepravilna

prehrana, dedna obremenjenost)
- O potrebnih preiskavah za potrditev diagnoze maligne bolezni
- O tem stanja in prognozi
- O priporočenih nefarmakoloških ukrepih oz svetovanju spreminjanja zdravju škodljivih vedenj.
- O zdravljenju z zdravili, kako, kaj in kdaj?
- O zdravstvenem načrtu in bolnikovem informiranem pristanku na zdravljenje
- O odenju kronične bolezni, delovni sposobnosti, ciljnih vrednostih kontroliranih parametrov, zapletih in reševanju le-teh
- O vplivu bolezni na bolnika, njegovo družino, delo ter o morebitnih spremembah v družinskem in delovnem okolju.

Didaktični cilji - študent

1
- Poznati epidemiologijo raka
- Poznati glavne simptome raka
- Poznati diagnostični postopek pri rakavih boleznih
- Poznati osnovne principe in cilje zdravljenja raka
- Poznati osnovne principe vodenja bolnika s kronično boleznijo

2
- Poznati pomen vključevanja bolnika z rakom v proces zdravljenja
- Poznati pomen stalnosti odnosa za uspešno vodenje bolnika z rakom
- Poznati v bolnika usmerjen pristop pri odkrivanju, zdravljenju in vodenju raka
- Naučiti se upoštevati bolnikova pričakovanja, strahove, cilje

3
- Poznati principe vodenja raka v Sloveniji
- Poznati pomen dejavnikov tveganja za nastanek
- Poznati indikacije za napotitev bolnika z rakom in nujnost napotitev
- oznati najpogostejše zaplete raka in njihovo preprečevanje

4
- Bolnika tretirati kot celovito osebnost, ki ima malignom
- Zavzemati se za zdrav način življenja
- Znati bolniku predstaviti pomen nemedikamentoznega zdravljenja (zdrava prehrana/dieta, gibanje, normalizacije telesne teže)
- Zavedati seda je bolezen (praviloma) doživljenjska
- Vedeti, da je rak kronična bolezen z vsemi svojimi značilnostmi

5
- Poznati vpliv genetskega dejavnika in družinskega okolja na razvoj maligne bolezni
- Zavedati se potrebe po racionalni porabi finančnih virov
- Poznati indikacije za začasno in stalno delovno nesposobnost bolnika z rakom
- Poznati postopek ocene pred IK

6
- Zavedati se različnega doživljanja bolezni pri bolnikih z rakom (poveličevanje, zanikanje) glede na etnično, socialno, kulturno, versko... okolje.
- Poznati pomen etičnih načel (enakost, bolnikova samostojnost)
- Poskušati oceniti bolnikovo socialno in kulturno okolje in morebitne zadržke ali prepričanja
- Vedeti, da okolje vpliva na razvoj bolezni in na bolnikovo sodelovanje pri zdravljenju
- etična načela pri obravnavi otroka
- diagnostično- terapevtski proces pri posameznih boleznih, stanjih
- pomen stalnosti odnosa otrok, starši, zdravstveni tim, za zdravje otroka in razvoj profesionalnega odnosa

Didaktični cilji - specializant

1

- Poznati epidemiologijo, simptome in diagnostični postopek (anamneza, klinični pregled, preiskave) pri raku
- Poznati maligni bolezni pridružene bolezni
- Poznati dodatne preiskave in njihove indikacije
- Poznati nemedikamentozne ukrepe zdravljenja
- Poznati principe zdravljenja raka z zdravili
- Poznati postopek priprave bolnika z rakom na operativni poseg
- Obvladati vodenje bolnika z rakom (komunikacija)
- Bolnika z rakom mora vključiti kot partnerja v proces odločanja in zdravljenja
- Sodelovati mora s specialisti pri obravnavi maligne bolezni

2

- Znati vključiti bolnika z rakom v proces diagnostike in zdravljenja
- Spoštovati bolnikovo avtonomijo (pravica do drugačnega mnenja)
- Z informiranjem poskušati doseči spremembo zdravju škodljivih vedenj bolnika z rakom
- Z informiranjem poskušati bolnika prepričati o pomenu doživljenjskega zdravljenja
- Zgraditi mora partnerski odnos bolnik-zdravnik

3

- Poznati razširjenost raka po spolu in starosti na področju, kjer dela
- Znati mora racionalno naročati preiskave pri bolniku z rakom in rezultate vrednotiti
- Pri zgodnjih znakih raka vedeti, kdaj je treba izpeljati dodatno diagnostiko, kdaj pa še lahko čaka
- Znati bolnika informirati o bolezni, njenem poteku in zdravljenju, tako brez kot z zdravili
- Znati ukrepati v nujnih primerih
- Poznati pomen aktivnega iskanja dejavnikov tveganja za rak in pomen aktivnega odkrivanja bolezni
- Biti kritičen do napotitev na sekundarni nivo

4

- Znati izluščiti biološke, psihološke in socialne aspekte vpliva bolezni na bolnika z rakom in njegovo družino, delo, okolje
- Znati bolnikom z rakom svetovati pri odpravljanju nezdravih življenjskih navad
- Znati bolniku z rakom razložiti, da je cilj zdravljenja poleg kontrole osnovne bolezni tudi kontrola pridruženih bolezni in stanj (krvni tlak, motnja v presnovi maščob, sladkorna bolezen, degenerativne bolezni gibal...)
- Upoštevati, da je ogroženost bolnika z [illegible]n velika
- Iskati in preprečevati mora zaplete bolezni
- Znati ukrepati pri morebitnih zapletih

5

- Znati ugotoviti življenjski slog bolnika in mu svetovati, kje so v okviru družine in skupnosti še možnosti za spreminjanje zdravju škodljivih navad
- Znati zagotoviti kakovostno oskrbo bolnika tudi ob omejenih finančnih virih
- Povezati se znati tudi z delodajalcem/varnostnim inženirjem/ pooblaščenim zdravnikom,

ko gre za bolnika, ki zaradi maligne bolezni svojega dela ne zmore več
- Znati voditi smotrno ocenjevati bolnikovo sposobnost za delo
- Znati uvesti in voditi postopek pred in po oceni na IK

6
- Znati prepoznati bolnikova stališča in vrednote ter vpliv le-teh na zavedanje in zdravljenje
- Bolnika informirati in motivirati za zdravljenje in preprečevanje zapletov
- Bolnika sprejemati realno in empatično
- Pri obravnavi bolnika z rakom upoštevati etična načela (enakost, bolnikova samostojnost)
- Svetovanje mora prilagoditi bolnikovim socialnim in kulturnim razmeram

LITERATURA:

1) *Primic Žakelj M, Zadnik V. Nekaj osnovnih podatkov in zanimivosti iz zadnjega letnega poročila registra raka za Slovenijo. Onkološki inštitut Ljubljana. URL: http://www.onko-i.si/uploads/rakvSlo-2006.pdf. Dostop 19.10.2007.*
2) *Švab I, Rotar Pavlič D, Družinska medicina. Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Ljubljana 2002.*
3) *Lahajnar S, Švab I, Čufer T, Krčevski-Škvarč N, Manohin A, Kersnik J, Ažman D, Velepič M, Logonder M, Sonc, M, Berložnik M, Pentek M, Vodopivec Jamšek V, Tomazin I. Priporočila za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom. Ljubljana: Glaxo Wellcome Export, 2001.*
4) *Fras AP. Onkologija. Katedra za onkologijo in radioterapijo, Onkološki inštitut v Ljubljani. - Ljubljana, Radovljica : Didakta, 1994.*
5) *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list RS, Ljubljana 9/1992.*
6) *Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Uradni list RS, Ljubljana 12/92, 5/94,7/96.*
7) *Heyriman J (ed). The EURACT Educational Agenda. European Academy of Teachers in General Practice EURACT, Leuven 2005.*

BOLNIK S SRČNIM POPUŠČANJEM(SP)

Ksenija Tušek Bunc

UVOD

Srčno popuščanje (SP) je stanje, pri katerem je zaradi neustreznega delovanja srca minutni volumen kljub normalnemu polnitvenemu tlaku, premajhen za presnovne potrebe tkiv. Največkrat je minutni volumen srca neustrezen samo med telesnimi obremenitvami, pri hujši prizadetosti srca pa tudi v mirovanju

Črpalna odpoved je navadno posledica sistolične disfunkcije, ki najpogosteje nastane zaradi okvare miokarda (npr. zaradi miokardnega infarkta), ko je v ospredju motena krčljivost miokarda. Včasih tudi diastolična disfunkcija povzroči srčno odpoved, kadar je motena relaksacija in raztegljivost prekata. Zdi se, da je sistolična disfunkcija pogostejša pri starejših in da ima boljšo prognozo.

V asimptomatskih primerih govorimo o sistolični ali diastolični disfunkciji.

Srčno popuščanje ni bolezen, temveč sindrom, sestavljen iz simptomov in kliničnih znakov, ki so posledica pljučne in sistemske venske kongestije: premajhnega pretoka krvi (hipoperfuzije) v tkivih in posledično prekomerne aktivacije živčnohumuralnega sistema. Klinično je torej srčno popuščanje sindrom, ki ga sestavljajo dispnea, utrujenost in zadrževanje tekočine (periferni edemi in zvišan jugularni venski tlak), kar vse je posledica prekatne disfunkcije.

Pri bolnikih s srčnim popuščanjem, je vedno treba ugotoviti osnovno bolezen. Najpogosteje sta to:

1. koronarna in
2. hipertenzivna srčna bolezen

Sprožilni dejavniki za srčno popuščanje so:

Nekardialni:

prekomerno uživanje soli in vode (neupoštevanje navodil)
zloraba alkohola
neustrezno jemanje zdravil
telesna neaktivnost
infekcije
pljučna embolitelesna neaktivnost
infekcije
pljučna embolija
hipertenzija

ledvična disfunkcija
tireotoksikoza ali disfunkcija ščitnice (npr. po amiodaronu)
vročina
anemija
zdravila (NSAR, verapamil. diltiazem, antiaritmiki razen amiodarona)
Kardialni:
atrijska fibrilacija
miokardna ishemija (pogosto brez simptomov) tudi srčni infarkt
motnje ritma in prevajanja (blaga prekatna in nadprekatna aritmija, bradikardija)
pojav ali poslabšanje trikuspidalne ali mitralne insuficience
preveliko zmanjšanje prelouda (npr. zaradi uporabe diuretikov in zaviralcev ACE/nitratov)
Poleg osnovne bolezni in sprožilnih dejavnikov je potrebno opredeliti še:
stopnjo srčnega popuščanja
patofiziološko stanje srčne mišice
To je edina pot za optimalno obravnavo in zdravljenje. Zdravljenje srčnega popuščanja brez poznavanja osnovne bolezni je npr. kot zdravljenje anemije simptomatsko brez etiološke opredelitve.
Zakaj je srčno popuščanje pomembno
1. Srčno popuščanje je pogosto (in še narašča)
2. Srčno popuščanje ima veliko obolevnost
3. Srčno popuščanje ima veliko umrljivost (maligno stanje)
Kronično srčno popuščanje kot končna posledica različnih srčnih bolezni predstavlja velik javno zdravstveni problem, saj narašča tako njegova incidenca in prevalenca. Prevalenca znaša 0,4 do 2%. Srednja starost je 74 let. Pričakuje se, da bo zaradi staranja populacije in vse večjega števila kroničnih koronarnih bolnikov, ki zaradi boljšega zdravljenja preživijo akutni miokardni infarkt, kmalu doseglo epidemične razsežnosti.
Bolniki s srčnim popuščanjem imajo slabo kakovost življenja. Zaradi poslabšanj bolezni so potrebne pogoste hospitalizacije, smrtnost pri napredovanem srčnem popuščanju pa je primerljiva ali celo večja kot pri nekaterih rakavih boleznih. Polovica bolnikov z diagnozo srčnega popuščanja umre v 4 letih, več kot polovica bolnikov s hudo obliko bolezni pa v prej kot v enem letu. Prognozo lahko izboljšamo s hitrim odkrivanjem, pravilno diagnostiko in sodobnim načinom zdravljenja.

1.VODENJE PRIMARNE OSKRBE

Študent

Študent mora vedeti, da je ključnega pomena preprečevanje nastanka srčnega popuščanja in potem, ko je že prišlo so srčne disfunkcije, preprečevanje napredovanja srčnega popuščanja ključnega pomena. Ob tem je še kako pomembno aktivno iskanje dejavnikov tveganja v populaciji ter poznavanje in ustrezno vodenje bolezni, ki vodijo v srčno popuščanje: v 70% je to ishemična bolezen srca četudi zdravljena z odvodom ali balonsko dilatacijo venčnih arterij, hipertenzivna srčna bolezen, skupina primarnih ali sekundarnih kardiomiopatij, bolezni srčnih zaklopk (operiranih ali neoperiranih) in redkeje vnetne bolezni srčne mišice. Študent mora vedeti kateri so najpogostejši sprožilni dejavniki za srčno popuščanje.
Študent mora vedeti, da je za postavitev diagnoze srčnega popuščanja potrebna:
1. Dobra družinska in osebna anamneza
2. Klinični pregled
3. Napotitev bolnika na laboratorijske preiskave: celotno krvno sliko, serumsko koncentracijo elektrolitov, kreatinina, glukoze in jetrnih encimov ter analizo urina, v skadu sklinično sliko pa še na dodatne teste npr. za oceno ščitnične funkcije
4. Določitev plazemske koncentracije nekaterih natriuretičnih peptidov in njihovih predstopenj, zlasti možganskega natriuretičnega peptida (BNP) in N-konca predoblike NT-pro BNP)
5. Napotitev bolnika na EKG (12 odvodov) (stanje po miokardnem infarktu, levokračni blok, atrijska fibrilacija, hipertrofija levega prekata kažejo na možnost disfunkcije levega prekata)
6. Napotitev bolnika na RTG prsnih organov: povečanje srca in pljučna venska hipertenzija ali edem kažeta na pomembno srčno patologijo
7. Napotitev bolnika na ehokardiografijo – zlati standard v diagnostiki srčnega popuščanja (lahko natančno opredeli sistolno ali diastolno disfunkcijo)
8. Napotitev bolnika na radioizotopsko ventrikulografijo (ne omogoča natančnješe vizualizacije struktur srca – zato manj uporabna kot ehokardiografija)

9. Napotitev bolnika na posebne preiskave: obremenitveno testiranje, srčna kateterizacija, endomiokardna biopsija in ambulantna monitorizacija EKG
Bolniku mora študent znati razložiti, kako naj spremeni svoj (življenjski slog, razvada navade), ki vplivajo na nastanek, poslabšanje oz. napredovanje srčnega popuščanja (redukcija telesne teže pri debelih, omejen in kontroliran vnos soli in tekočine, opustitev razvad – alkohola, kajenja, nekontroliranega jemanja analgoantirevmatikov, prilagojena redna fizična aktivnost – več počitka le med poslabšanji).
Poznati mora zdravila za obvladovanje srčnega popuščanja (osnove).
Poznati mora razdelitev srčnega popuščanja v razrede Newyorškega združenja za srce (NYHA).
Razred I: Ni omejitve: običajna telesna aktivnost ne povzroča utrujenosti, dispneje ali palpitacij
Razred II : Blago omejena telesna aktivnost: brez težav v mirovanju, običajne aktivnosti pa sprožijo utrujenost, dispnejo in palpitacije
Razred III : Znatno omejena telesna aktivnost: brez težav v mirovanju, že manjše kot običajne aktivnosti sprožijo simptome
Razred IV : Nezmožnost kakršne koli aktivnosti brez težav: simptomi srčnega popuščanja so prisotni celo v mirovanju in se povečajo pri vsaki telesni aktivnosti
Temeljno gradivo za klinični pristop k bolniku s srčnim popuščanjem predstavlja učbenik Interna medicina, učbenik »Na dokazih temelječe medicinske smernice«, posodobljene smernice evropskega združenja za kardiologijo » GUIDELINES FOR DIAGNOSIS AND TRETMENT OF CHRONIC HERT FAILURE« iz leta 2005 ter »Smernice za diagnostiko in zdravljenje kroničnega srčnega popuščanja« Združenja kardiologov Slovenije – Delovne skupine za srčno popuščanje iz leta 2007

Specializant

Specializant mora poznati poleg navedenega še svetovanje (zdravstvena vzgoja) bolniku s srčnim popuščanjem, indikacije za diagnostične preiskave pri srčnem popuščanju, poznati zdravljenje srčnega popuščanja z zdravili in njihove kontraindikacije ter zaplete, bolnika mora znati naročati na ustrezen časovni interval (znanje).
Na osnovi kliničnih znakov mora znati uvrstiti bolnika v določen razred po klasifikaciji NYHA.
Vir za pridobitev dodatnega znanja za vodenje zahtevnejšega bolnika s srčnim popuščanjem so posodobljene smernice evropskega kardiološkega združenja, predvsem pa najnovejše smernice za diagnostiko in zdravljenje kroničnega srčnega popuščanja Slovenskega kardiolološkega združenja – delovne skupine za srčno popuščanje iz leta 2007, dodatna literatura ter udeležba na učnih delavnicah na temo srčnega popuščanja.
Specializant mora poznati absolutne kontraindikacije za programirane operativne posege pri bolniku s srčnim popuščanjem (npr. neurejena arterijska hipertenzija, motnje ritma, neurejen krvni sladkor, anemija, ipd) in kdaj je potrebno pred predvideno operacijo bolnika s srčnim popuščanjem poslati še na dodatne preiskave oz. k usmerjenemu specialistu kardiologu (znanje).
Specializante je potrebno naučiti, kako nastaviti in urediti narediti register bolnikov s srčnim popuščanjem (veščina): prikaz registra katere od kroničnih bolezni, ki ga sam prilagodi za vodenje bolnika s srčnim popuščanjem.
Preštudira naj tudi ustrezno literaturo o nujnih pogojih za kakovostno vodenje bolnika s srčnim popuščanjem .

2. V OSEBO USMERJENA ZDRAVSTVENA OSKRBA

Študent

Študent se mora zavedati, da je odnos med bolnikom in zdravnikom dolgotrajen in partnerski, saj ima bolnik pravico in dolžnost soodločati ter aktivno sodelovati v procesu zdravljenja (stališče). Stališča si študent najlažje izoblikuje z opazovanjem mentorja, kako se pogovarja (sporazumevanje) z bolnikom s srčnim popuščanjem.
Študent mora spoznati in ločiti načine ukrepanja pri srčnem popuščanju:
1. stanje, ki zahteva takojšnjo urgentno napotitev v bolnišnico (npr. znaki pljučnega zastoja vključno s pljučnim edemom, huda dispnea, izraziti edemi, anasarka.)
2. stanje, ki zahteva nenujno napotitev k usmerjenemu specialistu (npr. zaradi ehokardiografije)
3. kontrolni pregled v ambulanti (npr. nadzor nad jemanjem zdravil, neurejen krvni sladkor, neurejen krvni tlak, motnja v presnovi maščob, presnovni sindrom, nenormalna izguba telesne teže, prekomerno in nekontrolirano uživanje soli, alkoholizem, pridružene bolezni in stanja kot sprožilni dejavniki....)(veščina).

Specializant

Specializant mora z bolnikom znati vzpostaviti partnerski odnos, bolnika seznaniti z njegovo boleznijo ter oceniti bolnikovo pripravljenost za sodelovanje pri diagnostiki, zdravljenju in vodenju njegove bolezni ter znati bolnikom približati načela vodenja in jih ustrezno usposobiti za pravočasno in primerno ukrepanje ob poslabšanju bolezni (veščina).
Spoštovati in upoštevati mora bolnikove želje in možnosti pri uvajanju nefarmakoloških ukrepov in pri zdravljenju z zdravili (stališče). Z bolnikom se mora znati pogajati, če so bolnikova stališča drugačna od priporočil smernic in postopke zdravljenja prilagoditi željam bolnika (veščina).
Sporazumevanja s kroničnim bolnikom naj se specializant nauči pri vsakdanjem delu v ambulanti, pa tudi v modulih.
Specializant mora poznati akutne zaplete srčnega popuščanja, njihovo prepoznavo in ukrepanje (znanje). Teoretične osnove omenjenih stanj si

naj prebere v učbeniku Interna medicina, učbeniku »Na dokazih temelječe medicinske smernice«, priročniku Nujna stanja in v smernicah za vodenje bolnika s srčnim popuščanjem Evropskega in Slovenskega kardiološkega združenja
Ob takih zapletih se mora specializant naučiti ustrezno ukrepati (npr. pljučni edem, akutni koronarni sindrom, pljučnica, tireotoksikoza....)(veščina).
Specializant mora vedeti, kako in kje je organizirano zdravstveno varstvo bolnikov s srčnim popuščanjem v njegovi regiji oz. mestu (zdravnik družinske medicine s posebnimi dodatnimi znanji ali specialist kardiolog v specializiranih ambulantah) in poznati principe napotovanja (znanje).

3. SPEČIFIČEN NAČIN REŠEVANJA PROBLEMOV

Študent

Študent mora znati srčno popuščanje diagnosticirati in poznati principe vodenja srčnega popuščanja (znanje). Sposoben mora biti pomiriti zaskrbljenega bolnika ob postavitvi diagnoze ali zapletu (veščina).
Vedeti mora, kdaj in kako hitro je potrebno bolnika napotiti k usmerjenemu specialistu ali v bolnišnico (npr. bolnik s pljučnim edemom potrebuje takojšnje ukrepanje in nujno napotitev v bolnišnico v spremstvu zdravnika.) (znanje). Znanje o nujnosti posameznih stanj si najlažje pridobi iz učbenika Interna medicina, učbenika »Na dokazih temelječe medicinske smernice«, priročnika Nujna stanja in v posodobljenih smernicah evropskega združenja za kardiologijo » GUIDELINES FOR DIAGNOSIS AND TRETMENT OF CHRONIC HERT FAILURE« iz leta 2005 ter v »Smernicah za diagnostiko in zdravljenje kroničnega srčnega popuščanja« Združenja kardiologov Slovenije – Delovne skupine za srčno popuščanje iz leta 2007.

Specializant

Specializant mora znati bolniku razložiti, da gre kronično bolezen, ki je ni moč pozdraviti in ga prepričati v nujnost doživljenjskega zdravljenja srčnega popuščanja, ki pa ga je mogoče modificirati in prilagajati (veščina).
Specializant mora poznati (znanje) in suvereno obvladovati (veščina) nujna in zelo nujna stanja in zaplete srčnega popuščanja (pljučni edem...) ter

ustrezno oskrbljenega bolnika predati specialistu v bolnišnici.
Obvladovanja nujnih stanj se lahko teoretično nauči iz priročnika Nujna stanja, praktično pa se je z nujnimi stanji že srečal v času pripravništva na bolnišničnih oddelkih, z opazovanjem oskrbe nujnega bolnika pri svojem mentorju v ambulanti in na dežurstvu, oziroma kadar lahko sam oskrbi bolnika z nujnim stanjem.

4. CELOSTEN PRISTOP

Študent

Študent mora poznati pomen z zdravjem povezanega načina življenja (prilagojena in redna telesna dejavnost, normalna telesna teža, kontroliran vnos tekočine in soli, kajenje, alkohol) (znanje). Zavedati se mora potrebe po odpravljanju vseh dejavnikov tveganja, za zmanjšanje obolevnosti in umrljivosti zaradi srčnega popuščanja (stališče).
Ta znanja in stališča lahko pridobi v zdravstveno-vzgojnih centrih zdravstvenih domov po Sloveniji (»zdravstveno-vzgojne delavnice CINDI«). Priporočamo, da prebere tudi zdravstveno-vzgojno gradivo, ki je na voljo za bolnike.

Specializant

Specializant mora imeti že izdelana stališča do zdravega načina življenja. Znati mora bolniku s srčnim popuščanjem svetovati, kako in zakaj naj spreminja nezdrave navade (npr. bolniku mora na razumljiv način razložiti vlogo natrija pri srčnem popuščanju v povezavi z zastajanjem tekočine in pridobivanjem telesne teže. S tem je povezano tudi oteženo dihanje in potreba po jemanju diuretikov) in kako brez zdravil z nefarmakološkimi ukrepi vpliva na potek bolezni (veščina). Ker gre za veščino sporazumevanja, se tega specializant najlaže nauči z opazovanjem mentorja. Ko kasneje sam poizkuša bolnika prepričati o pomembnosti odpravljanja zdravju škodljivih življenjskih navad, mora spoštovati bolnikova stališča in upoštevati njegove (z)možnosti (npr. dispnoičen bolnik, ki živi v šestem nadstropju stolpnice z večno pokvarjenim dvigalom, bo težko primerno telesno aktiven, ipd) (stališče).

5. USMERJENOST V SKUPNOST

Študent

Študent mora poznati pomen dejavnikov okolja pri nastanku in napredovanju srčnega popuščanja (znanje). Študent se mora zavedati, da je potrebno bolnika zdraviti v okviru strokovnih priporočil in finančnih možnosti zdravstvenega sistema, da je razmerje med doseženo koristjo in ceno najugodnejše (stališča).
Študent mora poznati razloge za začasno in stalno delanezmožnost bolnika s srčnim popuščanjem ter postopek napotitve na invalidsko komisijo (znanje). To znanje pridobi tako, da prebere poglavje o bolniškem staležu v učbeniku Družinska medicina in medicine dela ali sodeluje na Katedri pri seminarju o bolniškem staležu in trajni delanezmožnosti.

Specializant

Specializant mora pri svetovanju zdravega načina življenja upoštevati bolnikovo družinsko in širše socialno okolje, vešč mora biti pri svetovanju spreminjanja razmer, da bo okolje bolnika kar najbolj stimuliralo uspešno zdravljenje (veščina).
Specializant mora biti pri zdravljenju srčnega popuščanja racionalen pri porabi finančnih sredstev, a ohraniti ključno vodilo- izboljšanje zdravja bolnika (veščina). Poznati mora pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki se nanašajo na predpisovanje zdravil (znanje), kar pridobi s spremljanjem publikacij ZZZS.
Čeprav je srčno popuščanje bolj ali manj bolezen starostnikov, mora specializant zaradi podaljševanja delovne dobe in seveda tudi zaradi možnosti, da zboli aktivni zavarovanec, poznati pravne podlage za bolniški stalež, česar se lahko nauči tako, da prebere pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja in delovno zakonodajo s področja začasne in trajne nezmožnosti za delo (znanje). Poznati mora okvirno trajanje bolniškega staleža ob poslabšanjih srčnega popuščanja, kot ga priporoča ZZZS v svoji publikaciji (znanje). Poznati mora kategorije invalidnosti, kriterije, ki jih je potrebno izpolnjevati za dodelitev dodatka za pomoč in postrežbo ter telesno okvaro

(znanje).
Specializant mora znati voditi bolniški stalež ter bolnika s poslabšanji in zapleti srčnega popuščanja predstaviti invalidski komisiji zaradi ocene delazmožnosti ali potrebe po dodatku zaradi tuje pomoči in postrežbe (veščina).

6. CELOVITO OBLIKOVANJE MODELOV

Študent

Študent se mora zavedati, da se bolniki s srčnim popuščanjem zelo razlikujejo v odnosu do lastne bolezni (nekateri so prestrašeni, drugi brezbrižni, tretji sprejemajo bolezen racionalno...), kar je posledica osebnih, socialnih, kulturnih, etičnih, verskih in drugih razlik (stališča).
Pri obravnavi bolnika se mora vselej zavedati temeljnih etičnih načel (stališča). Študent mora vsaj okvirno ugotoviti bolnikovo socialno stanje ter njegove morebitne zadržke pri zdravljenju (kulturna, verska in etnična načela) (veščina).

Specializant

Specializant mora svoje nasvete prilagoditi bolnikovemu značaju, sposobnostim razumevanja in razmeram (veščina).
Specializant mora sprejeti bolnika takšnega, kot ta je, tudi če njuna prepričanja različna. Pri svojem delu mora spoštovati etična načela, zlasti načelo pravičnosti in bolnikove avtonomije (stališče).

ZAKLJUČEK

Tako kot drugod po svetu, se bomo tudi v Sloveniji soočili z vedno večjim številom bolnikov s srčnim popuščanjem. Zaradi pogostnosti problema vsled staranja prebivalstva in potrebe po doživljenjskem zdravljenju, ter zaradi neposrednega vpliva dejavnikov tveganja, ki so pogojeni z bolnikovim življenjskim stilom, na katerega vpliva tudi družina in širše socialno okolje, lahko bolnika uspešno vodi le zdravnik družinske medicine s svojim znanjem, ki presega le znanje o kliniki malignega bolezenskega sindroma, kot je srčno popuščanje.

Ob velikem finančnem bremenu, ki ga zdravljenje srčnega popuščanja predstavlja, je potreben racionalen in v bolnika usmerjen pristop. Bolnikovo sodelovanje v zdravljenju, ki temelji na rednem jemanju predpisanih zdravil ob obveznem spreminjanjem in opuščanju nezdravih navad, krepi pristen partnerski odnos, ki bolniku omogoča, da aktivno sodeluje v procesu zdravljenja. Bolnik mora imeti tudi možnost, da odkloni predlagane postopke zdravljenja, če so v nasprotju z njegovimi stališči ter vrednotami.

Pri obvladovanju srčnega popuščanja se mora zdravnik zavedati, da se bo z bolnikom srečeval pogosto in dolgo časa, učinki zdravljenja bodo bolj ali manj uspešni in pogosto kratkotrajni. Hitri uspehi še niso znanilci dolgoročnega uspeha. Prav zato zahteva zdravljenje bolnika s srčnim popuščanjem veliko potrpežljivosti in pozitivne motivacije obeh, tako bolnika kot zdravnika!

Primer:

Razlog prihoda:

78-letna bolnica prihaja zaradi kašlja, težkega dihanja, utrujenosti, otekanja nog in slabega počutja. Zadnje čase opaža tudi, da ji otekajo noge in da vse težje zmore napore, zlasti hojo po stopnicah. Zdravi se zaradi povišanega krvnega tlaka, prejema ACE inhibitor (Enalapril 10 - 2 krat dnevno), ima povišan holesterol in mejno povišane vrednosti KS, zaradi česar naj bi se dietno prehranjevala. Krvni tlak je imela do sedaj dobro urejen. Pogosto jo boli hrbtenica in jo trga po sklepih, tedaj vzame Ketonal, ki ji ga je odstopila soseda, Lekadola, ki pa ji ga je predpisala osebna zdravnica pa ne uporablja, saj ji nič ne pomaga, v dozi pa, kot ji jo je svetovala zdravnica, pa bi ji verjetno škodoval.

Zaradi trdovratnega dražečega kašlja je v spremstvu sina obiskala dežurnega zdravnika, ki ji je potem , ko mu je povedala katera zdravila uporablja, svetoval, naj opusti ACE inhibitor, kar je podkrepil še z dejstvom, da ima dobro urejen krvni tlak. Upoštevala je njegov nasvet, a se kašelj ni umiril, stanje se je celo poslabšalo, vse težje je dihala, in tudi noge so ji vse bolj otekale. Bolnica tudi pove, da ponoči hodi pogosteje na vodo, slabo spi, saj mora ponoči v postelji sedati, da pride do sape, zbuja se utrujena.

Gospa je upokojenka, vdova, ima sina, ki za mamo sicer lepo skrbi, a ima sam svojo družino, naporno službo in tudi kup zdravstvenih težav. Gospa je zaradi osamljenosti pogosto žalostna in nejevoljna, želela bi si več stikov s sinom in vnukinjo, ki pa zaradi študija tudi nima več toliko časa zanjo.

Je nekadilka, alkohola popije do 1 E samo ob redkih priložnostih.

Je prekomerno prehranjena, rediti naj bi se je začela po rojstvu sina, še najboj pa potem, ko je izgubila menstruacijo. Gospa si kuha sama, a prizna, da se ne prehranjuje redno, da je le 2 krat dnevno in da ima zelo rada sladkarije. Giblje se le, kolikor je nujno znotraj svojega stanovanja, ki je v 4. nadstropju starega bloka brez dvigala. Najraje sedi pred televizorjem in gleda nadaljevanke, na sprehod pa gre le če pride sin in vnukinja, kar pa je zelo redko.

Družinska anamneza.:

Mati je umrla v starosti 69 let, menda je bila vodenična, očeta ni poznala. Sin tudi ima povišan krvni tlak in holesterol.

Klinični pregled:

Telesna višina 160, teža 88,3 kg, pas 110 cm, ITM 35

Vratne vene: sede prazne (ocena težka zaradi debelosti in kratkega vratu)
Srce: akcija aritmična, pospešena, toni zamolkli, šumov ni slišati
Pljuča: obojestransko bazalno inspiratorni poki
KT: 148/74 mm Hg, pulz aritmičen 100/min
Okončine periferni pulzi bp, izraziti pretibilani edemi
Laboratorij:
Hemogram bp
KS: 6,8 mmol/l, HgbA1C: 6,5%.
holesterol: 6,26 mmol/l, HDL: 0,7, LDL: 3.9 triglicerigi: 1,6 mmol/l,
kreatinin 101µmol/l, sečnina 7,6 mmol/l, urea 403 µmol/l
K 4,6 mmol/l
Urin: sediment. 1-2 Eri; 5-10L; prisotne bakterije
EKG: atrijska fibrilacija s tahikardnim odgovorom ventriklov
RTG pljuč: povečano srce in pljučna kongestija

Mentor in študent (specializant) naj razpravljata o:
- O pristopu k odkrivanju bolnikov z zdravstvenimi stanji, ki vodijo v s srčno popuščanje v družinski medicini.
- O identifikaciji dejavnikov tveganja (povišan krvni tlak, debelost, telesna nedejavnost,
- O nepravilni prehrani, obremenitev s soljo in tekočino, NSAR, dedna obremenjenost)
- O simptomih in znakih srčnega popuščanja
- O opredelitvi simptomov v blage, zmerne in hude
- O uvrstitvi bolnika v razrede NYHA
- O potrebnih preiskavah za potrditev diagnoze srčnega popuščanja
- O izobraževanju bolnika in svojcev.
- O priporočenih nefarmakoloških ukrepih oz. svetovanju spreminjanja zdravju škodljivih navad
- O prehranjevalnih navadah, dieti, vnosu soli in tekočine, uživanju alkohola, kajenju, telesni aktivnosti, stresu in depresiji.
- O dietnih ukrepih in predpis telesne dejavnosti
- Oo spolni aktivnosti, potovanjih, cepljenjih
- O zdravljenju z zdravili- katera, kako, kdaj? O stranski učinki zdravil.
- O terapevtskem načrtu in bolnikovem pristanku na zdravljenje
- O možnosti spodbujanja samoodmerjanja diuretikov, ki naj jih bolnik

prilagodi spremembam v simptomih in telesni tekočini (bilanca tekočine).
- O zdravilih, pri katerih je potrebna previdnost oziroma se jih morajo bolniki izogibati
- O vodenju kronične bolezni
- O možnih spremembah v družinskem okolju.
Potrebnih preiskavah za potrditev diagnoze maligne bolezni
- Oceni stanja in prognozi
- O priporočenih nefarmakoloških ukrepih oz svetovanju spreminjanja zdravju škodljivih vedenj.
- O zdravljenju z zdravili, kako, kaj in kdaj?
- O zerapevtskem načrtu in bolnikovem informiranem pristanku na zdravljenje
- O vodenju kronične bolezni, delovni sposobnosti, ciljnih vrednostih kontroliranih parametrov, zapletih in reševanju le-teh
- O vplivu bolezni na bolnika, njegovo družino, delo ter o morebitnih spremembah v družinskem in delovnem okolju.

Didaktični cilji - študent

1

- Poznati pomen poznavanja osnovne bolezni in stanj (sprožilni dejavniki), ki lahko sprožijo nastanek in/ali napredovanje SP
- Poznati zgodnje simptome in znake SP
- Poznati diagnostične postopke (zlati standard) pri SP
- Poznati osnovne principe zdravljenja SP

2

- Vedeti, da okolje vpliva na razvoj SP in bolnikovo sodelovanje pri zdravljenju
- Poznati pomen vključevanja bolnika s SP v proces zdravljenja
- Poznati pomen stalnosti odnosa za uspešno vodenje bolnika s SP

3

- Poznati indikacije in nujnost napotitev na sekundarni nivo ali v bolnišnico
- Poznati najpogostejše osnovne bolezni in stanja (sprožilni dejavniki), ki lahko sprožijo in/ali povzročijo napredovanje SP in njihovo preprečevanje

4

- Poznati pomen osnovne bolezni in sprožilnih dejavnikov za nastanek in/ali napredovanje SP
- Poznati pomen nemedikamentoznega zdravljenja SP (omejitev soli in tekočine, gibanje, normalizacije telesne teže, alkohol)
- Vedeti, da bolezen poteka z poslabšanji in izboljšanji

5

- Zavedati se potrebe po racionalni porabi finančnih virov
- Poznati indikacije za bolniški stalež pri SP
- Poznati postopek ocene pred ik

6

- Zavedati se različnega doživljanja bolezni pri bolnikih s SP (poveličevanje, zanikanje) glede na etnično, socialno, kulturno, versko... okolje.
- Poznati pomen etičnih načel enakosti in bolnikove samostojnosti
- Znati oceniti bolnikove finančne zmožnosti in socialno stanje in morebitne zadržke ali prepričanja

Didaktični cilji - specializant

1

- Poznavanje preiskav (zlati standard) pri SP in njihovih indikacij
- Nastavitev in vodenje registra bolnikov s SP
- Nemedikamentozni ukrepi pri SP
- Principi zdravljenja SP z zdravili
- Delitev dela med primarnim in sekundarnim nivojem pri obravnavi bolnika s SP
- Priprava bolnika z SP na operativni poseg

2

- Znati mora vključiti bolnika s SP v proces zdravljenja
- Spoštovati mora bolnikovo avtonomijo (pravica do drugačnega mnenja)
- Z informiranjem mora poskušati doseči spremembo nezdravega vedenjskega stila bolnika s SP
- Z informiranjem poskušati bolnika prepričati o pomenu zdravljenja SP
- Zgraditi mora partnerski odnos bolnik-zdravnik

3

- Bolniku povedati, da je možno bolj ali manj uspešno nadzirati SP
- Znati preprečevati poslabšanja in/ali napredovanje SP
- Znati ukrepati pri poslabšanju SP
- Biti kritičen do napotitev na sekundarni nivo in hospitalizacij

4

- Znati bolniku s SP svetovati, kako odpraviti oz. vplivati na sprožilne dejavnike
- Znati bolniku razložiti, da je cilj zdravljenja poleg obvladovanja znakov SP, obvladovanje bolezni in stanj, ki lahko sprožijo in/ali sodelujejo pri napredovanju SP
- Znati poudariti pomen zmanjšanja celokupnega tveganja za pojav SP

5

- Znati prepoznati življenjski slog bolnika in mu svetovati, kje so v okviru družine in skupnosti še možnosti za izboljšanje
- Znati mora zagotoviti kakovostno oskrbo bolnika z SP tudi ob omejenih finančnih virih
- Se povezati z delodajalcem, ko gre za bolnika, ki zaradi sp svojega dela ne zmore več
- Znati voditi bolniški stalež bolnika s SP
- Znati voditi postopek pred in po oceni na ik

6

- Znati prepoznati bolnikova stališča bolezni in vrednote ter vpliv le-teh na zavedanje in zdravljenje
- Sposobnost sprejeti bolnika takega, kot je (empatija)
- Pri obravnavi bolnika s SP upoštevati etična načela (enakost, bolnikova samostojnost)
- Svetovanje prilagoditi bolnikovim socialnim in kulturnim razmeram

LITERATURA:

1) *Kocijančič A, Mrevlje F. Interna medicina. Srčno popuščanje. Ljubljana 2005.*
2) *Ellonen M. Kronično srčno popuščanje. In: Kunnamo I. Na dokazih temelječe medicinske smernice. Slovenska izdaja. Zavod za razvoj družinske medicine, Ljubljana 2006;138-43*
3) *ECS Guidelines. Commite for Practice Guidelines and Policy Conferences. To improve the quality of clinical practice and patient care in Europe. Guidelines for the Diagnosis nad tretmant of chronic Heart Failure. European heart Journal. 2005.*
4) *Smernice za diagnostiko in zdravljenje srčnega popuščanja. Združenje kardiologov Slovenije – delovna skupina za srčno popuščanje 2007, letnik III, supplement 1, ISSN 1581-8543*
5) *Kavčič S. Nujna stanja. Pravočasno in pravilno. Združenje zdravnikov družinske medicine SZD. Ljubljana 2000*
6) *Bilban M. Medicina dela. ZVD, Ljubljana 1999.*
7) *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list RS, Ljubljana 9/1992.*
8) *Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Uradni list RS, Ljubljana 12/92, 5/94,7/96.*
9) *Heyriman J (ed). The EURACT Educational Agenda. European Academy of Teachers in General Practice EURACT, Leuven 2005.*

BOLNIK S SLADKORNO BOLEZNIJO (SB)

Mateja Bulc

UVOD

V letu 2000 je zaradi komplikacij sladkorne bolezni (SB) tip 2 umrlo 3,2 milijonov ljudi. SB 2 ima v državah Evropske unije že približno 25 milijonov ljudi, 60 milijonov pa ima ugotovljene dejavnike tveganja za razvoj te bolezni.
V Sloveniji je več kot 90.000 registriranih sladkornih bolnikov: 75 % jih ima sladkorno bolezen (4.500 tip 1, ostali SB tip 2 in gestacijski diabetes 1 %), 25 % pa moteno toleranco za glukozo. Prevalenca bolezni je 6 %, zadnja poročila pa omenjajo 8 % razširjenost SB 2 v populaciji od 20 do 79 let. Gestacijski diabetes ima 2 do 5 % vseh nosečnic (1).
Osebe s SB 2 imajo za približno osem let krajšo življenjsko dobo in do štirikrat pogosteje obolevajo za srčno-žilnimi boleznimi, nevropatijami, retinopatijo in nefropatijo (1,2).
Po mednarodnih podatkih je zdravstvena oskrba sladkornih bolnikov vsaj 2,5 krat dražja kot oskrba kontrolne skupine, standardizirana na starost in spol (10). Direktni stroški vključujejo stroške ambulantne in bolnišnične oskrbe, zdravila, medicinske pripomočke in rehabilitacijo; indirektni stroški pa so stroški absentizma in znižanja produktivnosti, invalidnosti in prezgodnje umrljivosti, vanje lahko štejemo tudi neotipljive stroške – npr. znižanje kakovosti življenja.

1.VODENJE PRIMARNE OSKRBE

Študent

Študent mora poznati mora epidemiologijo SB v Sloveniji, poznati mora glavne simptome SB in njene najpogostejše zaplete.
Poznati mora diagnostični postopek pri SB: vedeti mora, da je za postavitev diagnoze sladkorne bolezni potrebno:
1. dvoje meritev krvnega sladkorja na tešče presega 6 mmol/l oziroma kadarkoli (po jedi) 11 mmol/l
2. ena meritev krvnega sladkorja na tešče presega 6 mmol/l oziroma kadarkoli (po jedi) 11 mmol/l, obenem pa ima bolnik že zaplete sladkorne bolezni

Vedeti mora, katere preiskave je potrebno opraviti pri na novo odkritem

bolniku s SB in katere pri vodenju sladkornega bolnika (znanje).
Poznati in izvajati mora osnovne principe in cilje zdravljenja SB in osnovne principe vodenja bolnika s kronično boleznijo (znanje in veščina).
Temeljno gradivo za klinični pristop k bolniku s SB predstavlja učbenik Družinska medicina (2).

Specializant

Specializant mora poznati epidemiologijo, simptome in diagnostični postopek (anamneza, klinični pregled, preiskave) pri SB, indikacije za dodatne diagnostične metode pri SB, (npr. kdaj bolnik potrebuje pregled stopala, nevrologa, okulista, nefrologa, UZ trebuha, natančnejše laboratorijske preiskave ipd). Poznati mora sladkorni bolezni pridružene bolezni, njihovo ugotavljanje in zdravljenje. Obvladati mora nemedikamentozne ukrepe zdravljenja SB in zdravljenje SB z zdravili in njihove kontraindikacije ter zaplete. Bolnike mora naročati na ustrezen časovni interval (znanje).
Vir za pridobitev dodatnega znanja za zahtevnejše vodenje zahtevnejšega bolnika s SB so smernice za vodenje sladkorne bolezni (3) in dodatna literatura (npr. tečaj o SB).
Obvladati mora vodenje bolnika s SB (komunikacija- veščine in stališča) in bolnika vključiti kot partnerja v proces odločanja in zdravljenja.
Poznati mora postopek priprave bolnika z urejeno in neurejeno SB na operativni poseg, absolutne kontraindikacije za programirane operativne posege pri bolniku s SB (npr. neurejen krvni sladkor, komplikacije slabo vodene SB na ledvicah, srcu ipd) in kdaj je potrebno pred predvideno operacijo bolnika s SB poslati še na dodatne preiskave oz. k specialistu diabetologu (znanje).
Sodelovati mora s specialisti pri obravnavi SB (veščina).

2. V OSEBO USMERJENA ZDRAVSTVENA OSKRBA

Študent

Študent mora spoznati pomen stalnosti odnosa za uspešno vodenje bolnika s SB, mora se zavedati, da je odnos med bolnikom in zdravnikom dolgotrajen in partnerski, saj ima bolnik pravico in dolžnost soodločati ter ak-

tivno sodelovati v procesu zdravljenja (stališče). Stališča si študent najlažje izoblikuje z opazovanjem mentorja, kako se pogovarja (sporazumevanje) z bolnikom s SB. Spoznati mora v bolnika usmerjen pristop pri odkrivanju, zdravljenju in vodenju SB in se naučiti upoštevati bolnikova pričakovanja, strahove, cilje (veščina).

Specializant

Specializant mora znati bolnika s SB vključiti v proces diagnostike in zdravljenja
z bolnikom znati vzpostaviti partnerski odnos in oceniti bolnikovo pripravljenost za sodelovanje pri diagnostiki, zdravljenju in vodenju (samokontrole krvnega sladkorja, dnevni, tedenski profil...) bolezni ter znati bolnikom približati načela vodenja in jih ustrezno usposobiti samokontrol (veščina).
Spoštovati in upoštevati mora bolnikovo avtonomijo - pravico do drugačnega mnenja ter njegove želje in možnosti (npr. pri uvajanju nemedikamentoznih ukrepov kot pri zdravljenju z zdravili (stališče). Z bolnikom se mora znati pogajati, če so bolnikova stališča drugačna od priporočil smernic in postopke zdravljenja prilagoditi željam bolnika; z informiranjem mora poskušati doseči spremembo nezdravih vedenj bolnika s SB (veščina).
Sporazumevanja s kroničnim bolnikom naj se specializant nauči pri delu v ambulanti, pa tudi v modulih.

3. SPEČIFIČEN NAČIN REŠEVANJA PROBLEMOV

Študent

Študent mora znati sladkorno bolezen diagnosticirati in poznati principe vodenja SB (znanje). Sposoben mora biti pomiriti zaskrbljenega bolnika ob postavitvi diagnoze ali zapletu (veščina).
Vedeti mora, kdaj in kako hitro je potrebno bolnika napotiti k diabetologu ali v bolnišnico (npr. bolnik z nemim miokardnim infarktom kot zapletom hipertenzije potrebuje takojšnje ukrepanje in nujno napotitev v spremstvu zdravnika) (znanje). Znanje o nujnosti posameznih stanj si najlažje pridobi iz učbenika DM in knjige Sladkorna bolezen (3).
1. Študent mora spoznati in ločiti načine ukrepanja pri sladkorni bolezni:
stanje, ki zahteva takojšnjo napotitev (npr. hipo- ali hiperglikemična kriza, nemi infarkt z EKG spremembami, zapleti na živčevju, ledvicah....)
2. stanje, ki zahteva nenujno napotitev (kronični zapleti sladkorne bolezni)
3. kontrolni pregled v ambulanti (npr. neurejen krvni sladkor, neurejen krvni tlak, motnja v presnovi maščob, presnovni sindrom....)(veščina).

Specializant

Poznati mora razširjenost SB po spolu in starosti na področju, kjer dela (znanje).
Znati mora racionalno naročati preiskave pri bolniku s SB in rezultate vrednotiti, pri zgodnjih znakih SB presoditi, kdaj je treba izpeljati dodatno diagnostiko, kdaj pa še lahko čaka (veščina).
Znati mora bolnika informirati o sladkorni bolezni, njenem poteku in zdravljenju, tako brez kot z zdravili, bolniku razložiti, da gre (praviloma) za podedovano bolezen, ki je ni moč pozdraviti in ga prepričati v nujnost doživljenjskega zdravljenja SB (veščina).
Poznati mora pomen aktivnega iskanja dejavnikov tveganja za SB in pomen aktivnega odkrivanja SB obenem pa biti kritičen do napotitev na sekundarni nivo (znanje in veščina).
Specializant mora poznati (znanje) in suvereno obvladovati (veščina)
nujna in zelo nujna stanja in zaplete SB (hiper- in hipoglikemična reakcija...)
ter ustrezno oskrbljenega bolnika predati specialistu v bolnišnici. Ob takih

zapletih se mora specializant naučiti ustrezno ukrepati (npr. hipoglikemična reakcija, ketoacidoza, akutni koronarni sindrom, možganska kap....), s katerimi se srečuje v dežurni službi in na sprejemnih oddelkih bolnišnic, kjer kroži med specializacijo (veščina).
Obvladovanja nujnih stanj se lahko teoretično nauči iz učbenika Družinska medicina in iz knjige Sladkorna bolezen (3), praktično pa se je z nujnimi stanji že srečal v času pripravništva na bolnišničnih oddelkih, z opazovanjem oskrbe nujnega bolnika pri svojem mentorju v ambulanti in na dežurstvu oziroma kadar lahko sam oskrbi bolnika z nujnim stanjem.

4. CELOSTEN PRISTOP

Študent

Bolnika mora študent sprejemati kot celovito osebnost, ki ima SB (stališče). Zavedati se mora, da je bolezen doživljenjska (stališče). Vedeti mora, da je SB pomemben dejavnik tveganja za bolezni srca in žilja (znanje).
Študent mora poznati pomen z zdravjem povezanega načina življenja (redna telesna dejavnost, normalna telesna teža, omejitev koncentriranih sladkorjev in maščob v prehrani) (znanje). Zavedati se mora zdravega načina življenja in potrebe po odpravljanju vseh dejavnikov tveganja za zaplete SB, ne le koncentracije sladkorja v krvi, za zmanjšanje obolevnosti in umrljivosti (stališče).
Ta znanja in stališča lahko pridobi v zdravstveno-vzgojnih centrih zdravstvenih domov po Sloveniji (»zdravstveno-vzgojne delavnice CINDI«). Priporočamo, da prebere tudi zdravstveno-vzgojno gradivo, ki je na voljo za bolnike.

Specializant

Znati mora izluščiti biološke, psihološke in socialne aspekte vpliva bolezni na bolnika s SB in njegovo družino, delo in okolje (veščina).
Specializant mora imeti že izdelana stališča do zdravega načina življenja. Znati mora bolnikom s SB svetovati pri odpravljanju nezdravih življenjskih navad, zavedajoč se, da je cilj zdravljenja poleg kontrole krvnega sladkorja tudi kontrola pridruženih bolezni in stanj (krvni tlak, motnja v presnovi

maščob itd). Vedeti mora, da je SB pomemben dejavnik tveganja za bolezni srca in žilja in da je ogroženost bolnika s SB enaka ogroženosti koronarnega bolnika (znanje).
Ker gre za veščino sporazumevanja, se tega specializant najlaže nauči z opazovanjem mentorja. Ko kasneje sam poizkuša bolnika prepričati o pomembnosti odpravljanja zdravju škodljivih življenjskih navad, mora spoštovati bolnikova stališča in upoštevati njegove (z)možnosti (npr. nekdo, ki dela od jutra do večera, bo težko dovolj telesno aktiven; upokojenec bo težko kupoval le zdrava živila, ipd) (stališče)
Aktivno mora iskati in preprečevati zaplete SB ter ukrepati pri zapletih SB (znanje in veščina).
Specializant mora znati nastaviti register svojih bolnikov s SB tipa 2 (veščina): prikaz registra katere od kroničnih bolezni, ki ga sam prilagodi za vodenje bolnika s SB. Preštudira naj tudi ustrezno literaturo o nujnih pogojih za kakovostno vodenje bolnika s SB tipa 2 (1,2,3).

5. USMERJENOST V SKUPNOST

Študent

Študent mora poznati pomen dednosti in dejavnikov okolja pri nastanku SB (znanje). Študent se mora zavedati, da je potrebno bolnika zdraviti v okviru strokovnih priporočil in finančnih možnosti zdravstvenega sistema, da je razmerje med doseženo koristjo in ceno najugodnejše (stališča).
Študent mora poznati razloge za začasno in stalno delanezmožnost bolnika s SB ter postopek napotitve na invalidsko komisijo (znanje). To znanje pridobi tako, da prebere poglavje o bolniškem staležu v učbeniku DM in medicine dela ali sodeluje na Katedri pri seminarju o bolniškem staležu in trajni delanezmožnosti.

Specializant

Znati mora opredeliti življenjski slog bolnika in mu svetovati, kje so v okviru družine in skupnosti še možnosti za izboljšanje zdravju škodljivih življenjskih navad. Specializant mora pri svetovanju zdravega načina življenja upoštevati bolnikovo družinsko in širše socialno okolje, vešč mora biti pri

svetovanju spreminjanja razmer, da bo okolje bolnika kar najbolj stimuliralo uspešno zdravljenje (veščina).
Specializant mora biti pri zdravljenju SB in njenih zapletov racionalen pri porabi finančnih sredstev, a ohraniti ključno vodilo- izboljšanje zdravja bolnika (veščina). Poznati mora pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki se nanašajo na predpisovanje zdravil (znanje), kar pridobi s spremljanjem publikacij ZZZS. Truditi se mora zagotoviti kakovostno oskrbo bolnika z SB tudi ob omejenih finančnih virih (veščina).
Smotrno mora ocenjevati bolnikovo sposobnost za delo, poznavajoč okvirno trajanje bolniškega staleža pri zapletih SB (znanje). Povezati se mora tudi z delodajalcem/varnostnim inženirjem/ pooblaščenim zdravnikom, ko gre za bolnika, ki zaradi sladkorne bolezni svojega dela ne zmore več in uvesti ter voditi postopek pred in po oceni na IK (znanje in veščina). Poznati mora pravne podlage za bolniški stalež, česar se lahko nauči tako, da prebere pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja in delovno zakonodajo s področja začasne in trajne nezmožnosti za delo (znanje). Poznati mora kategorije invalidnosti, kriterije, ki jih je potrebno izpolnjevati za dodelitev dodatka za pomoč in postrežbo ter telesno okvaro (znanje).
Specializant mora vedeti, kako in kje je organizirano zdravstveno varstvo bolnikov s SB v njegovi regiji oz mestu (izbrani zdravnik ali zdravnik DM s posebnimi dodatnimi znanji ali specialist diabetolog) in poznati principe napotovanja (znanje).

6. CELOVITO OBLIKOVANJE MODELOV

Študent

Študent se mora zavedati, da se diabetiki zelo razlikujejo v odnosu do lastne bolezni (nekateri so prestrašeni, drugi brezbrižni, tretji sprejemajo bolezen racionalno, četrti jo poveličujejo...), kar je posledica osebnih, socialnih, kulturnih, etičnih, verskih in drugih razlik (stališča).
Pri obravnavi bolnika se mora vselej zavedati temeljnih etičnih načel (stališča). Poskušati mora oceniti bolnikovo socialno in kulturno okolje in morebitne zadržke ali prepričanja (veščina).
Študent mora vsaj okvirno ugotoviti bolnikovo socialno stanje ter njegove morebitne zadržke pri zdravljenju (kulturna, verska in etnična načela)

(veščina). Vedeti mora, da okolja vpliva na razvoj SB in na bolnikovo sodelovanje pri zdravljenju (znanje).

Specializant

Specializant mora prepoznati bolnikova stališča do bolezni in vrednote ter vpliv le-teh na zavedanje in zdravljenje SB. Svetovanje mora prilagoditi bolnikovim socialnim in kulturnim razmeram. Specializant mora svoje nasvete prilagoditi bolnikovemu značaju, sposobnostim in razmeram (veščina).
Specializant mora sprejeti bolnika takšnega, kot ta je, tudi če njuna prepričanja različna. Pri svojem delu mora spoštovati etična načela, zlasti načelo pravičnosti in bolnikove avtonomije (stališče). Bolnika mora informirati in motivirati za zdravljenje in preprečevanje zapletov (veščina). Bolnika mora sprejemati realno in empatično (veščina, stališče).

ZAKLJUČEK

Sladkorna bolezen je vse pogostejša diagnoza v evropski družinski medicini. Zaradi pogostnosti problema in potrebe po doživljenjskem zdravljenju, zaradi neposrednega vpliva dejavnikov tveganja, ki so pogojeni z bolnikovim načinom življenja, na katerega vpliva tudi družina in širše socialno okolje, lahko bolnika uspešno vodi le zdravnik družinske medicine s svojim znanjem, ki presega le znanje o kliniki sladkorne bolezni.
Ob velikem finančnem bremenu, ki ga zdravljenje sladkorne bolezni predstavlja, je potreben racionalen in v bolnika usmerjen pristop. Bolnikovo sodelovanje v zdravljenju, tako s spreminjanjem nezdravih navad kot z rednim jemanjem predpisanih zdravil, krepi pristen partnerski odnos, ki bolniku omogoča, da aktivno sodeluje v procesu zdravljenja. Bolnik mora imeti tudi možnost, da odkloni predlagane postopke zdravljenja, če so v nasprotju z njegovimi stališči ter vrednotami.
Pri obvladovanju sladkorne bolezni se mora zdravnik zavedati, da se bo z bolnikom srečeval dolgo časa, učinki zdravljenja bodo vidni čez leta, hitri uspehi še niso znanilci dolgoročnega uspeha. Prav zato zahteva zdravljenje bolnika s sladkorno boleznijo veliko potrpežljivosti in pozitivne motivacije obeh, bolnika in zdravnika!

Primer:

Razlog prihoda:

38-letni bolnik prihaja zaradi bolečine v križu, glavobola in utrujenosti.

Gospod je odvetnik, poročen, ima enega otroka (fantek). Veste, da dela pozno v noč, pogosto je videti slabovoljen, žalosten.

Je nekadilec, alkohola popije do 4 E na dan (viski najraje).

Pove, da je njegova telesna teža zadnje čase zelo variirala, imel je že 137 kg, najmanj pa 94 kg. Spominja se, da je imel pri 18.letih že 90 kg, zanj priporočljiva teža pa je 89 – 96 kg. Rediti se je začel predvsem po rojstvu otroka, ker je v službi je kronično preobremenjen.

Pove tudi, da ponoči smrči in slabo spi, zbuja se utrujen.

Opoldan poje obrok hitre prehrane ali dva, za vikend pa rad dobro je in pije v vaški gostilni. Giblje se le, kolikor je nujno, do garaže.

Fam. anam.: mati ima 69 let in 99 kg, sicer zdrava. Oče je umrl pri 52 zaradi AMI, bil je kadilec.

Zdravila: multivitamine si kupi vsako pomlad, pa še paracetamol vzame, če ga boli glava.

Klinični pregled: višina 179, teža 109 kg, pas 101 cm.

KT: 142/94 mm Hg, rsr 82/min, sistolični šum nad Ao; ginekomastija; periferni pulzi bp.

Paravertebralne mičice ledveno so napete, gibljivost v L/S predelu je omejena, nevroloških izpadov pa ni.

Laboratorij: KS: 8,0 mmol/l, holesterol: 8,6 mmol/l, HDL: 0,7, LDL: 7,5, triglicerigi: 2,6 mmol/l, HgbA1C: 6,5%.

Mentor in študent (specializant) naj razpravljata o:

- O pristopu k odkrivanju bolnikov s sladkorno boleznijo v družinski medicini.

- O iskanju dejavnikov tveganja (debelost, telesna nedejavnost, nepravilna prehrana, dedna obremenjenost)

- O potrebnih preiskavah za potrditev diagnoze sladkorne bolezni

- O oceni srčno-žilnega tveganja

- O priporočenih nefarmakoloških ukrepih oz svetovanju spreminjanja zdravju škodljivih vedenj

- O prehranjevalnih navadah, dieti, telesni dejavnosti, stresu in depresiji. Pojasniti je treba bolniku, da je večina dejavnikov tveganja reverzibilnih (npr.

- O zdravljenju z zdravili- kako, kdaj?
- O terapevtskem načrtu in bolnikovem informiranem pristanku na zdravljenje
- O vodenju kronične bolezni, delovni sposobnosti, ciljnih vrednostih dejavnikov tveganja, zapletih in reševanju le-teh
- O možnih spremembah v družinskem in delovnem okolju.

Didaktični cilji - študent

1
- Poznati epidemiologijo SB
- Poznati glavne simptome SB
- Poznati diagnostični postopek pri SB
- Poznati osnovne principe in cilje zdravljenja SB
- Poznati osnovne principe vodenja bolnika s kronično boleznijo

2
- Poznati pomen vključevanja bolnika s SB v proces zdravljenja
- Poznati pomen stalnosti odnosa za uspešno vodenje bolnika s SB
- Poznati v bolnika usmerjen pristop pri odkrivanju, zdravljenju in vodenju SB
- Naučiti se upoštevati bolnikova pričakovanja, strahove, cilje

3
- Poznati principe vodenja SB v sloveniji
- Poznati pomen dejavnikov tveganja za nastanek SB
- Poznati indikacije za napotitev bolnika s SB in nujnost napotitev
- Poznati najpogostejše zaplete SB in njihovo preprečevanje

4
- Bolnika tretirati kot celovito osebnost, ki ima SB
- Zavzemati se za zdrav način življenja
- Znati bolniku predstaviti pomen nemedikamentoznega zdravljenja SB (zdrava prehrana/ dieta, gibanje, normalizacije telesne teže)
- Zavedati se, da je bolezen doživljenjska
- Vedeti, da je SB pomemben dejavnik tveganja za bolezni srca in žilja

5
- Poznati vpliv genetskega dejavnika in družinskega okolja za razvoj SB
- Zavedati se potrebe po racionalni porabi finančnih virov
- Poznati indikacije za začasno in stalno delovno nesposobnost bolnika s SB
- Poznati postopek ocene pred ik

6
- Zavedati mora se različnega doživljanja bolezni pri bolnikih s SB (poveličevanje, Zanikanje) glede na etnično, socialno, kulturno, versko... okolje.
- Poznati pomen etičnih načel (enakost, bolnikove samostojnost)
- Poskušati mora oceniti bolnikovo socialno in kulturno okolje in morebitne zadržke ali prepričanja
- Vedeti mora, da okolja vpliva na razvoj SB in na bolnikovo sodelovanje pri zdravljenju

Didaktični cilji - specializant

1

- Poznati epidemiologijo, simptome in diagnostični postopek (anamneza, klinični pregled, preiskave) pri SB
- Poznati sladkorni bolezni pridružene bolezni
- Poznati dodatne preiskave pri SB in njihove indikacije
- Poznati nemedikamentozne ukrepe zdravljenja SB
- Poznati principe zdravljenja SB z zdravili
- Poznati postopek priprave bolnika z urejeno in neurejeno SB na operativni poseg
- Obvladati vodenje bolnika s SB (komunikacija)
- Bolnika s SB vključiti kot partnerja v proces odločanja in zdravljenja
- Sodelovati s specialisti pri obravnavi SB

2

- Znati vključiti bolnika s SB sb v proces diagnostike in zdravljenja
- Spoštovati bolnikovo avtonomijo (pravica do drugačnega mnenja)
- Z informiranjem poskušati doseči spremembo nezdravih vedenj bolnika s SB
- Z informiranjem poskušati bolnika prepričati o pomenu doživljenjskega zdravljenja SB
- Zgraditi partnerski odnos bolnik-zdravnik

3

- Poznati razširjenost SB po spolu in starosti na področju, kjer dela
- Znati racionalno naročati preiskave pri bolniku s SB in rezultate vrednotiti
- Pri zgodnjih znakih SB a vedeti, kdaj je treba izpeljati dodatno diagnostiko, kdaj pa še lahko čaka
- Znati bolnika informirati o bolezni, njenem poteku in zdravljenju, tako brez kot z zdravili
- Znati ukrepati v nujnih primerih SB
- Poznati pomen aktivnega iskanja dejavnikov tveganja za SB in pomen aktivnega odkrivanja SB
- Biti kritičen do napotitev na sekundarni nivo

4

- Znati izluščiti bio-, psihološke in socialne aspekte vpliva bolezni na bolnika s SB in njegovo družino, delo, okolje
- Znati bolnikom s SB svetovati pri odpravljanju nezdravih življenjskih navad
- Znati bolniku s SB razložiti, da je cilj zdravljenja poleg kontrole krvnega sladkorja tudi kontrola pridruženih bolezni in stanj (krvni tlak, motnja v presnovi maščob itd)
- Upoštevati, da je SB pomemben dejavnik tveganja za bolezni srca in žilja in da je ogroženost bolnika s SB enaka ogroženosti koronarnega bolnika
- Iskati in preprečevati mora zaplete SB
- Znati ukrepati pri zapletih SB

5

- Znati ugotoviti življenjski slog bolnika in mu svetovati, kje so v okviru družine in skupnosti še možnosti za izboljšanje
. Znati zagotoviti kakovostno oskrbo bolnika z SB tudi ob omejenih finančnih virih
. Povezati se z delodajalcem/varnostnim inženirjem/ pooblaščenim zdravnikom, ko gre za

bolnika, ki zaradi sladkorne bolezni svojega dela ne zmore več

. Znati voditi smotrno ocenjevati bolnikovo sposobnost za delo

. Znati uvesti in voditi postopek pred in po oceni na IK

6

- Znati prepoznati bolnikova stališča bolezni in vrednot ter vpliv le-teh na zavedanje in zdravljenje
- Bolnika informirati in motivirati za zdravljenje in preprečevanje zapletov
- Bolnika sprejemati realno in empatično
- Pri obravnavi bolnika s SB mora upoštevati etična načela (enakost, bolnikova samostojnost)
- Svetovanje prilagoditi bolnikovim socialnim in kulturnim razmeram

LITERATURA:

1) *Švab I, Rotar Pavlič D, Družinska medicina. Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Ljubljana 2002.*
2) *Koselj M, Medveščck M, Mrevlje F. Sladkorna bolezen 2. Ljubljana; samozaložba, 1999*
3) *Bilban M. Medicina dela. ZVD, Ljubljana 1999.*
4) *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list RS, Ljubljana 9/1992.*
5) *Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Uradni list RS, Ljubljana 12/92, 5/94,7/96.*
6) *Heyriman J (ed). The EURACT Educational Agenda. European Academy of Teachers in General Practice EURACT, Leuven 2005.*

UMIRAJOČI BOLNIK

Sašo Stepanovič

UVOD

O umirajočih bolnikih največkrat govorimo pri tistih bolnikih z rakom, pri katerih s specifičnim zdravljenjem več ne moremo vplivati na potek bolezni, ki je že napredovala. Umirajoč je lahko tudi bolnik, pri katerem v osnovi ne gre za maligno bolezen, pač pa kakšno drugo zelo napredovalo kronično bolezen, npr. s področja kardiologije, nevrologije in pulmologije.
Po podatkih iz Registra raka za Slovenijo (1) je bilo v letu 2003 odkritih 9997 novih bolnikov z rakom, umrlo jih je 5058, vseh bolnikov z rakom pa je bilo 57108. Relativno 5 letno preživetje bolnikov v obdobju od 1998-2002 z vsemi vrstami raka je bilo 47%. Delež umrlih bolnikov z rakom med vsemi umrlimi leta 2003 je bil 26%. Iz podatkov je razvidno, da gre že samo pri bolnikih z rakom za veliko skupino bolnikov in praviloma se vsak splošni zdravnik vsaj nekajkrat na leto sooči z umirajočim bolnikom na domu.
Umirajoči bolniki naj bodo deležni predvsem dobre terminalne paliativne oskrbe, še pred tem pa aktivne in celostne paliativne oskrbe. To pomeni nego, obvladovanje bolečine in drugih spremljajočih simptomov bolezni, kot tudi lajšanje psihičnih, socialnih in duhovnih problemov. Načela paliativne oskrbe spoštujejo življenje in sprejemajo umiranje kot naravno dogajanje.

1.VODENJE PRIMARNE OSKRBE

Študent

Mora vedeti, da je prehod iz aktivnega specifičnega zdravljenja bolezni v paliativno oskrbo zvezen, in da večina bolnikov z rakom že ob začetku bolezni potrebuje vsaj del zdravljenja, ki je namenjeno lajšanju težav (znanje). Pri tistih bolnikih, kjer bolezen napreduje, sčasoma ta del zdravljenja postaja čedalje pomembnejši in pri umirajočih prevladujoč.
Poznati mora najpogostejše simptome umirajočih bolnikov, jih znati spremljati in preprečevati nepotrebne krize. Znati mora pravilno uporabljati zdravila (npr. redni časovni odmerki, titracija, rotacija) in vedno pretehtati korist in breme zdravljenja in postopkov v danem trenutku (veščina). Cilj obravnave ni ozdravitev, pač pa izboljšanje kvalitete življenja, ki je bolniku še ostalo. Namen je omogočiti bolniku dostojno življenje do smrti

Specializant

Poznati mora najpogostejše telesne simptome pri umirajočem bolniku, jih znati opredeliti, oceniti in ustrezno obravnavati. Znati mora slediti simptome in ugotavljati učinkovitost zdravljenja. Poznati mora pravila zdravljenja z zdravili, pravočasno prepoznati njihove stranske učinke in se izogniti uporabi velikega števila zdravil. Dobro mora poznati različne diagnostične možnosti, ki so mu na voljo na primarnem nivoju, npr. pri bolečini uporabljati VAL lestvico. Vedeti mora, da so stanja, pri katerih je treba takega bolnika napotiti v bolnišnico, izjemno redka (znanje). Vseeno pa mora taka stanja poznati (npr. nezmožnost obvladovanja hude bolečine kljub ustreznemu znanju in terapiji) in ob njih ustrezno ukrepati (veščina).
Vir za pridobivanje znanja predstavljajo Priporočila za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom (2) in Zbornik 18. Onkološkega vikenda Paliativna oskrba bolnikov z rakom (3).

2. V OSEBO USMERJENA ZDRAVSTVENA OSKRBA

Študent

Vedeti mora, da ima bolnik pravico, da umre, da mu razložijo proces umiranja, da umre mirno in dostojanstveno in da ne umre prestrašen in osamljen (znanje). Spoštovati je potrebno osebno voljo in dostojanstvo bolnika in ga obveščati o poteku in načinu zdravljenja (veščina).
Znati mora ugotoviti, kakšna so pričakovanja bolnika in njegovih svojcev glede zdravljenja in poteka bolezni in jih znati obzirno pripraviti na neizbežno bližajočo se smrt (veščina). Stališča do smrti so pri različnih bolnikih zelo različna in so največkrat odvisna od svetovnega nazora bolnika. Študent se tega najlažje nauči z opazovanjem sporazumevanja med bolnikom, njegovimi svojci in mentorjem, ter z igranjem vlog.

Specializant

Ob napredovanju bolezni se bolniki srečujejo z verjetno največjimi stiskami v življenju, zato je ena ključnih veščin sporazumevanje z njimi. Specializant mora poznati veščino sporočanja slabe novice, tako glede diagnoze, kot

kot tudi prognoze bolezni (veščina).
Bolniki se zavedajo, da so bolni, da se stanje ne izboljšuje in če jim na vprašanja ne znamo odgovoriti, se strah pred umiranjem le še poveča. Z odprtimi vprašanji ter poslušanjem bolnikom pomagamo, da se izrazijo in marsikatere skrbi lahko omilimo že s samim pogovorom (znanje). Specializant mora znati preveriti, kaj bolnik že ve in koliko želi vedeti. Velikokrat je v ozadju vprašanje: kako dolgo še? Prognoziranje je težavno, saj točnega odgovora ni. Kljub temu je treba dati vsaj približno oceno, npr. »mislim, da govorimo o dnevih«, priporočljivo se je izogniti številkam. Ves čas pa moramo bolniku dati vedeti, da na koncu ne bo sam in da ga v nobenem primeru ne bomo pustili na cedilu (veščina).
Komunikacijskih veščin se lahko najučinkoviteje naučimo na osnovi igranja vlog, opazovanja pogovora, ocene avdio ali video posnetkov, sodelovanja bolnikov – igralcev ter pozitivnega »feed backa«. Specializant mora poznati načine podpiranja bolnika, kot so aktivno poslušanje, sledenje bolnikovim namigom, postavljanje odprtih vprašanj, namesto »da/ne« zaprtih vprašanj, in izražanje empatije oziroma sočutja.

3. SPEČIFIČEN NAČIN REŠEVANJA PROBLEMOV

Študent

Umirajočega bolnika pregledujemo na domu, zato je študenta potrebno vzeti s sabo na hišni obisk. Hišni obisk je specifična oblika dela v splošni medicini. Študenta je zato potrebno s področjem hišnega obiska dobro seznaniti, saj se tega ne bo naučil nikjer drugje. Znati mora primerno pregledati umirajočega bolnika (veščina) in vedeti, da je potrebno (in možno) vedno oceniti vsaj stanje zavesti, hidriranosti, prehranjenosti ter ledvične in jetrne funkcije. Poznati mora temeljne principe lajšanja najpogostejših težav umirajočega bolnika, npr. bolečine in drugih spremljajočih simptomov bolezni, kakor tudi psihičnih, socialnih in duhovnih problemov (znanje). Vedeti mora, da prihaja v poštev samo nujna diagnostika in se znati odločati, kaj bolniku bolj škodi, kot koristi. Poznati mora nujna stanja, ki zahtevajo takojšno napotitev v bolnišnico, npr. akutni bolečinski sindrom, patološke frakture, pritisk na hrbtenjačo, zapora črevesja in druga stanja, ki resno

ogrožajo bolnika (znanje). Študentu moramo povedati, da smo kljub vsem veščinam in znanju pri umirajočem bolniku zelo omejeni, tako z diagnostiko, kot s terapijo. Vse skupaj pogosto vodi v negotovost, tako zdravnika, še posebej pa bolnika in njegovih svojcev. S to negotovostjo s je potrebno znati soočiti (veščina).

Specializant

Mora suvereno obvladati hišni obisk kot obliko dela v splošni medicini. Znati mora izkoristiti vse diagnostične in terapevtske možnosti, ki so mu na hišnem obisku na voljo (veščina). Poznati mora oblike pomoči na domu, ki so na voljo umirajočemu bolniku, npr. obiski patronažne sestre, prostovoljcev Hopsica, plačljive oblike pomoči, ipd. Razne oblike pomoči mora znati predstaviti bolniku in svojcem in jih ustrezno usmeriti (znanje). Vedeti mora, katere težave se najpogosteje pojavijo pri umirajočem bolniku in jih znati odpravljati, kolikor je to možno. Bolnika mora povprašati o oslabelosti in utrujenosti, odpraviti morebitne ozdravljive vzroke (npr. anemijo) in svetovati glede aktivnosti, varovanja omejene energije in prehrane. Kašelj in dušenje se pojavljata pri večini umirajočih bolnikov. Vzroki so lahko respiratorni, kardialni ali drugi (npr. anksioznost, ascites, ipd.) (znanje). Specializant mora biti vešč osnovnih paliativnih ukrepov pri dušenju (pomiritev bolnika, pogovor, primeren položaj, svež zrak, ipd), kakor tudi uporabe zdravil (bronhodilatatorji, morfij) (veščina). Kisika na domu umirajočemu bolniku praviloma ne dajemo. Znati mora oceniti bolečino (jakost, vrsta), poznati ustrezne analgetike, njihovo titracijo in rotacijo. Poznati mora principe dajanja zdravil v infuziji v podkožje, epiduralno in intratekalno. Poznati mora akutne nevrološke zaplete pri umirajočem bolniku (npr. hitro nastajajoč obtumorski možganski edem in akutno kompresijo hrbtenjače) ter jih ustrezno zdraviti. Obvladati mora znati najpogostejše psihiatrične motnje pri umirajočem bolniku, predvsem anksioznost in delirij (znanje). Vedeti mora, da so diagnostične in terapevtske možnosti omejene in znati pretehtati slabosti in koristi, ki jih prinašajo za bolnika (npr. pošiljanje na CT glave zaradi kliničnega suma na metastaze v možganih pri bolniku, ki mu zaradi napredovale bolezni prevoz povzroča hude bolečine) (stališče).

4. CELOSTEN PRISTOP

Študent

Preveriti mora svoja stališča do smrti in umiranja in izoblikovati tak odnos, da ob umirajočem bolniku ne bo tekmoval s smrtjo (stališče).Vedeti mora, da tu ne gre za rekorden čas srčnega utripa, ampak za dostojanstveno in mirno umiranje brez hujših bolečin in trpljenja. Znati mora pomagati umirati, nikakor pa umreti preden nastopi smrtna ura.
Veliko se lahko nauči od prostovoljcev HOSPIC-a, kamor naj gre na sestanek ali pa skupaj s prostovoljcem na obisk k umirajočemu bolniku na domu (veščina).

Specializant

Mora že imeti ustrezna stališča do smrti in umiranja. Argumentirano mora znati zavrniti evtanazijo, če bi ga kdo prosil za to – v naših kulturnih in socialnih razmerah se to dogaja izjemno redko; morda jih veliko o tem razmišlja preden zbolijo, če pa dejansko pride do bolezni, je to prej izjema kot pravilo.
Znati mora oceniti, kdaj je bolezen res že izrazito napredovala in kdaj so določeni postopki (npr. i.v. hidracija ob elektrolitskem neravnotežju pri bolniku, ki ga lahko čaka še nekaj mesecev ali tednov kvalitetnega življenja) smiselni (znanje).
Najprej naj se uči iz literature, npr. iz Zbornika 18. onkološkega vikenda in osnutka Nacionalnega programa paliativne oskrbe pri Ministrstvu za zdravje RS, kasneje z opazovanjem mentorja in prostovoljcev HOSPIC-a pri delu in nato tudi s samostojnim delom.

5. USMERJENOST V SKUPNOST

Študent

Pozna naj sestavo paliativnega tima, v katerem sta vedno zdravnik in patronažna sestra, zelo zaželeno pa je tudi sodelovanje socialnega delavca, psihologa, delovnega terapevta, dietetika, prostovoljcev in duhovnika

(če je bolnik veren). Spoznati mora, da je poleg znanja nujna veščina dobre komunikacije v paliativnem timu, z ostalimi specialisti in predvsem bolnikovimi svojci (veščina). Ravno svojci so včasih zaradi svoje prizadetosti tisti, ki potrebujejo še posebno skrb in pojasnila (npr. da umirajoči bolnik ne čuti hude lakote in žeje, da zato ne potrebuje infuzije hranil, dovajanja kisika ipd.) (znanje).
Za samega študenta so to prezahtevne naloge, uči naj se jih ob opazovanju mentorja.

Specializant

Pozna naj definicijo paliativne oskrbe SZO (4), ki jo opredeljuje kot aktivno celostno oskrbo kronično ali neozdravljivo bolnih in umirajočih bolnikov in njihovih svojcev, tako v času bolezni, kot v procesu žalovanja.
Paliativna oskrba se izvaja na vsakem mestu, kjer se bolnik, ki jo potrebuje, nahaja. Bistveno načelo je, da imajo bolniki dostop do paliativne oskrbe v času in okolju, ki je skladno z njihovimi kliničnimi potrebami in osebno izbiro (stališče). Za izvajanje dobre paliativne oskrbe je potrebna visoka raven strokovnega znanja in veščin ter enakopraven in partnerski odnos med člani paliativnega tima, bolnikom in njegovo družino.
Mora poznati še organizacijo dela na primarni ravni in sodelovanje z ustreznimi službami, zlasti z urgentno službo, ki ji je potrebno dati priporočila za ne-oživljanje umirajočih bolnikov.
Poznati mora vrste napotitev na invalidsko komisijo (delazmožnost, TO, DPP) in k imenovanemu zdravniku ZZZS. Poznati mora medicinsko tehnične pripomočke, ki lahko koristijo umirajočem bolniku (npr. negovalna postelja, sobno stranišče, predloge, ipd.) ter režim njihovega predpisovanja (5,6) (znanje).

6. CELOVITO OBLIKOVANJE MODELOV

Študent

Vedeti mora, da poleg lajšanja bolečine in drugih telesnih simptomov na počutje bolnika vplivajo psihične in socialne težave, kultura in religija. Vsi bolniki imajo pravico do enake paliativne oskrbe, ne glede na okoliščine (npr. kadilec in nekadilec z rakom na pljučih) (stališče). Oceniti mora znati, kakšne so bolnikove finančne zmožnosti (koliko nege in pomoči na domu si lahko privošči proti plačilu) in koliko je svojcev, ki so pripravljeni pomagati (predvsem s svojim delom pri oskrbi)(veščina).

Specializant

Biti mora sposoben dajati bolniku take nasvete, ki so v okviru njegovega bio-psiho-socialnega stanja zanj sprejemljivi, npr. nekdo, ki živi v skromnih razmerah težko pomisli na pomoč proti plačilu, kdo drug bi lahko plačal, pa ne ve, kje bi pomoč iskal, ipd. (veščina). Jasno mu mora biti, kakšne so bolnikove vrednote in še posebej, ali je veren oziroma kateri veroizpovedi pripada. Prav pri umiranju in predstavah o posmrtnem življenju je to lahko ključnega pomena. Sprejemati mora znati bolnike, katerih življenjski slog je na nek način morda privedel do bolezni in jih obravnavati enakovredno z ostalimi (stališče). Oceniti mora, kdo je glavni skrbnik bolnika in tudi njemu nuditi ustrezno podporo, ga po potrebi razbremeniti ter spodbuditi ostale svojce, da mu pomagajo.

ZAKLJUČEK

Moderna medicina je v manj kot stoletju človeka institucionalizirala pri dveh najpomembnejših dogodkih v njegovem življenju: rojstvu in smrti. Kar se je še ne dolgo tega dogajalo doma, se zdaj večinoma za zidovi bolnišnic. Vendar pa staranje populacije in vse večje pomanjkanje postelj v bolnišnicah narekujeta, da bo ponovno vse več ljudi umiralo doma. To seveda ni nujno slabo. Zahteva pa z znanjem in veščinami dobro oboroženega zdravnika družinske medicine, ki se bo znal spoprijeti z umiranjem. Ob tem mu nikakor ne bo v pomoč dejstvo, da večina umirajočih bolnikov več ne živi skupaj s

svojci, ali pa živi le z zakoncem, ki j velikokrat tudi sam bolan. Zato mora poleg medicine dobro obvladati tudi komunikacijo in poznati možnosti pomoči, ki so na voljo v njegovem okolju.
Ali, kot je zapisal že prof. Janez Milčinski: »Naj mi bo ob postelji, kadar bo z menoj tako daleč, zdravnik - pravi zdravnik - ki bo vedel in znal, kdaj in kako mi bo pomagal pri umiranju!... Zdi se nam, da spoštovanje življenja zajame in rešuje vsa tista vprašanja, ki so nam zbujala skrb; pomeni namreč tudi spoštovanje smrti«.

Didaktični cilji - študent

1
- Poznati temeljni princip paliativne oskrbe
- Najpogostejši simptomi umirajočih bolnikov
- Pravilna uporaba zdravil (izbira, titracija, rotacija)
- Samo nujna diagnostika

2
- Pravica bolnika, da umre
- Spoštovanje osebne volje in dostojanstva
- Ugotoviti pričakovanja bolnika

3
- Hišni obisk in njegove posebnosti
- Klinični pregled in ocena umirajočega bolnika
- Omejene diagnostične in terapevtske možnosti
- Soočanje z negotovostjo

4
- Stališča do smrti in umiranja
- Pomagati umirati in ne umreti

5
- Sestava paliativnega tima
- Komunikacija v paliativnem timu, z ostalimi specialisti in s svojci

6
- Na počutje bolnika vplivajo psihične in socialne težave, kultura in religija
- Poznati pomen etičnih načel enakosti
- Znati oceniti bolnikove finančne zmožnosti in sposobnost družine, spoprijeti se z novo nastal situacijo

Didaktični cilji - specializant

1
- Opredelitev, ocena, obravnava najpogostejših simptomov umirajočih bolnikov
- Diagnostične možnosti na primarnem nivoju
- Nujna stanja

2
- Sporočanje slabe novice
- Uporaba odprtih vprašanj
- Pomiritev bolnika

3
- Hišni obisk kot metoda dela v splošni medicini
- Poznavanje možnosti pomoči na domu
- Poznavanje vseh diagnostičnih in terapevtskih možnosti in njihovih omejitev
- Stališča do premalo in preveč aktivnega zdravljenja
- Obvladovanje negotovosti

4
- Argumentirano odklanjanje evtanazije
- Oceniti, kdaj so določeni postopki smiselni in kdaj ne

5
- Paliativna oskrba kot aktivna in celostna oskrba
- Dostop do paliativne oskrbe v času in okolju, kjer se bolnik nahaja
- Vrste napotitev na IK
- Vrste napotitev na ZK in MTP

6
- Dajanje za bolnika glede na njegovo stanje sprejemljivih nasvetov
- Sposobnost sprejemanja bolnika, ne glede na možnost povezave življenjskega sloga z boleznijo
- Poznavanje veroizpovedi bolnika oziroma predstav o posmrtnem življenju
- Podpora in razbremenitev glavnega skrbnika

LITERATURA:

1) *Incidenca raka v Sloveniji 2003. Ljubljana: Onkološki inštitut, Register raka za Slovenijo, 2006*
2) *Lahajnar Čavlovič S, Krčevski N, Stepanovič A, Čufer T. Priporočila za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom. Zdrav Vestn v tisku 2007*
3) *Slovensko zdravniško društvo, Kancerološko združenje, Onkološki inštitut, Zveza slovenskih društev za boj proti raku.18. onkološki vikend; 2005; Laško*
4) *WHO, Supelveda C et al, 2002*
5) *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list RS, Ljubljana 9/1992.*
6) *Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Uradni list RS, Ljubljana 12/92, 5/94,7/96*

BOLNIK PO SRČNEM INFARKTU

Ksenija Tušek Bunc

UVOD

Koronarna bolezen je s stališča javnega zdravstva izjemno pomembna, ker je ena od najpogostejših kliničnih manifestacij ateroskleroze in ima velik ekonomski vpliv: je zelo razširjena, nastopa že v aktivni dobi, prizadene produktivnost, zahteva dobro organizirano zdravstveno službo, drago diagnostiko in zdravljenje. Vendar so mnogi dejavniki tveganja zanjo znani in prepričljivi. Pravzaprav vemo, da je večina zdravih ljudi ogrožena, meja med zdravimi in ogroženimi osebami pa je zabrisana in arbitrarna. Zato je tako pomembna primarna preventiva med vsem prebivalstvom, s katero lahko preprečimo velik del bolezni ali jo vsaj odložimo za nekaj let.

Ko zmanjšujemo ogroženost, preprečujemo nastanek klinične bolezni, po prvi klinični manifestaciji pa preprečujemo ponovne koronarne dogodke in njihove zaplete. Bolniki, ki so preboleli srčni infarkt so namreč veliko bolj nagnjeni k akutnim koronarnim zapletom. Najpogostejši zapleti, ki ogrožajo bolnike po preživelem srčnem infarktu so ponovni srčni infarkt (25% srčnih dogodkov se ponovi v šestih tednih po odpustu iz bolnišnice), nestabilna angina pektoris, preoblikovanje levega prekata in razvoj srčnega popuščanja ter nenadna srčna smrt.

Umrljivost bolnikov, ki so preboleli srčni infarkt, je 4 do 8 krat večja v primerljivi populaciji brez koronarne bolezni. Obsežne klinične raziskave v zadnjem stoletju so pokazale, da lahko na prognozo bolnikov po srčnem infarktu pomembno vplivamo z nekaterimi zdravili in odstranjevanjem dejavnikov tveganja. Zato je evropska skupina strokovnjakov za koronarno preventivo, leta 2004 pa je bila oblikovana tudi nacionalna smernica Ministrstva za zdravje Republike Slovenije »Rehabilitacija in sekundarne preventiva po srčnem infarktu«, ki so v klinični praksi kot prednostno nalogo postavili prav sekundarno preventivo, ter individualni in celostni pristop.

Danes torej lahko bolniki tudi po težki klinični manifestaciji koronarne bolezni živijo še dolgo, produktivno, ustvarjalno, enako kakovostno kot njihovi zdravi vrstniki. Vendar pa se kljub prepričljivosti dokazov o uspešnosti sekundarne preventive, le-ta v praksi ne izvaja v zadostni meri. Po vsem svetu se soočajo s problemom, kako v raziskavah pridobljeno znanje hitreje in učinkoviteje prenesti v klinično prakso.

Rezultati evropske raziskave EUROASPIRE, v katero je bila vključena tudi Slovenija so pokazali, da ima 6 mesecev po prebolelem srčnem infarktu kar

545 bolnikov zvišan krvni tlak, 44% zvišano serumsko koncentracijo holesterola, 25% izrazito zvišano telesno težo in da je med njimi še vedno 19 kadilcev. V raziskavi je bilo poleg tega ugotovljeno, da bolniki priporočenih zdravil, zlasti hipolipemikov in beta-adrenergičnih zaviralcev ne uporabljajo v zadostnem obsegu.

1.VODENJE PRIMARNE OSKRBE

Študent

Študent mora vedeti, da je v sekundarni preventivi koronarne bolezni pomembno aktivno iskati in ocenjevati dejavnike tveganja za bolezni srca in ožilja antropometrične spremenljivke: (telesna teža, višina, obseg pasu, ITM), telesna zmogljivost in aktivnost, prehranjevalne navade (ocena dnevnega vnosa kalorij, maščob, holesterola, koncentriranih sladkorjev, natrija in drugih hranil v prehrani. Opredelimo tudi prehranjevalne navade, kot je število obrokov, pogostost prehranjevanja v restavracijah, uživanje alkohola), kajenje, krvni tlak, sladkorna bolezen, ravni krvnih maščob, znamenja psihosocialnega stresa.
Študent mora vedeti, da je pri bolniku z že ugotovljeno koronarno boleznijo potrebna/potrebno:
1. Vseživljenjska vzdrževalna rehabilitacija po prebolelem srčnem infarktu, potem, ko je bolnik zaključil bolnišnično zdravljenje in rehabilitacijo v zdravilišču
2. Oceniti bolnikovo zdravstveno stanje glede na dejavnike tveganja in stopnjo ogroženosti
3. Pri vseh bolnikih aktivno iskati znake depresije in tesnobnosti (priporočljiva je uporaba standardiziranega vprašalnika)
4. Ugotovitve (zlasti dejavnike tveganja) evidentirati v bolnikovo zdravstveno kartoteko
5 .Postaviti cilje vodenja bolnika po srčnem infarktu v ambulanti družinske medicine
6. Ukrepati
7. Kontrolirati in voditi bolnika
8. Oceniti socialno mrežo in podporo pri vseh bolnikih po infarktu
9. Občasno izvajanje kontrole zdravnikovega dela s projekti

samoocenjevanja kakovosti.
Temeljno gradivo za spremljanje bolnika po srčnem infarktu predstavlja učbenik Družinska medicine in nacionalna klinična smernica Ministrstva za zdravje Republike Slovenije »Rehabilitacija in sekundarna preventiva po srčnem infarktu«.

Specializant

Specializant mora skrbno preučiti odpustno bolnikovo dokumentacijo: bolnišnična odpustnica kot tudi poročilo o zaključeni izvenbolnišnični/ zdraviliški rehabilitaciji, kar mu ponuja prilagojene informacije o dosedanjem zdravljenju in rehabilitaciji, potrebnem spremljanju in načrtovani nadaljnji oskrbi. Poleg navedenega mora poznati še svetovanje (zdravstvena vzgoja) bolniku po prebolelem srčnem infarktu, indikacije in kontraindikacije za diagnostične preiskave (obremenitveno testiranje, ehokardiografija, alternativne slikovne preiskave: obremenitveni UZ in radionuklidne preiskave, koronarografija) in kdaj te preiskave opraviti pri bolniku s koronarno boleznijo oz. po prebolelem srčnem infarktu; poznati posebne skupine bolnikov (npr. po revaskularizaciji srčne mišice, bolnik s stabilno angino pektoris, s kroničnim srčnim popuščanjem, starostnike in ženske ter druge skupine bolnikov po presaditvi srca, zamenjavi srčnih zaklopk in vsajenimi kardioverterji in defibrilatorji) in rahabilitacijo pri teh; poznati zdravljenje koronarne bolezni z zdravili (zakaj in katera) in zadržke ter njihove kontraindikacije in zaplete. Bolnika mora znati naročati na ustrezen časovni interval (znanje). Odgovornost za dolgotrajno zdravljenje po srčnem infarktu pa mora prevzeti nase predvsem sleherni bolnik, pri čemur mu je lahko v veliko pomoč vključevanje v koronarni klub ali druge podporne skupine.
Vir za pridobitev dodatnega znanja za zahtevnejše vodenje bolnika je poleg učbenika Interna medicina še učbenik Družinska medicina, nacionalna klinična smernica Ministrstva za zdravje Republike Slovenije »Rehabilitacija in sekundarna preventiva po srčnem infarktu« ter učbenik »Na dokazih temelječe medicinske smernice«.
Specializant mora poznati absolutne kontraindikacije za programirane operativne posege pri bolniku po prebolelem srčnem infarktu (npr. nestabilna angina pektoris, motnje ritma, napredovalo simptomatsko srčno popuščanje,

neurejena arterijska hipertenzija, neurejen krvni sladkor...) in kdaj je potrebno pred predvideno operacijo bolnika s koronarno boleznijo oziroma po srčnem infraktu poslati še na dodatne preiskave oz. k specialistu kardiologu (znanje).
Specializante je potrebno naučiti, kako nastaviti in urediti narediti register bolnikov s koronarno boleznijo (veščina): prikaz registra katere od kroničnih bolezni, ki ga sam prilagodi za vodenje bolnika s koronarno boleznijo. Preštudira naj tudi ustrezno literaturo o nujnih pogojih za kakovostno vodenje bolnika s koronarno boleznijo.

2. V OSEBO USMERJENA ZDRAVSTVENA OSKRBA

Študent

Študent se mora zavedati, da je odnos med bolnikom in zdravnikom dolgotrajen in partnerski, saj ima bolnik pravico in dolžnost soodločati ter aktivno sodelovati v procesu zdravljenja in doživljenjske rahabilitacije (stališče). Stališča si študent najlažje izoblikuje z opazovanjem mentorja, kako se pogovarja (sporazumevanje) z bolnikom po srčnem infarktu.
Študent mora spoznati in ločiti načine ukrepanja pri koronarni bolezni oziroma po srčnem infraktu:
1. stanje, ki zahteva takojšnjo napotitev (npr. akutni miokardni infarkt, nestabilna angina pektoris, akutna levostranska srčna odpoved (pljučni edem), kardiogeni šok, prekatne motnje ritma, zastoj srca, hipo- ali hiperglikemična kriza, hipertenzivna kriza..)
2. stanje, ki zahteva nenujno napotitev (nenadzorovano simptomatsko srčno popuščanje, terapevtsko odporna arterijjska hipertenzija, izjemno povečanje ravni krvnih maščob..)
3. kontrolni pregled v ambulanti (npr. nadzor nad jemanjem zdravil; spodbujanje bolnika pri spremembi in vztrajanju pri spremembi življenjskega stila; nadzor in spremljanje dejavnikov tveganja: neurejen krvni tlak in krvni sladkor, motnje v presnovi maščob, presnovni sindrom, kajenje, tvegano pitje alkohola; stres, depresija, tesnobnost....)(veščina).

Specializant

Specializant mora z bolnikom znati vzpostaviti partnerski odnos in oceniti bolnikovo pripravljenost za sodelovanje pri diagnostiki, zdravljenju in vodenju koronarne bolezni (npr. samokontrole krvnega tlaka, sladkorja...) ter znati bolnikom približati načela vodenja in jih ustrezno usposobiti samokontrol ter ustreznega in pravočasnega prepoznavanja stanj, ki zahtevajo takojšnji obisk pri zdravniku oziroma v bolnišnici (veščina).
Specializant mora prepoznati bolnikova prepričanja o zdravju in morebitne zmotne poglede na srčno bolezen ter ga poučiti o vzrokih, ki so najverjetneje privedli do srčnega infarkta. Spoštovati in upoštevati mora bolnikove želje in možnosti pri uvajanju dietnih ukrepov in pri zdravljenju z zdravili (stališče). Z bolnikom se mora znati pogajati, če so bolnikova stališča drugačna od priporočil smernic in postopke zdravljenja prilagoditi željam bolnika (veščina).
Sporazumevanja s kroničnim bolnikom naj se specializant nauči pri delu v ambulanti, pa tudi v modulih v okviru specializacije iz Družinske medicine.
Specializant mora poznati akutne zaplete koronarne bolezni, njihovo prepoznavo in ukrepanje (znanje). Teoretične osnove omenjenih stanj si naj prebere v učbeniku Interna medicina, priročniku Nujna stanja, praktične osnove pa na tečaju temeljnih postopkov oživljanja.
Ob takih zapletih se mora specializant naučiti ustrezno ukrepati (npr. akutni miokardni infarkt, pljučni edem, kardiogeni šok, prekatne motnje ritma, hipoglikemična reakcija, ketoacidoza,, možganska kap....). S takimi zapleti se srečuje v dežurni službi in na sprejemnih oddelkih bolnišnic, kjer je tekom bolnišničnega dela krožil(veščina).
Specializant mora vedeti, kako in kje je organizirano zdravstveno varstvo bolnikov s koronarno srčno boleznijo v njegovi regiji oz mestu (izbrani zdravnik ali zdravnik DM s posebnimi dodatnimi znanji ali specialist kardiolog) in poznati principe napotovanja (znanje).

3. SPEČIFIČEN NAČIN REŠEVANJA PROBLEMOV

Študent

Študent mora prepoznati simptome in znake koronarne bolezni in poznati principe vodenja koronarne bolezni oz. bolnikov po srčnem infarktu (znanje). Sposoben mora biti pomiriti zaskrbljenega bolnika ob postavitvi diagnoze ali ob zapletih (veščina).
Vedeti mora, kdaj in kako hitro je potrebno bolnika napotiti k kardiologu ali v bolnišnico (npr. bolnik z akutnim koronarnim sindromom ali pljučnim edemom potrebuje takojšnje ukrepanje in nujno napotitev v spremstvu zdravnika) (znanje). Znanje o nujnosti posameznih stanj si najlažje pridobi iz učbenika Interna medicina in Družinska medicina ter priročnika Nujna stanja .

Specializant

Specializant mora znati bolniku razložiti, da gre za bolezen, ki je ni moč pozdraviti in ga prepričati v nujnost doživljenjskega zdravljenja in rehabilitacije (veščina). Specializant mora poznati (znanje) in suvereno obvladovati (veščina) nujna stanja in zaplete koronarne bolezni oziroma po srčnem infarktu (akutni miokardni infarkt, pujčni edem, prekatne motnje ritma, zastoj srca..) ter ustrezno oskrbljenega bolnika predati specialistu v bolnišnici.
Obvladovanja nujnih stanj se lahko teoretično nauči iz knjige Interna medicina, priročnika Nujna stanja, praktično pa na tečaju temeljnih postopkov oživljanja ali pa se je z nujnimi stanji že srečal v času pripravništva na bolnišničnih oddelkih, z opazovanjem oskrbe nujnega bolnika pri svojem mentorju v ambulanti ter na dežurstvu, oziroma kadar lahko sam oskrbi bolnika z nujnim stanjem.

4. CELOSTEN PRISTOP

Študent

Študent mora poznati pomen z zdravjem povezanega načina življenja (redna telesna dejavnost, normalna telesna teža, omejitev koncentriranih sladkorjev, maščob in holesterola v prehrani, opuščanje kajenja, manj tvegano pitje alkohola) (znanje). Zavedati se mora potrebe po odpravljanju vseh dejavnikov tveganja zaradi zapletov koronarne bolezni oz. po srčnem infarktu (stališče).
Ta znanja in stališča lahko pridobi v zdravstveno-vzgojnih centrih zdravstvenih domov po Sloveniji (»zdravstveno-vzgojne delavnice CINDI«). Priporočamo, da prebere tudi zdravstveno-vzgojno gradivo, ki je na voljo za bolnike.

Specializant

Specializant mora imeti že izdelana stališča do zdravega načina življenja. Znati mora bolniku s koronarno boleznijo oz. po srčnem infarktu svetovati, kako in zakaj naj spreminja nezdrave navade in tako brez zdravil vpliva na potek svoje bolezni (veščina). Ker gre za veščino sporazumevanja, se tega specializant najlaže nauči z opazovanjem mentorja. Ko kasneje sam poizkuša bolnika prepričati o pomembnosti odpravljanja zdravju škodljivih življenjskih navad, mora spoštovati bolnikova stališča in upoštevati njegove (z)možnosti (npr. nekdo, ki dela od jutra do večera, bo težko dovolj telesno aktiven; bolnik brez zaposlitve zgolj s socialno podporo bo težko kupoval le zdrava živila, ipd) (stališče).

5. USMERJENOST V SKUPNOST

Študent

Študent mora poznati pomen dednosti in dejavnikov okolja pri nastanku in razvoju koronarne bolezni (znanje). Študent se mora zavedati, da je potrebno bolnika zdraviti v okviru strokovnih priporočil in finančnih možnosti zdravstvenega sistema, da je razmerje med doseženo koristjo in ceno

najugodnejše (stališča).
Študent mora poznati razloge za začasno in stalno delanezmožnost bolnika s koronarno boleznijo oz. o srčnem infarktu ter postopek napotitve na invalidsko komisijo (znanje). To znanje pridobi tako, da prebere poglavje o bolniškem staležu v učbeniku Družinska medicina in medicine dela ali sodeluje na Katedri pri seminarju o bolniškem staležu in trajni delanezmožnosti.

Specializant

Specializant mora pri svetovanju zdravega načina življenja upoštevati bolnikovo družinsko in širše socialno okolje, vešč mora biti pri svetovanju spreminjanja razmer, da bo okolje bolnika kar najbolj stimuliralo uspešno zdravljenje (veščina).
Specializant mora biti pri zdravljenju koronarne bolezni in njenih zapletov racionalen pri porabi finančnih sredstev, a ohraniti ključno vodil o izboljšanje zdravja in kakovost življenja bolnika (veščina). Poznati mora pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki se nanašajo na predpisovanje zdravil (znanje), kar pridobi s spremljanjem publikacij ZZZS.
Specializant mora poznati pravne podlage za bolniški stalež, česar se lahko nauči tako, da prebere pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja in delovno zakonodajo s področja začasne in trajne nezmožnosti za delo (znanje). Poznati mora okvirno trajanje bolniškega staleža po prebolelem srčnem infarktu, kot ga priporoča ZZZS v svoji publikaciji (znanje), oziroma kot je priporočeno v nacionalni smernici, ob čemer naj bo povratek na delo pomemben cilj v programih srčne rehabilitacije. Poznati mora kategorije invalidnosti, kriterije, ki jih je potrebno izpolnjevati za dodelitev dodatka za pomoč in postrežbo ter telesno okvaro (znanje).
Specializant mora znati voditi bolniški stalež ter bolnika z zapleti po prebolelem srčnem infarktu predstaviti invalidski komisiji zaradi ocene delazmožnosti ali potrebe po dodatku zaradi tuje pomoči in postrežbe (npr. v primeru napredovalega simptomatskega srčnega popuščanja –NYHA III-IV).

6. CELOVITO OBLIKOVANJE MODELOV

Študent

Študent se mora zavedati, da se bolniki s koronarno boleznijo oz. po srčnem infraktu zelo razlikujejo v odnosu do lastne bolezni (nekateri so prestrašeni, drugi brezbrižni, tretji sprejemajo bolezen racionalno...), kar je posledica osebnih, socialnih, kulturnih, etičnih, verskih in drugih razlik (stališča).
Pri obravnavi bolnika se mora vselej zavedati temeljnih etičnih načel (stališča). Študent mora vsaj okvirno ugotoviti bolnikovo socialno stanje in mrežo ter njegove morebitne zadržke pri zdravljenju (kulturna, verska in etnična načela) (veščina).

Specializant

Specializant mora svoje nasvete prilagoditi bolnikovemu značaju, sposobnostim in razmeram (veščina).
Specializant mora sprejeti bolnika takšnega, kot ta je, tudi če njuna prepričanja različna. Pri svojem delu mora spoštovati etična načela, zlasti načelo pravičnosti in bolnikove avtonomije (stališče).

ZAKLJUČEK

Vodenje bolnika po srčnem infarktu je le eno področje dela zdravnika družinske medicine. V procesu vodenja je zelo pomembno tako dobro poznavanje nacionalne smernice s področja rehabilitacije in sekundarne preventive po srčnem infarktu, kot dobro sporazumevanje med bolnikom in zdravnikom. Poglavitni cilji sekundarne preventive so zmanjševanje tveganja za ponovni koronarni dogodek ali drugi aterosklerotični žilni dogodek in na ta način zmanjševanje prezgodnje invalidnosti in umrljivost ter izboljšanje kakovosti bolnikovega življenja in podaljšanje preživetja.

Koronarna bolezen je vse pogostejša diagnoza v evropski družinski medicini. Zaradi pogostnosti problema in potrebe po doživljenjskem zdravljenju ter zaradi neposrednega vpliva dejavnikov tveganja, ki so pogojeni z bolnikovim načinom življenja, na katerega vpliva tudi družina in širše social-

no okolje, lahko bolnika celostno in na ta način uspešno vodi le zdravnik družinske medicine s svojim znanjem in izkušnjami, ki presega znanje o kliniki koronarne bolezni.

Ob velikem finančnem bremenu, ki ga zdravljenje koronarne bolezni predstavlja, je potreben racionalen in v bolnika usmerjen pristop. Sleherni bolnik mora prevzeti nase odgovornost za dolgotrajno zdravljenje po srčnem infarktu. Zato je še kako pomembno bolnikovo sodelovanje v procesu zdravljenj in rehabilitacije, tako s spreminjanjem nezdravih navad kot z rednim jemanjem predpisanih zdravil. Samo na tak način se lahko krepi pristen partnerski odnos med bolnikom in zdravnikom, ki bolniku omogoča, da aktivno sodeluje v procesu zdravljenja. Bolnik mora imeti tudi možnost, da odkloni predlagane postopke zdravljenja, če so v nasprotju z njegovimi stališči ter vrednotami.

Pri obvladovanju koronarne bolezni se mora zdravnik zavedati, da se bo z bolnikom srečeval dolgo časa. Ve tudi, da je spreminjanje življenjskega stila težko, zato je naloga tima v ambulanti družinske medicine, da bolniku pri tem svetuje, ga posluša in vzpodbuja ter nudi pomoč in podporo. Prav zaradi tega zahteva vodenje bolnika s koronarno boleznijo veliko potrpežljivosti in pozitivne motivacije obeh, tako bolnika kot zdravnika!

Primer:

Razlog prihoda:

48-letni bolnik prihaja na kontrolo v ambulanto po končani rehabilitaciji v Radencih, po prebolelem srčnem infarktu (non STEMI) in revaskularizaciji srčne mišice (stenoza LAD).

Gospod je samostojni podjetnik, razvezan, ima enega otroka, ki z njim ne želi imeti stikov, kar ga zelo žalosti. V izvenzakonski zvezi se mu je nekako proti njegovi volji rodila še deklica. Z otrokom in sedanjo partnerko, ki je trenutno brez dela prijavljena na Zavodu za zaposlovanje, živi v najetem stanovanju, za katerega že nekaj mesecev niso plačali najemnine in jim grozi izselitev. Zaveda se edine možne rešitve, preselitve k partnerkini materi, ki si je ne želi in se mu upira. Z njo ni v dobrih odnosih, saj se stalno vmešava v njuno življenje in ščuva partnerko proti njemu, pa še stanovanje v katerem živi je premajhno zanjo in mlado družino.

Delal je cele dneve, pogostio tudi pozno v noč, nekoč donosen posel mu propada, nakopal si je velike dolgove.

Pred sprejemom v bolnišnico, je bil strasten kadilec, pokadil je tudi 60 cigaretov/dan, alkohol - najraje žgane pijače pa je popil tudi do 4 E /dan (pil je s poslovnimi partnerji, ko si je prizadeval za posel). Pove, da se bo pitju zlahka odpovedal, kajenju pa težko in da še vedno kadi, a veliko manj (10 do 20 cigaret/dan) kot prej in da se skriva pred partnerko.

Pove tudi, da je zelo živčen, da slabo spi, zbuja se utrujen. Mimogrede omeni, da je imel že v času pred srčnim infarktom težave z erekcijo in da je razmišljal o Viagri, sedaj pa ga ta stvar še bolj skrbi.

Prehranjuje se neredno, dostikrat na hitro v najrazličnejših restavracijah, največkrat pa si lakoto poteši kar s cigareto. Telesno je povsem neaktiven, giblje se le, kolikor je nujno, le do garaže, ali ko gre na sprehod s hčerkico, kar pa je redko.

Fam. anam.: mati ima povišan krvni pritisk in sladkorno bolezen. Oče je umrl pri 49 letih zaradi AMI, bil je kadilec.

Klinični pregled: višina 179, 4 , teža 79, 6 kg; pas 94 cm; ITM 24.

KT: 148/96 mm Hg; fr 82/min; srčna akcija ritmična; periferni pulzi dobro tipljivi.

Laboratorij: hemogram bp; KS: 5,2 mmol/l; holesterol: 4,05 mmol/l, HDL: 0,98, LDL: 2,42, triglicerigi: 1,03 mmol/l, retenti, jetrni testi: bp, K: 4,51; urin :bp

Mentor in študent (specializant) naj razpravljata o:
- O vzpodbujanju rehabilitaciji po srčnem infarktu
- O identifikaciji dejavnikov tveganja (družinska obremenjenost. povišan krvni tlak, povišan krvni sladkor, raven krvnih maščob, nepravilna prehrana, debelost, telesna nedejavnost, kajenje, stres)
- O kardioloških preiskavah po srčnem infraktu: obrementiveno testiranje: kdaj kako, kontraindikacije; ultrazvok srca; alternativne slikovne preiskave: obremenitveni ultrazvok, radionuklidne preiskave, koronarografija
- O psiho-socilani oceni bolnika po srčnem infarktu: o aktivnem iskanju znakov morebitne anksioznosti ali depresije (uporaba standardiziranega vprašalnika)
- O bolnikovi socialni mreži in podpori bolniku
- O izobraževanju in vedenjskem ukrepanju prilagojenemu bolniku in svojcem.
- O priporočenih nefarmakoloških ukrepih oz. svetovanju spreminjanja zdravju škodljivih navad ter o napotitvi v učne delavnice za pomoč pri spremembi življenjskega stila in opuščanju kajenja
Pogovor o: prehranjevalnih navadah, telesni aktivnosti, kajenju, uživanju alkohola, stresu .
Pojasniti, da je večina dejavnikov tveganja reverzibilnih,
Dietni ukrepi in predpis telesne dejavnosti
Pogovoru o spolni aktivnosti na odprt, iskren in občutljiv način
Pogovor o erektilni disfunkciji in uporabi sidenafila (o jasni kontraindikaciji, o potencialnih nevarnostih)
Pogovor o potovanjih in o cepljenjih
- O zdravljenju z zdravili- katera, zakaj, kako, kdaj? O stranski učinki zdravil.
- O terapevtskem načrtu in bolnikovem pristanku na zdravljenje
- O vodenju kronične bolezni
- O možnih spremembah v družinskem okolju.
- O času povratka na delo, delovni zmožnosti in oceni invalidnosti

Didaktični cilji - študent

1

- Poznati pomen aktivnega iskanja in ocenjevanja dejavnikov tveganja sekundarni preventivi koronarne bolezni
- Poznati pomen in nujnost evidence prisotnih dejavnikov tveganja v bolnikovem zdravstvenem kartonu
- Poznati simptome in znake koronarne bolezni in oceno stopnje ogroženosti po sečnem infarktu
- Poznati diagnostične postopke pri bolniku po srčnem infarktu
- Poznati osnovne principe ukrepanja v sekundarni preventivi koronarne bolezni
- Poznati nefarmakološke in farmakološke metode zdravljenja
- Poznati najpogostejše akutne zaplete koronarne bolezni/po srčnem infarktu

2

- Vedeti mora, da okolje vpliva na razvoj koronarne bolezni in pomembno vpliva na bolnikovo sodelovanje pri zdravljenju
- Poznati mora pomen vključevanja (in prevzemanja odgovornosti) bolnika po srčnem infarktu v proces zdravljenja
- Poznati mora pomen stalnosti odnosa za uspešno vodenje bolnika s koronarno boleznijo oz. po srčnem infarktu

3

- Bolnika po srčnem infarktu voditi v skladu z nacionalnimi smernicami
- Poznati indikacije za napotitev k specialistu kardiologu in nujnost napotitev v bolnišnico
- Poznati najpogostejše akutne zaplete koronarne bolezni/po srčnem infarktu in njihovo preprečevanje

4

- Poznati pomen dejavnikov tveganja za nastanek zapletov po srčnem infraktu
- Poznati pomen nemedikamentoznega zdravljenja koronarne bolezni (dieta, gibanje, normalizacije telesne teže, opustitev kajenja...)
- Vedeti, da je bolezen doživljenjska
- Vedeti, da je koronarna/ ishemična bolezen poleg hipertenzije oz. hipertenzivne bolezni srca najpomembnejši vzrok za pojav srčnega popuščanja

5

. Poznati vpliv genetskega dejavnika in družinskega okolja za razvoj in zaplete koronarne bolezni-. zavedati se potrebe po racionalni porabi finančnih virov
- Poznati indikacije in trajanje bolniškega staleža po srčnem infarktu
- Poznati postopek ocene pred ik

6

- Zavedati se različnega doživljanja bolezni pri bolnikih s koronarno boleznijo oz. po srčnem infarktu (poveličevanje, zanikanje) glede na etnično, socialno, kulturno, versko... okolje.
- Poznati pomen etičnih načel enakosti in bolnikove samostojnosti
- Znati oceniti bolnikove finančne zmožnosti in socialno stanje in morebitne zadržke ali prepričanja

Didaktični cilji - specializant

1

- Poznati diagnostične preiskave pri koronarni bolezni/ srčnem infarktu (katere in kdaj) in njihove indikacije ter kontraindikacije
- Pripraviti bolnika s koronarno boleznijo/po srčnem infraktu na operativni poseg
- Voditi register bolnikov s koronarno boleznijo
- Obvladati nemedikamentozne ukrepe pri bolniku s koronarno boleznijo/po srčnem infarktu
- Obvladati principe zdravljenja koronarne bolezni z zdravili (zakaj, katera)
- Izvajati psiho-socialne ukrepein izobraževanje
- Deliti delo med primarnim in sekundarnim nivojem pri obravnavi bolnika po srčnem infarktu (prehod na primarni nivo, ko je bolnik najbolj ranljiv in oskrba najbolj zapletena)- prehod prilagojen posamezniku

2

- Znati vključiti bolnika po srčnem infarktu v proces vodenja bolezni
- Spoštovati bolnikovo avtonomijo (pravica do drugačnega mnenja)
- Doseči spremembo nezdravega vedenjskega stila bolnika s koronarno boleznijo oz. po srčnem infarktu
- Bolnika prepričati o pomenu doživljenjskega zdravljenja in rehabilitacije po srčnem infarktu
- Znati bolniku svetovati o koristih in prednostih vključevanja v koronarne klube in druge podporne skupine
- Zgraditi partnerski odnos bolnik-zdravnik

3

- Bolniku povedati, da samo z njegovim sodelovanjem koronarno bolezen bolj ali manj uspešno vodimo
- Znati preprečevati akutne zaplete koronarne bolezni
- Znati ukrepati pri zapletih koronarne bolezni
- Biti kritičen do napotitev na sekundarni nivo in v bolnišnico

4

- Znati bolniku s koronarno boleznijo svetovati, kako odpraviti dejavnike tveganja
- Znati bolniku razložiti, da je cilj zdravljenja poleg obvladovanja koronarne bolezni še nadzor in obvladovanje tistih dejavnikov tveganja, na katere lahko vplivamo: dejavnikov tveganja, ki so posledica življenjskega stila in družbenih vplivov ter takih, ki so posledica bolezenskih stanj
- Znati poudariti pomen zmanjšanja celokupnega tveganja v sekundarni preventivi

5

- Znati ugotoviti življenjski slog bolnika in mu svetovati, kje so v okviru družine in skupnosti še možnosti za izboljšanje
- Znati mora zagotoviti kakovostno oskrbo bolnika z koronarno boleznijo oz. po srčnem infarktu tudi ob omejenih finančnih virih
- Se povezati z delodajalcem, ko gre za bolnika, ki zaradi koronarne bolezni oz. po srčnem infarktu ne zmore več svojega dela

- Znati voditi bolniški stalež bolnika s koronarno boleznijo oz. po srčnem infraktu in njenimi zapleti
- Znati voditi postopek pred in po oceni na IK

6

- Znati prepoznati bolnikova stališča bolezni in vrednot ter vpliv le-teh na zavedanje in zdravljenje
- Sprejeti bolnika takega, kot je (empatija)
- Upoštevati etična načela (enakost, bolnikova samostojnost)
- Svetovanje prilagoditi bolnikovim socialnim in kulturnim razmeram

LITERATURA:

1) *Vodopivec-Jamšek V. Vodenje bolnika po akutnem srčnem infarktu. In: Švab I, Rotar-Pavlič D. Družinska medicina.Združenje zdravnikov družinske medicine SZD in katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete Ljubljana. Ljubljana 2002; 412-24.*
2) *EUROASPIRE II Group. Lifestyle and risk factors management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries. Principal results from EUROASPIRE II. Eur Heart J 2001;22:554-72.*
3) *EUROASPIRE Study Group. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparision of EUROASPIRE I and II surveys in 9 countries. Lancet 2001;357:997-1003.*
4) *Rehabilitacija in sekundarne preventiva po srčnem infarktu. Nacionalna klinična semrnica. Republika Slovenija Ministrstvo za zdravje. Marec 2004.*
5) *Kocijančič A, Mrevlje F. Interna medicina. Srčno popuščanje. Ljubljana 2005.*
6) *Miokardni infarkt. In: Kunnamo I. Na dokazih temelječe medicinske smernice. Slovenska izdaja. Zavod za razvoj družinske medicine, Ljubljana 2006;*
7) *Kavčič S. Nujna stanja. Pravočasno in pravilno. Združenje zdravnikov družinske medicine SZD. Ljubljana 2000*
8) *Bilban M. Medicina dela. ZVD, Ljubljana 1999.*
9) *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list RS, Ljubljana 9/1992.*
10) *Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Uradni list RS, Ljubljana 12/92, 5/94,7/96.*
11) *Heyriman J (ed). The EURACT Educational Agenda. European Academy of Teachers in General Practice EURACT, Leuven 2005.*

STAREJŠI BOLNIKI V AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE

Danica Rotar Pavlič

UVOD

Leta 2000 je bilo kar 7 % svetovnega prebivalstva starejšega od 65 let. Lahko pričakujemo, da se bo do leta 2050 ta delež podvojil (1). Tudi Slovenija spada v krog držav z izrazito staro strukturo prebivalstva. Ob koncu leta 2003 je pri nas živelo že več kot 300.000 oseb, starejših od 65 let. Njihov delež v celotni strukturi prebivalstva je tako presegal 15 %, medtem ko bo leta 2010 že večji od 16,5 % (2). Ker se svetovno prebivalstvo stara, moramo poznati potrebe, pričakovanja in težave starejših ljudi ter v skladu z njimi načrtovati njihovo zdravstveno oskrbo.
V slovenskem učbeniku Družinska medicina je opisana naloga zdravnika pri obravnavi starostnika. Ta naj starejše bolnike zdravi, izboljšuje pa naj tudi njihovo funkcionalno stanje, vzdržuje njihovo neodvisnost in kakovost življenja. V učbeniku je navedeno, da se pregled starostnika ne razlikuje bistveno od pregleda drugih odraslih, le metode so prilagojene in nekoliko dopolnjene (3, 4).

1.ZDRAVSTVENA OSKRBA STAREJŠEGA BOLNIKA

Študent

Študent se mora zavedati, da je zaupanje v zdravnika eden od temeljev dobrega sodelovanja med zdravnikom in starejšim bolnikom. V starosti se pojavijo številne ovire, ki lahko bolniku otežijo sporazumevanje, razumevanje sporočil in sledenje navodilom, ki jih daje zdravnik (težave z vidom, sluhom, pomnjenjem). Potek kroničnih bolezni je pri starostnikih pogosto neznačilen in spremenjen (zmanjšana funkcijska rezerva, učinek več kroničnih bolezni, polifarmacija) (znanje). Vsem naštetim značilnostim, ki jih srečujemo v tretjem življenjskem obdobju, prilagodimo tudi način sporazumevanja (veščina).
Študent mora vedeti, da je pri starejših pogosta psihopatologija (depresija, demenca, delirij); prav tako so pogosteje izpostavljeni socialnim in ekonomskim težavam ter zlorabam in zanemarjanju (znanje). Starejše ljudi je strah pred hudo boleznijo. Zaradi bojazni, da jih bo iztrgala iz njim znanega okolja, so pripravljeni svoje skrbi in težave skrivati pred drugimi kolikor je le mogoče dolgo. Neizgovorjeni strahovi rojevajo nove skrbi in bolnik se bo zato kmalu vrnil v ambulanto. Študent zaradi načina obravnave, ki je

zaradi več sočasnih bolezni zahtevnejša, ne bo odklonilen do starejših ljudi (stališče).
Študent mora vedeti, da je pogovor oziroma sporazumevanje najprimernejša oblika, kadar se v proces zdravljenja vključujejo starejši ljudje. Če je zdravnik vešč ustreznega sporazumevanja (podajanje razlag in navodil, razumljivi izrazi, preverjanje, ali je bolnik sporočilo razumel, ali pa so bili uporabljeni preveč strokovni izrazi ter tujke), se ta veščina izraža kot spodbujevalni dejavnik, ki prispeva k dobremu odnosu med bolnikom in zdravnikom (veščina). Seznanjen mora biti z dejstvi, ki kažejo, da je starost obdobje, ko se pogosteje kot kdaj koli prej srečujemo z boleznimi, ki ogrozijo preživetje bolnika. Neizogibna so srečanja s stisko in trpljenjem ob ugašanju človekovega življenja. Neprimeren pogovor je za bolnika hudo breme, zato je včasih potrebna postopnost. O bližajočih se trenutkih smrti se je veliko lažje pogovoriti, če ima bolnik ob sebi razumevajočo družino oziroma če dovoli, da zdravnik v zdravljenje vključi tudi družinske člane.Študent pri obravnavi upošteva pomen družine in bližnjih ljudi in jih vključuje v obravnavo bolnikovih težav (veščina).
Temeljno gradivo za obravnavanje starejšega bolnika predstavljata učbenik Družinska medicina (3, 4) in Zbornik 33. srečanja delovnih skupin z naslovom Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini (5). Študent naj si navedeno literaturo priskrbi na začetku vaj in jo pregleda ter se o posameznih elementih pogovori z mentorjem.

Specializant

Specializant mora poznati pojavnost kroničnih bolezni in težav v tretjem življenjskem obdobju (znanje). Pri obravnavi starejšega bolnika mora upoštevati in obvladati naslednje vsebine (veščine):
cilj zdravljenja, ki naj bo predvsem čim boljša kakovost življenja, ne pa zgolj podaljševanje življenja,
pripravljenost za sprejem določene stopnje diagnostične nejasnosti,
poznavanje naravnega poteka bolezni,
poznavanje reverzibilnih vzrokov poslabšanja kronične bolezni,
izogibanje polifarmaciji,
prilagajanje odmerkov zdravil glede na spremenjeno absorpcijo v prebavilih, spremenjeno presnovo in izločanje ter zmanjšano funkcijo ledvic

in/ali jeter, spremenjeno sestavo telesa,
poznavanje iatrogenih zapletov,
zdravljenje infekcij v starosti,
zdravljenje nevropsihiatričnih bolezni v starosti.
Poznati mora specifične preventivne ukrepe v starosti (znanje).
Znati se mora soočiti z etičnimi dilemami, ki se pojavljajo pri obravnavi starejšega bolnika (znanje). Poznati mora načine reševanja etičnih dilem (veščina).
Znati mora premagati ovire, ki lahko bolniku otežijo sporazumevanje, razumevanje sporočil in sledenje navodilom, ki jih daje zdravnik (težave z vidom, sluhom, pomnjenjem). Potek kroničnih bolezni je pri starostnikih pogosto neznačilen in spremenjen (zmanjšana funkcijska rezerva, učinek več kroničnih bolezni, polifarmacija) (veščina).
Poznati mora strahove pred hudo boleznijo. Zaradi bojazni, da jih bo iztrgala iz njim znanega okolja, so pripravljeni svoje skrbi in težave skrivati pred drugimi kolikor je le mogoče dolgo. Neizgovorjeni strahovi rojevajo nove skrbi in bolnik se bo zato kmalu vrnil v ambulanto (veščina).
Obvladati mora značilne elemente sporazumevanja (podajanje razlag in navodil, razumljivi izrazi, preverjanje, ali je bolnik sporočilo razumel, ali pa so bili uporabljeni preveč strokovni izrazi ter tujke), se ta veščina izraža kot spodbujevalni dejavnik, ki prispeva k dobremu odnosu med bolnikom in zdravnikom (veščina).
Obvladovati mora stanja, ko se težko bolna oseba srečuje s stisko in trpljenjem ob ugašanju človekovega življenja. Neprimeren pogovor je za bolnika hudo breme, zato je včasih potrebna postopnost. O bližajočih se trenutkih smrti se je veliko lažje pogovoriti, če ima bolnik ob sebi razumevajočo družino oziroma če dovoli, da zdravnik v zdravljenje vključi tudi družinske člane (veščina).

2. V OSEBO USMERJENA ZDRAVSTVENA OSKRBA

Študent

Študent se mora zavedati, da je eden od najpomembnejših elementov v zdravljenju in negi dobro sporazumevanje (stališče), ki podpira zdravljen-

ljenje in gradi zadovoljstvo med starejšim bolnikom in zdravnikom, lahko pa ga tudi ruši in izčrpava. V sistemu zdravstvene oskrbe obstajajo med izvajalci zdravstvenega varstva velike razlike v strukturi, osnovni filozofiji in delovanju, kar vse močno vpliva na značilnosti sporazumevanja. Tri oblike odnosov, ki najpogosteje potekajo med tistimi, ki zdravijo, in bolniki, so: paternalistični, pogodbeni in partnerski odnos (6–9). Študent mora zato poznati značilnosti in vrste odnosov med zdravnikom in bolnikom (znanje). Nezadovoljstvu bolnikov, ki se kaže v naraščajočem številu pritožb, botruje predvsem slabo sporazumevanje v procesu zdravljenja (10).
Študent mora dobiti občutek, kdaj je stanje takšno, da zahteva takojšnje ukrepanje (zanemarjanje, zlorabe) ter postopke sodelovanja s socialno službo, patronažno in negovalno službo (veščina). Obravnave in vodenja starejšega bolnika se študent najlažje nauči z opazovanjem v ambulanti, s prisostvovanjem na hišnih obiskih, s samostojnim izvajanjem hišnih obiskov, z vključevanjem v delo patronažne službe, z obiski v centru za socialno delo in z obiski v domu starejših občanov (veščina).

Specializant

Specializant mora znati vzpostaviti zaupljiv odnos s starejšim bolnikom ter vrednotiti stališča bolnika(vea).
Specializant mora poznati zdravljenje (znanje):
– infekcij v starosti,
– motenj spanja, depresije, demence in motnje ravnotežja,
– okvar vida in sluha (siva mrena, senilna degeneracija makule, glavkom in diabetična retinopatija, starostna naglušnost, reverzibilni vzroki motenj sluha, ototoksična zdravila, otoskleroza, slušna rehabilitacija),
– srčno-žilnih obolenj,
– genitourinarnih problemov (urinska inkontinenca, bolezni prostate),
– osteomuskularnih težav (osteoporoza, osteoartroza),
– dermatoloških stanj v starosti (seboroične keratoze, prekanceroze in kožni malignomi infekcij, kot so H. zoster in mikoze, dermatitisi (npr. pod plenicami), alergijske reakcije na zdravila, senilna purpura),
– geriatričnih sindromov (vrtoglavica, preležanine, zaprtje, izguba mišične mase, kronična bolečina),
– sinkope in ortostatske hipotenzije,

Specializant mora obvladati specifične preventivne ukrepe, ki jih izvajamo poleg obstoječega preventivnega programa za odrasle (znanje):
– cepljenje proti tetanusu (starostniki pogosto niso bazično cepljeni proti tetanusu),
– koristi cepljenja proti gripi,
– koristi cepljenja proti pnevmokoku,
– pri interpretaciji vrednosti PSA je treba upoštevati bolnikovo starost in jemanje finasterida (normalne vrednosti PSA ob finasteridu so za polovico nižje),
– ukrepe za preprečevanje padcev.

3. SPEČIFIČEN NAČIN REŠEVANJA PROBLEMOV

Študent

Študent mora vedeti, da je sporazumevanje, v katerem prevladujeta empatija in osebni odnos, eden od najpogosteje omenjenih spodbujevalnih dejavnikov, ki lahko pomaga prebroditi ovire, kot so strah pred neozdravljivo boleznijo, osamljenostjo in smrtjo ter občutek brezizhodnosti. Starejši bolnik mora zaznati, da ni le številka (stališče). Individualizacija odnosa in sporazumevanja velja za vse bolnike (11). Starejše ljudi mora znati spodbujati, naj se bolje pripravijo na obisk pri zdravniku (veščina). Tako bo v kratko omejenem času obiska mogoče skleniti dogovor o težavah, ki tarejo starejšega človeka. Omogočena bo tudi večja zavzetost bolnika. Študent mora vedeti, da je nezavzetost bolnikov povezana s pomembno pogostejšo uporabo urgentne službe (12) (znanje).

Specializant

Specializant mora poznati priporočila, ki jih je objavila Državna komisija za medicinsko etiko (znanje). V njih je opredeljena bolnikova pravica do samostojnega odločanja, ki sledi predhodnim pojasnilom. Za dobro sodelovanje so potrebni: pripravljenost, zaupanje, osebna zrelost, zavedanje o lastni odgovornosti in medsebojno spoštovanje. Bolnik je dolžan posredovati zdravniku resnične podatke o svojem zdravstvenem stanju in sodelovati v procesu zdravljenja. Če to odkloni, ga zdravnik lahko zavrne in mu

predlaga, da izbere drugega zdravnika. Bolnikova pravica je, da izve od zdravnika, ki ga zdravi, vse o svoji bolezni, o predvidenih posegih, zdravljenju in možnih posledicah. Pomembno je, da zdravnik in člani zdravstvenega tima ocenijo za vsakega bolnika posebej, kako mu bodo informacije posredovali (veščina). Za bolnike z zmanjšano sposobnostjo odločanja se odločajo skrbniki; le v nujnih primerih se lahko odloči pristojni zdravnik po svojem strokovnem znanju in vesti ter v prid zdravja bolnika.

4. CELOSTEN PRISTOP

Študent

Študent mora vedeti, da bolnikovo sprejemanje starosti v smislu, da pri starejšem človeku tako ali tako ni več mogoče pričakovati dolgega življenja, vodi k slabši zavzetosti za zdravljenje. Slab vid, sluh, pozabljivost in starokopitnost zaviralno vplivajo na sodelovanje, zato bi morali zdravniki sistematično spraševati in odpravljati navedene ovire (znanje). Starejši ljudje premalo govorijo o svojih težavah predvsem zaradi svojega mišljenja, da so pač del normalnega poteka staranja. V raziskavi Morgana in sodelavcev so starejši svoje nespecifične težave in celo psihiatrična bolezenska stanja vrednotili kot normalno stanje (13).

Specializant

Specializant mora biti vešč premagovanja ovir, ki se pojavljajo pri sporazumevanju s starejšim človekom. Aktivno mora preverjati stanje vida in sluha, duševno stanje in socialne okoliščine bolnika (osamljenost, zanemarjanje).

5. USMERJENOST V SKUPNOST

Študent

Študent mora biti vešč pridobivanja informacij s strani družinskih članov in sorodnikov (heteroanamneza) (veščina).
Samostojno se mora odločati, kdaj je smiselno k pregledu povabiti družinske člane (veščina).

Študent mora biti vešč pridobivanja informacij s strani družinskih članov in sorodnikov (heteroanamneza) (veščina).
Samostojno se mora odločati, kdaj je smiselno k pregledu povabiti družinske člane(veščina).
Seznanjen mora biti z informacijskimi gradivi, ki so pripravljena za starejše ljudi (znanje).
Vedeti mora, kdaj je treba z bolnikovim stanjem seznaniti center za socialno delo (znanje).
Poznati mora postopke za sprejem v dom starejših občanov (veščina)..
S samostojnim odločanjem mora znati vrednotiti, kdaj je nujno treba opraviti hišni obisk(veščina).
Seznanjen mora biti z obrazci, ki jih uporabljamo pri sodelovanju s patronažno zdravstveno službo(veščina).
Vedeti mora, kateri bolnik je upravičen do prejema dodatka za pomoč in postrežbo (znanje).
Poznati mora možnosti dodatne socialne in negovalne službe (delo negovalk, dodelitev obroka hrane revnim starostnikom) in jih vključevati v celostno obravnavo (veščina).

Specializant

Vedeti mora, da je pri reševanju zapletenih primerov treba poznati družinske razmere in vpliv, ki ga ima družina (znanje).
Vedeti mora, v kakšni meri in kako naj bo družina seznanjena z boleznijo svojca (veščina).
Zavedati se mora, da si lahko bolnik želi, da družina izve le za tiste podatke o njegovi bolezni, zdravljenju in prognozi, za katere se odloči on sam; spoštovanje bolnikove avtonomije je pomembnejše od pravice družine, da je seznanjena z njegovim zdravjem (14) (veščina).
Vedeti mora, da je lahko vloga družine v postopku zdravljenja različna (17): bolnika podpira v njegovi odločitvi, poskuša vplivati na njegovo odločitev ali zagovarja njegovo samostojnost pri odločitvi.
Poznati mora sindrom izgorelosti pri negovalcih starejših oseb (znanje).
Poleg svojcev mora upoštevati tudi vlogo patronažne medicinske službe, ki je nenadomestljiva pomoč pri vodenju starejših bolnikov; medicinske sestre in skupine za samopomoč so pomemben vir, ki ga je treba vključevati pri

izvedbi zdravljenja in vodenja starejšega bolnika (18) (veščina).
Specializant mora vedeti, da so patronažne medicinske sestre nepogrešljiv vir pridobivanja dodatnih informacij, pa tudi to, da njihovo vlogo bolniki ocenjujejo pozitivno (18) (stališče).
Poznati mora pravila zdravstvenega zavarovanja in Zakon o zdravstvenem varstvu in zavarovanju (23. čl., 1. tč.).
Vedeti mora, da je patronažna medicinska sestra pri svojem delu samostojna in da po zdravnikovem naročilu opravlja zdravstveno nego bolnika na domu (stališče). Zdravnik in patronažna medicinska sestra se pri svojem delu dopolnjujeta in sodelujeta: zdravljenje vodi zdravnik, negovalno zdravljenje pa patronažna medicinska sestra.
Poznati mora skupine za samopomoč, ki delujejo na območju regije. Skupine za samopomoč so pomagalo, na katero pri starejših pogosto pozabimo. Predvsem bi se lahko del izobraževanja, izmenjave težav in iskanja rešitev uresničeval v klubih, kot so društva upokojencev (znanje).
Poznati mora postopek posredovanja informacije o premestitvi v dom starejših občanov, bolnikovo avtonomijo in obrazce, ki jih pred sprejemom v dom starejših občanov (DSO) izpolnjuje zdravnik.
Poznati mora redno delo zdravnika v DSO, ki obsega (veščina).:
- delo z bolniki v ambulanti DSO,
- delo z bolniki na posameznih oddelkih DSO,
- sodelovanje z medicinskim in negovalnim osebjem DSO,
- sporazumevanje s svojci oskrbovancev,
- administrativno-dokumentacijsko delo,
- različne medicinske tehnične posege.

Poznati mora naslednje elemente socialnovarstvene skrbi (znanje):
- prva socialna pomoč,
- osebna pomoč,
- pomoč družini,
- institucionalno varstvo,
- vodenje in varstvo ter zaposlitev pod posebnimi pogoji,
- pomoč delavcem v podjetjih, zavodih in pri drugih delodajalcih.

6. CELOVITO OBLIKOVANJE MODELOV

Študent

Študent se mora zavedati, da se starejši bolniki v odnosu do svoje starosti med seboj razlikujejo (stališče). Izobrazba bolnika se je v raziskavi Cohena in sodelavcev pokazala kot samostojen dejavnik pri izražanju pričakovanj bolnikov. Tisti z nižjo izobrazbo pričakujejo več ukrepov pri zdravljenju, tisti z višjo izobrazbo pa več preventivnih pregledov (17) (znanje). V raziskavi Cunninghama in Newtona se je strah pokazal kot pomemben dejavnik, ki preprečuje učinkovito sodelovanje med zdravnikom in bolnikom ter ga zdravniki ne prepoznajo (19) (znanje).

Specializant

Specializant mora bolniku svetovati v okviru njegovih lastnih stališč (veščina).
Pri svetovanju mora upoštevati finančne zmožnosti bolnika ter njegova kulturna, verska in etnična načela (veščina).
Sposoben mora biti sprejeti bolnika takega, kot je, čeprav se njuni prepričanji razlikujeta (stališče).

ZAKLJUČEK

Antični svet je zelo cenil starost in ljudje so bili ponosni, če so jo dosegli. Na to nas spominjajo besede, kot so »starešine«, »očaki«, »senatorji«. Omika kakega naroda se je merila tudi po tem, kakšen odnos je imel do starejših ljudi. S pregovorom »Sivi lasje so častna krona« so ponazarjali dragocenost in čast starosti. Če prebiramo zapise o zelo starih kulturah, ugotovimo, da je bilo sprejemanje starosti in njeno doživljanje pravi dar človeku, družini in družbi. Sivi lasje so se povezovali z izkušenostjo, znanjem in življenjsko modrostjo. Življenjske dobe so se med seboj dopolnjevale, saj vse spadajo k celovitosti življenja.
Danes so starejši ljudje pogosto osamljeni, zato jim obisk pri zdravniku veliko pomeni. Čeprav se zdi, da so zgodbo svojega življenja že večkrat ponovili, je prav pogovor z zdravnikom neprecenljive vrednosti. Če je zdravnik vešč

ustreznega sporazumevanja (podajanje razlag in navodil, razumljivi izrazi, preverjanje, ali je bolnik sporočilo razumel, ali pa so bili uporabljeni preveč strokovni izrazi ter tujke), se ta veščina izraža kot spodbujevalni dejavnik, ki prispeva k dobremu odnosu med bolnikom in zdravnikom.
Pomembno vlogo imajo tudi dobri sosedski odnosi. Če za sosede v času srednjih let in zaposlenosti ni bilo časa, pa je prav v starosti zelo pomembno, ali imamo v bližini nekoga, ki nam lahko priskoči na pomoč.
Pri dobri zdravstveni oskrbi imajo pomembno vlogo bolnikovi svojci. Predvsem v visoki starosti lahko že okužbe pomenijo za bolnika veliko tveganje in ga celo življenjsko ogrozijo. Priznati je treba, da je v skrbeh tudi zdravnik. Pogosto se dogovori s svojci, da budno spremljajo stanje bolnika in se v primeru poslabšanja takoj oglasijo.
Starost je obdobje, ko se pogosteje kot kdaj koli prej srečujemo z boleznimi, ki ogrozijo preživetje bolnika. Neizogibna so srečanja s stisko in trpljenjem ob ugašanju človekovega življenja. Neprimeren pogovor je za bolnika hudo breme, zato je včasih potrebna postopnost. O bližajočih se trenutkih smrti se je veliko lažje pogovoriti, če ima bolnik ob sebi razumevajočo družino oziroma če dovoli, da zdravnik v zdravljenje vključi tudi družinske člane.

Primer 1:

70-letni gospod ima že dvajset let sladkorno bolezen tipa 2. Svoj aparat za samonadzor krvnega sladkorja uporablja po občutku (kadar je utrujen, vrtoglav). Ima čezmerno telesno težo. Alkoholne pijače uživa zmerno. Živi z ženo v pritličju hiše. V prvem nadstropju živi sin z družino. Hčerka živi z družino v drugem kraju. Družina je že dlje časa sprta zaradi razprav o morebitnem dedovanju premoženja. Zdravnika pokličejo ob zaključku obratovanja ambulante na hišni obisk zaradi zmedenosti očeta. Zdravnik ugotovi, da gre za hipoglikemijo in ustrezno ukrepa.

Primer 2:

Popolnoma pokretna 68-letna gospa živi v večdružinski hiši, pol ure hoda od zdravstvene ordinacije. Ima težave zaradi čezmerne telesne teže, arterijske hipertenzije in varikoznega sindroma z golensko razjedo. Zdravnika prosi, naj ji patronažna sestra pride na dom previt razjedo. Otroci so namreč dopoldne v službi, sama pa nima avta. Zdravnik meni, da bi bolnica lahko hodila na prevezo v ambulanto.

Mentor in študent (specializant) naj razpravljata:

- O pogostnosti kroničnih bolezni v starosti in komorbidnosti,
- O partnerskem odnosu med zdravnikom in bolnikom,
- O sporazumevanju, kadar se stališča in pričakovanja zdravnika in bolnika razlikujejo,
- O vlogi družinskih članov pri vodenju starejše osebe,
- O vlogi patronažne zdravstvene službe,
- O potrebnih nefarmakoloških ukrepih pri kroničnih boleznih v starosti,
- O potrebnih farmakoloških ukrepih pri kroničnih boleznih v starosti,
- O potrebnih preiskavah za potrditev diagnoze arterijske hipertenzije, stanjih, ko je treba svetovati premestitev v dom starejših občanov.

Didaktični cilji - študent

1.
- (pre)poznati:
- Vlogo specifičnih težav, ki se pojavljajo v starosti,
- Znake motenj spomina, razumevanja, vida, sluha,
- Duševne motnje, osamljenost, zlorabo in zanemarjanje starejše osebe,
- Pojavnost kroničnih bolezni v starosti.

2.
- Poznati temeljne principe sporazumevanja s starejšim bolnikom.
- Vedeti, da domače okolja vpliva na zdravstveno stanje starejše osebe.
- Poznati pomen stalnosti odnosa in pomen medsebojnega zaupanja med njim in bol nikom.

3.
- Poznati: zdravljenje najpogostejših obolenj in sindromov v starosti,
- Specifične preventivne ukrepe v starosti,
- Indikacije za napotitev in nujnost napotitev;

4.
- Poznati pomen družine,
- Vedeti, kdaj je potrebna heteroanamneza;

5.
- Vedeti, kakšen je naravni potek bolezni v starosti,
- Vedeti, da je potrebno sodelovati s patronažno dejavnostjo,
- Poznati vlogo zdravnika v dso,
- Poznati vlogo csd;

6.
- Zavedati se različnega doživljanja starosti,
- Poznati pomen etičnih načel enakosti in bolnikove samostojnosti,
- Znati oceniti bolnikove finančne zmožnosti in socialno stanje ter versko in etnično pripadnost;

Didaktični cilji - specializant

1.

- Poznati:
- Cilj zdravljenja naj bo predvsem čim boljša kakovost življenja, ne pa zgolj njegovo podaljševanje,
- Pripravljenost za sprejemanje določene stopnje diagnostične nejasnosti,
- Poznavanje naravnega poteka bolezni,
- Poznavanje reverzibilnih vzrokov poslabšanja kronične bolezni,
- Izogibanje polifarmaciji,
- Prilagajanje odmerkov zdravil,
- Poznavanje iatrogenih zapletov,
- Zdravljenje infekcij v starosti,
- Zdravljenje nevropsihiatričnih bolezni v starosti,
- Zavedati se mora večje verjetnosti iatrogenih učinkov;

2.

Poznati pravico do soodločanja, ki jo ima tudi starejši bolnik.

- Z izobraževanjem bolnika in svojcev mora zmanjšati možnost za pojav stranskih učinkov zdravil ter dehidracije in podhranjenosti.
- Znati mora vzpostaviti odkrit odnos s starejšim bolnikom ter se pogovoriti o morebitnih strahovih in osamljenosti.
- Znati mora bolnika spodbujati k rednemu jemanju zdravil.
- Odsvetovati mu mora čezmerno jemanje nsar in anksiolotikov.

3.

- Poznati mora zdravljenje:
- Infekcij v starosti,
- Motenj spanja, depresije, demence, motenj ravnotežja,
- Okvar vida in sluha,
- Srčno-žilnih obolenj,
- Genitourinarnih težav,
- Osteomuskularnih težav, – dermatoloških stanj v starosti,
- Geriatričnih sindromov
- Sinkope in ortostatske hipotenzije.
- Poznati mora specifične preventivne ukrepe v starosti.

4.

- Vrednotiti mora vlogo družine in sorodnikov pri vodenju starejšega bolnika.
- Prepoznati mora sindrom izgorelosti pri negovalcih.

5.

- Poznati:
- Vlogo ter način sodelovanja s patronažno dejavnostjo,
- Vlogo skupin za samopomoč,
- Vlogo csd,
- Dolžnosti socialno-varstvenega skrbstva,
- Postopke vključitve v dso,

- Delo zdravnika v dso;

6.
- Prepoznati bolnikova stališča ter pričakovanja do bolezni in zdravljenja.
- Upoštevati specifične težave v starosti.
- Sposoben biti sprejemati bolnika takega, kot je (empatija).
- Pri obravnavi starejšega bolnika mora upoštevati etična načela (enakost, bolnikova samo stojnost).
- Bolnikuznati svetovati v skladu s finančnimi stanjem ter verskimi, kulturnimi in etničnimi načeli.
- Znati voditi bolniški stalež bolnika s koronarno boleznijo oz. po srčnem infraktu in njenimi zapleti
- Znati voditi postopek pred in po oceni na IK

LITERATURA:

2) *United Nations, Population Division, Department of Economic and Social Affairs. Population ageing 2002. Second World Assembly on Ageing; 8–12 – April – 2002; Madrid, Spain.*

3) *Dimovski V. Izhodišča za pripravo strategije varstva starejših v obdobju od 2006 do leta 2010. In: Festival za tretje življenjsko obdobje. Zbirka prispevkov okroglih miz in predavanj. Ljubljana: Zveza društev upokojencev Slovenije in Infos, d. o. o.; 2004. 10–17.*

4) *Kocijan M. Obravnava starostnika. In: Švab I, Rotar Pavlič D, eds. Družinska medicina. Lju bljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2002: 678–82.*

5) *Kocijan M. Preventiva pri starostniku. In: Švab I, Rotar Pavlič D, eds. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2002: 663–77.*

6) *Rotar-Pavlič D. Sodelovanje starejših ljudi v zdravstveni oskrbi. In: Petek D, Kopčavar-Gućek N. Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2002: 84-9.*

7) *Coulter A. Paternalism or partnership? BMJ 1999; 319: 719–20.*

8) *Ten Have H. Re-evaluating proffesional autonomy in health care. Theoretical Medicine and Bioethics 2000; 21: 503-13.*

9) *The European deffinition of general practice/family medicine. WONCA 2002; 1–35.*

10) *Department of Health. The patients' charter. London: HMSO; 1991.*

11) *NHS Executive. Patient partnership: Building a collaborative strategy. Leeds: NHS Executive; 1996.*

12) *Stewart M. Effective physician – patient communication and health outcomes: A review. Can Med Ass J 1995; 152: 1423–33.*

13) *Nutting P, Rost K, Dickinson M, Werner JJ, Dickinson P, Smith J, Gallovic B. Barriers to initiating depression treatment in primary care practice. JGIM 2002; 17: 103–11.*

14) *Morgan R, Pendleton N, Clague JE, Horan MA. Older people's perceptions about symptoms. Br J Gen Pract 1997; 47: 427–30.*

15) *Benson J, Britten N. Respecting the autonomy of cancer patients when talking with their families: qualitative analisis of semistructured interviews with patients. BMJ 1999; 313: 729–31.*

16) *Reusr CE, Matingly S. Family involvement in medical decision making. Fam Med 1996; 28: 39–45.*

17) *Parkerton PH, Smith DG, Straley HL. Primary care practice coordination versus physician con-*

tinuity. Fam Med J 2004; 36: 15–21.

18) Birchall M, Richardson A, Lee L. Eliciting views of patients with head and neck cancer and carers on professionally derived standards for care. BMJ 2002; 324: 516.

19) Nutting P, Rost K, Dickinson M, Werner JJ, Dickinson P, Smith J, Gallovic B. Barriers to initiating depression treatment in primary care practice. JGIM 2002; 17: 103–11.

20) Cunningham C, Newton R. A question sheet to encourage written consultation questions. Qual Health Care 2000; 9: 42–6.