»Učiteljeva osnovna naloga je usmerjati življenja, pri tem pa jim pustiti svobodo za lasten razvoj.« Maria Montessori

Učiteljem in učencem

Avtor: Izr. prof. dr. Janko Kersnik
Oblikovanje naslovnice: Rosje - oblikovanje
Računalniški prelom: Rosje - oblikovanje
Izdala in založila: Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta
Naklada: 500 kosov
Tisk: Medium

september, 2007

OSNOVE DRUŽINSKE MEDICINE

Učbenik za študente medicine v 4. letniku MF UM 1. izdaja

Janko Kersnik

Maribor, 2007

Predgovor k 1. izdaji

Predmet Družinska medicina na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru poteka v dveh delih, v 4. letniku kot Družinska medicina I in v 6. letniku kot Družinska medicina II. S tem učbenikom želimo študentom ponuditi ogrodje, okoli katerega bodo s pomočjo predavanj, seminarjev, vaj, spletnih virov in strokovnih člankov lahko zgradili svoje znanje sporazumevanja in osnovne obravnave bolnikov, se naučili nekaterih veščin ter zgradili ustrezen odnos do bolnikov in lastnega dela. Klinične vsebine, ki bodo glavni del vaj v 6. letniku, so v tem učbeniku predvsem informativnega pomena, da si boste študenti znali laže načrtovati svoje delo in čim bolje izkoristiti vaje v ambulantah. Namen učbenika vam je poleg spletne strani (e-izobraževanje) in navodil za vaje predvsem pomagati doseči cilje študija pri predmetu Družinska medicina I v obsegu 15 ur predavanj, 30 ur seminarjev in 75 ur vaj, da se boste znali
vživeti v bolnika,
sporazumevati z bolnikom,
in da boste znali

- *voditi posvet,*
- *voditi medicinsko dokumentacijo,*
- *upoštevati in oceniti vlogo družine v zdravju in bolezni,*
- *varno in kakovostno delati,*
- *opraviti hišni obisk,*
- *razumeli potrebe okolja in vlogo zdravnika družinske medicine v njegovem okolju,*
- *racionalno načrtovati ustrezno diagnostiko in ukrepanje na ravni zdravnika prvega stika,*
- *uporabiti doslej pridobljeno znanje v določenem okolju pri določenem bolniku.*

Vsebina učbenika se sklada z vsebino predmeta in se posveča predvsem

- *odnosu med bolnikom in zdravnikom;*
- *sodelovanju z okoljem, v katerem zdravnik dela, vključno z družino;*
- *uporabi kliničnega znanja, apliciranega na probleme prvega stika z bolnikom v osnovnem zdravstvu;*
- *osnovam organizacije in delovanja splošne ambulante.*

Učbenik temelji na Evropski definiciji družinske medicine in Evropskega predloga pouka družinske medicine. Za pripravo učbenika sem uporabil citirane vire, lastne objavljene prispevke in dele objavljenih ali neobjavljenih gradiv številnih kolegov. To so Irena Bajc, Tatjana Berger, Branka Bizjak, Simona Bizjak, Mateja Bulc, Josip Car, Jana Govc-Eržen, Suzana Kert, Dejan Klančič, Marko Kolšek, Štefan

Mally, Angelika Marjetič-Ulčakar, Mojca Mir, Davorina Petek, Marija Petek-Šter, Katarina Planinec, Polona Selič, Danica Rotar-Pavlič, Katja Pesjak, Marija Petek-Šter, Mihaela Strgar-Hladnik, Igor Švab, Helena Turk, Ksenija Tušek-Bunc, Polona Vidič, Vlasta Vodopivec-Jamšek, Urška Tomec, Daša Zore in Gordana Živčec-Kalan. Za njihov prispevek k celovitosti tega učbenika se jim prisrčno zahvaljujem, njihova dela pa priporočam za dodatno branje. Seveda učbenika ne bi bilo, če si znanja in izkušenj ne bi pridobil z delom, s sodelovanjem in pogovori ob delu na Katedri za družinsko medicino v Ljubljani, kjer smo s sodelavci pripravili učbenik Družinska medicina, navodila za vaje in številne druge publikacije, ki so podlaga tega učbenika. Posebna zahvala velja Kseniji Tušek-Bunc in Heleni Turk za pregled prvega osnutka in za koristne vsebinske pripombe.

uvod v poglavje

primeri

za študente

dodatne informacije

Študentom želim, da bi jim učbenik kljub še vedno prisotni heterogenosti besedila čim bolje služil pri študiju in se veselim njihovih pripomb, ki bodo pomagale k izboljšavam pri naslednjih izdajah. Asistentom, učiteljem veščin, mentorjem in drugim bralcem pa naj bo učbenik v pomoč pri poučevanju družinske medicine.

V Kranjski Gori, januarja 2007

Avtor

Kazalo

1 Zgodovina in področje družinske medicine 1
1.1 Zgodovina družinske medicine 1
1.2 Opredelitev družinske medicine 2
1.2.1 Značilnosti družinske medicine 2
1.2.2 Specialnost družinske medicine 3
1.2.3 A) Temeljna znanja in veščine v družinski medicini 3
1.2.3.1 Bistvene značilnosti družinske medicine 3
1.2.3.1.1 Osnovnozdravstveni pristop 4
1.2.3.1.2 V osebo usmerjena zdravstvena oskrba 5
1.2.3.1.3 Usmerjen pristop k obravnavi zdravstvenih težav 6
1.2.3.1.3 Celovita oskrba 7
1.2.3.1.5 Usmerjenost v skupnost 9
1.2.3.1.6 Celosten pristop 10
1.2.4 B) Področja uporabe znanj in veščin v družinski medicini 11
1.2.5 C) Posebnosti družinske medicine 11
1.2.5.1 Okoliščine, v katerih dela zdravnik družinske medicine 11
1.2.5.2 Odnos zdravnika družinske medicine do svojega dela in bolnikov 12
1.2.5.3 Znanstveni pristop 12
1.3 Vloga družinske medicine v sistemu zdravstvenega varstva ter Pojavnost in pogostnost najpogostejših zdravstvenih težav 12
1.3.1 Prvi stik z zdravstveno težavo 13
1.3.2 Vodenje zdravstvene težave 16
1.3.3 Medicinske storitve 18
1.3.4 Dodatne sestavine dela zdravnika družinske medicine 19
1.4 Pristop k reševanju najpogostejših zdravstvenih težav ob prvem stiku in Izbiranje prednostnih potreb bolnikov v splošnih ambulantah 20
1.4.1 Predhodna razlaga zdravstvene težave 24
1.4.2 Verjetnost 25
1.4.3 Možnost nevarnega poteka 26
1.4.4 Zdravljivost 26
1.4.5 Izjemnost 26
2 Družina v družinski medicini 27
2.1 Tipi družin 29
2.1.1 Primarne in sekundarne družine 29
2.1.1.1 Primarna družina 29
2.1.1.2 Sekundarna družina 30
2.1.2 Delitev družin po njihovi sestavi 30
2.1.2.1 Jedrna družina 30

2.1.2.2 Drugi tipi družin....30
2.1.2.3 Nedružinske življenjske skupnosti....31
2.1.3 Družine glede na njene meje....31
2.1.3.1 Zaprta družina....31
2.1.3.2 Poljubna družina....31
2.1.3.3 Odprta družina....32
2.2 Družinski krog in njegova obdobja....32
2.3 Vpliv družine na zdravje njenih članov....33
2.3.1 Družina kot skupnost genetsko podobnih oseb....33
2.3.2 Družina kot socialna mreža....34
2.3.3 Družina kot skupnost oseb v istem okolju....35
2.3.3.1 Prenašanje bolezni....35
2.3.3.2 Skupni izvor bolezni....35
2.3.3.3 Vzorec iskanja zdravniške pomoči....36
2.3.3.4 Vedenje ob bolezni....36
2.3.4 Družina kot vir bolezni....37
2.3.4.1 Odnosi v družini kot vir bolezni....37
2.3.4.2 Nezadovoljstvo z izpolnjevanjem svoje vloge....37
2.3.4.3 Nasilje v družini....38
2.3.4.3.1 Nasilje nad otroki....38
2.3.4.3.2 Nasilje med partnerji....40
2.3.4.3.3 Nasilje nad starostniki....40
2.4 Vpliv bolezni na družino....40
2.4.1 Vpliv na duševno stanje....41
2.4.2 Sprememba v delovanju družine....41
2.4.2.1 Izločitev bolnega....41
2.4.2.2 Zahteve bolnega....42
2.4.2.3 Umirajoči član družine....42
2.4.3 Skrb za bolnega....42
2.4.3.1 Glavni oskrbovalec....42
2.4.3.2 Pomočniki....43
2.4.3.3 Zdravstvena oskrba....43
2.5 Zdravnik v družini....43
2.6 Ocena delovanja družine....44
2.6.1 Opazovanje družine....45
2.6.2 Bolnik v ambulanti....47
2.6.3 Hišni obisk....47
2.6.3.1 Spoznavanje družinskih zakonitosti na hišnem obisku....48
2.6.4 Družinsko drevo....49
2.6.5 Družinski krog....50
2.6.6 Družinski APGAR....51

2.7 Ocena možnosti oskrbe bolnika na domu....54
2.7.1 Ocena zmožnosti neposrednega okolja za oskrbo bolnika na domu....54
2.7.2 Ocena možnosti zdravstvene oskrbe na domu....55
3 Vloga družinske medicine v sistemu zdravstvenega varstva....57
3.1 Organizacija zdravstvene službe....57
3.1.1 Izbira osebnega zdravnika in vloga vratarja v sistemu zdravstvenega varstva....57
3.1.2 Tok bolnikov v sistemu zdravstvenega varstva....58
3.2 Zdravnik družinske medicine v skupnosti....59
3.2.1 Ožja in širša delovna skupina zdravnika družinske medicine....60
3.2.1.1 Ožja delovna skupina zdravnika družinske medicine....60
3.2.1.3 Pomen dela v skupini za kakovostno delo....62
3.2.2 Sodelovanje z lokalnimi društvi in organizacijami za pomoč bolnikom....63
3.3 Vzorčna splošna ambulanta....64
3.3.1 Prostori....64
3.3.2 Oprema....65
3.4 Zagotavljanje kakovosti in nadzor nad zdravnikovim delom....65
3.4.1 Predpisovanje zdravil....67
3.4.2 Delovna zmožnost....70
3.4.2.2 Začasna delovna zmožnost....70
3.4.2.2 Trajna delovna zmožnost, telesna okvara in dodatek za pomoč in postrežbo drugega....71
3.4.3 Napotitve....73
3.4.3.1 Nujnost napotitve....73
3.4.3.2 Vrste napotitev....74
3.4.3.3 Tip napotitev....74
3.4.3.3.1 Priprava bolnika na načrtovan operativni poseg....77
3.4.3.3.2 Priprava bolnika na prvo nenujno napotitev....80
3.4.4 Notranji nadzor v zdravstveni ustanovi....82
3.4.4.1 Namen notranjega nadzora....82
3.4.4.2 Oblike notranjega nadzora....82
3.4.4.3 Redni strokovni nadzor....83
3.4.4.3.1 Samonadzor....83
3.4.4.3.2 Nadzor vodij služb....84
3.4.4.3.3 Nadzor vodij enot in strokovnih kolegijev osnovne enote....85
3.4.4.3.4 Nadzor strokovnih kolegijev dejavnosti v zavodu....86
3.4.4.3.5 Nadzor strokovnega sveta....86
3.4.4.3.6 Nadzor strokovnega vodje zavoda....87
3.4.4.3.7 Nadzor direktorja zavoda....87

3.5 Pravice bolnikov....88
3.5.1 Pomen bolnikovega mnenja....88
3.5.2 Načini vključevanja bolnikov v diagnostiko in zdravljenje....88
3.5.2.1 Vključevanje vnaprej....89
3.5.2.2 Vključevanje med oskrbo....89
3.5.2.3 Vključevanje po oskrbi....89
3.5.3 Pritožni sistem....89
3.5.4 Ekonomske omejitve in etične dileme sistema zdravstvenega varstva....92
4 Veščine sporazumevanja....95
4.1 Sporazumevanje z bolnikom....95
4.1.1 Sporočanje....96
4.1.2 Posvet....99
4.2 Povezanost med zdravnikom in bolnikom....99
4.2.1 Medosebni odnosi....99
4.2.2 Vživljanje v drugega....100
4.2.3 Povezanost....101
4.2.3.1 Kako do povezanosti?....102
4.2.3.1.1 1. Vzpostavitev odnosa....102
4.2.3.1.2 2. Utišanje našega notranjega odgovora....102
4.2.3.1.3 3. Dostop do nezavednih procesov....102
4.4.3.1.4 4. Kazanje razumevanja....102
4.2.3.2 Pasti povezanosti....103
4.2.3.2.1 Odvisnost in moč....103
4.2.3.2.2 Spolna privlačnost....103
4.2.3.2.3 Dojemanje bolnikovega trpljenja kot svojega....103
4.3 Vključevanje bolnika v diagnostiko, zdravljenje in vodenje bolezni....104
4.3.1 Opredelitev vključevanja bolnika v lastno zdravljenje....104
4.3.2 Sodelovanje pri zdravljenju....104
4.3.3 Nesodelovanje pri zdravljenju....104
4.3.3.1 Značilnosti zdravljenja in bolezni....105
4.3.3.2 Sociodemografske značilnosti bolnikov....106
4.3.3.2.1 Starost....106
4.3.3.2.2 Spol....106
4.3.3.2.3 Samopodoba....106
4.3.3.2.4 Samo-učinkovitost....106
4.3.3.2.5 Stres in čustvene težave....106
4.3.3.2.6 Depresija....107
4.3.3.2.7 Škodljiva raba alkohola....107
4.3.3.3 Medosebni odnosi....107

4.3.3.4 Dejavniki okolja....107
4.3.4 Ustrezno vključevanje bolnika....108
4.4 Upoštevanje socialnih, etničnih, kulturnih in drugih razlik bolnikov pri iskanju zdravstvene pomoči in izvajanju zdravljenja....108
4.5 Ocenjevanje sporazumevanja....110
4.5.1 Uvod....110
4.5.2 Ponovni posvet....111
4.5.3 Zbiranje informacij....111
4.5.4 Pregled bolnika....111
4.5.5 Posredovanje in podajanje informacij....112
4.5.6 Razumevanje bolnikovih pogledov....112
4.5.7 Končevanje posveta....112
4.5.8 Če je predlagal nov ali spremenjen načrt zdravljenja/preventive....112
5 Veščine vodenja posveta....115
5.1 Ugotavljanje razloga(ov) za posvet....116
5.1.1 A. Odkrivanje in obravnava predočenih zdravstvenih težav....117
5.1.2 B. Vodenje kroničnih bolezni in stanj....118
5.1.3 C. Priložnostna preventivna dejavnost....118
5.1.4 D. Spreminjanje bolnikovega sloga iskanja zdravstvene pomoči....119
5.2 Jemanje in razlaga usmerjene anamneze na osnovni ravni....119
5.3 Izvedba usmerjenega telesnega pregleda in razlaga ugotovitev....120
5.3.1 Usmerjen zapis o posvetu....121
5.3.2 Merjenje krvnega tlaka....122
5.3.3 Posnetek in osnovna interpretacija EKG-ja....124
5.3.3.1 Ritem....125
5.3.3.1.1 Normalni srčni ritem....125
5.3.3.2 Aritmije....126
5.3.3.2.1 Menjajoč ritem....126
5.3.3.2.2 Ekstrasistole in preskoki....126
5.3.3.2.3 Hitrejši ritem....127
5.3.3.2.4 Srčni bloki....128
5.3.3.3 Frekvenca....129
5.3.3.4 Srčna os....129
5.3.3.5 Druge spremembe v posnetku....131
5.3.3.5.1 Val P....131
5.3.3.5.2 Kompleks QRS....131
5.3.3.5.3 Veznica ST....132
5.3.3.5.4 Val T....133

5.3.3.6 Sklep....133
5.3.4 Meritev maksimalnega pretoka zraka med izdihom....134
5.3.4.1 Postopek merjenja največjega pretoka zraka....135
5.4 Naročanje in razlaga laboratorijske preiskave za določene najpogostejše zdravstvene težave na osnovni ravni....135
5.4.1 Pisanje zdravniškega recepta....139
5.5 Pospeševanje zdravja, preprečevanje bolezni, izvajanje priložnostne in sistematične preventivne dejavnosti....140
5.5.1 Pospeševanje zdravja....141
5.5.2 Cepljenje proti tetanusu....142
5.5.2.1 Postekspozicijsko cepljenje....143
5.5.2.2 Postekspozicijsko cepljenje....143
5.5.3 Priložnostno merjenje krvnega tlaka....144
5.5.4 Presejalni pregled za srčnožilne bolezni....144
5.5.5 Individualno svetovanje za posameznike, ki želijo opustiti kajenje....146
5.5.6 Individualno svetovanje posameznikom, ki pijejo na tvegan način....147
5.6 Vodenje zdravstvenega kartona v papirni in elektronski obliki....149
5.6.1 Vodenje zbirnika (problemska lista + list stalnega zdravljenja)....150
6 Veščine obravnave posameznih skupin zdravstvenih težav....153
6.1 Pristop k slabo izraženim zdravstvenim težavam....153
6.1.1 Dispneja....154
6.1.1.2 Diferencialna diagnoza dispneje....155
6.1.2 Nespečnost....156
6.1.2.1 Opredelitev in pogostost nespečnosti....156
6.1.2.2 Diagnoza nespečnosti....157
6.1.2.3 Ukrepanje pri nespečnosti....157
6.1.2.4 Vodenje kroničnega bolnika z nespečnostjo....159
6.2 Uporaba časa v diagnostične in terapevtske namene....161
6.2.1 Odprto čakanje....162
6.2.1.1 Neukrepanje....162
6.2.2 Zdravilni poskus....164
6.2.3 Odprto čakanje pri kroničnih boleznih....166
6.2.4 Zgaga (dispepsija)....167
6.2.4.1 Opredelitev in pogostost dipepsije....167
6.2.4.2 Diagnoza dispepsije....167
6.2.4.3 Ukrepanje pri bolniku z dispepsijo....168
6.2.4.4 Vodenje kroničnega bolnika z dispepsijo....169

6.3 Obravnava akutne bolezni....169
6.3.1 Akutne infekcijske bolezni zgornjih dihal....170
6.3.1.1 Opredelitev in pogostost akutnih infekcijskih bolezni zgornjih dihal....170
6.6.1.2 Diagnoza akutne infekcijske bolezni zgornjih dihal....170
6.3.1.4 Diagnoza akutnega rinosinusitisa....172
6.3.1.4.1 Razdelitev bakterijskih rinosinusitisov....172
6.3.1.3 Zdravljenje akutne infekcijske bolezni zgornjih dihal....172
6.3.1.4.1 Diagnoza ABRS....173
6.3.1.4.3 Diagnostične preiskave....173
6.3.1.4.4 Povzročitelji akutnih rinosinusitisov....174
6.3.1.4.5 Zdravljenje akutnih rinosinusitisov....174
6.3.1.5 Vodenje kroničnega bolnika z rinosiunsitisom....174
6.3.2 Nezapletena okužba spodnjih sečil....175
6.3.2.1 Opredelitev in pogostost nezapletene okužbe spodnjih sečil....175
6.3.2.2 Diagnoza nezapletene okužbe spodnjih sečil....175
6.3.2.3 Ukrepanje pri nezapleteni okužbi spodnjih sečil....177
6.3.2.4 Vodenje bolnice s pogostimi okužbami sečil....177
6.3.3 Zastrupitve s hrano....178
6.3.3.1 Opredelitev in pogostost zastrupitev s hrano....178
6.3.3.2 Diagnoza zastrupitve s hrano....178
6.3.3.3 Ukrepanje pri zastrupitvi s hrano....178
6.3.3.4 Vodenje bacilonosca....179
6.3.4 Posegi....180
6.3.4.1 Priprava injekcije in aplikacija zdravila (s.c., i.m., i.v.)....180
6.3.4.1.1 Izbira brizgalke in igel....180
6.3.4.1.2 Aspiracija učinkovine....181
6.3.4.1.3 Aplikacija učinkovine....183
6.3.4.1.4 Aplikacija intrakutanih injekcij....183
6.3.4.1.5 Aplikacija subkutanih injekcij....183
6.3.4.1.6 Aplikacija intramuskularnih injekcij....184
6.3.4.1.7 Aplikacija intravenskih injekcij....184
6.3.4.2 Izpiranje sluhovoda....186
6.3.4.3 Katetrizacija mehurja pri moškem....187
6.3.4.4 Katetrizacija mehurja pri ženski....187
6.4 Obravnava nujnih stanj v splošni ambulanti....188
6.4.1 Akutna bolečina v prsih....188
6.4.1.1 Opredelitev in pogostost bolečine v prsih....188
6.4.1.2 Diferencialna diagnoza akutne bolečine v prsih....189
6.4.1.3 Ukrepanje pri akutni bolečini v prsih....190
6.5 Bolniki z duševnimi motnjami....190
6.5.1 Pogostost duševnih motenj....190

6.5.2 Pristop k bolniku z duševnimi motnjami....191
6.5.3 Obravnava bolnikov s somatoformnimi motnjami....194
6.5.3.1 Neustrezni odzivi med sporazumevanjem pri bolnikih s somatoformnimi motnjami....196
6.5.3.2 Ustrezen pristop k bolniku s somatoformnimi motnjami....197
6.6 Vodenje kroničnih bolnikov....199
6.6.1 Astma....199
6.6.1.1 Opredelitev in pogostost astme....199
6.6.1.2 Akutni astmatični napad....200
6.6.1.3 Vodenje astmatika....201
6.6.1.4 Demonstracija aplikacije zdravila s pršilnikom....205
6.6.1.5 Uporaba vdihovalnika (inhalerja)....205
6.6.2 Kronična bolečina v križu....205
6.6.2.1 Opredelitev in pogostost bolečine v križu....205
6.6.2.2 Diagnoza bolečine v križu....205
6.6.2.3 Ukrepanje pri bolečini v križu....209
6.6.2.4 Vodenje kroničnega bolnika z bolečino v križu....210
6.6.3 Migrena....211
6.6.3.1 Opredelitev in pogostost....211
6.6.3.2 Diagnoza....212
6.6.3.3 Ukrepanje pri migrenskem napadu....214
6.6.3.4 Vodenje kroničnega bolnika z migreno....214
6.6.4 Protin....216
6.6.4.1 Opredelitev in pogostost protina....216
6.6.4.2 Diagnoza protina....216
6.6.4.3 Ukrepanje pri protinu....217
6.6.4.4 Vodenje kroničnega bolnika s protinom....217
6.6.5 Sladkorna bolezen tip II....218
6.6.5.1 Opredelitev in pogostost sladkorne bolezni....218
6.6.5.2 Diagnoza sladkorne bolezni....219
6.6.5.3 Vodenje kroničnega bolnika s sladkorno boleznijo....219
6.6.6 Zvišan krvi tlak....222
6.6.6.1 Opredelitev in pogostost zvišanega krvnega tlaka....222
6.6.6.2 Diagnoza zvišanega krvnega tlaka....222
6.6.6.3 Vodenje kroničnega bolnika z zvišanim krvnim tlakom....225
6.7 Umirajoči bolnik....226
6.7.1 Sporočanje slabe novice....227
6.7.2 Vodenje najpogostejših zdravstvenih težav umirajočega bolnika....229
6.7.2.1 Lajšanje bolečin....229
6.7.2.2 Žalovanje....229

6.8 Obravnava bolnikov z več boleznimi....231
6.9 Načrtovanje in izvajanje hišnih obiskov....232
6.9.1 Opredelitev in pogostost hišnih obiskov....232
6.9.2 Zdravljenje na domu....233
6.9.3 Nujen hišni obisk....234
6.9.4 Hišni obisk v ožjem smislu....235
6.9.5 Druge oblike hišnih obiskov....236
6.9.6 Izvajalci hišnih obiskov....236
6.9.7 Indikacije za hišni obisk....236
6.9.7.1 Določitev nujnosti hišnega obiska....238
6.9.7.2 Dostopnost in dosegljivost hišnih obiskov....238
6.9.7.2.1 Hišni obiski podnevi....238
6.9.7.2.2 Hišni obiski v rednem delovnem času....238
6.9.7.2.3 Hišni obiski zunaj rednega delovnega časa....238
6.9.7.2.4 Nočni hišni obiski....239
6.9.7.2.5 Hišni obiski v dežurni službi....239
6.9.8 Potek hišnega obiska....239
6.9.8.1 Klic na hišni obisk....239
6.9.8.2 Sprejem naročila....240
6.9.8.3 Pot do bolnika....240
6.9.8.4 Posvet na hišnem obisku....240
6.9.8.5 Zapis o hišnem obisku....241
6.9.9 Pomen hišnega obiska....241
7 Veščine lastnega razvoja....243
7.1 Priprava poročila o bolniku in njegovi obravnavi....243
7.1.1 Primer predstavitve bolnika....243
7.2 Priprava predavanja....247
7.2.1 Priprava predavanja v obliki prezentacije....247
7.2.2 Uporaba prezentacije....248
7.3 Kritična analiza strokovnega prispevka....249
7.3.1 Vrste medicinske literature....249
7.3.1.1 Učbeniki....249
7.3.1.2 Monografije....250
7.3.1.3 Zborniki....250
7.3.1.4 Smernice....251
7.3.1.5 Članki v revijah....251
7.3.1.5.1 Raziskovalni članki....252
7.3.1.5.2 Pregledni članki....252
7.3.1.5.3 Pisma uredništvu....253
7.3.1.5.4 Uvodniki....253
7.3.2 Ocena kakovosti vira informacij....253

7.3.2.1 Revije z uredniško recenzijo....254
7.3.2.2 Revije z notranjo recenzijo....254
7.3.2.3 Revije z zunanjo recenzijo....254
7.3.2.4 Indeksirane revije....254
7.3.2.5 SCI, SSCI, IF....255
7.3.2.6 Svetovni splet....255
7.3.3 Ocenjevanje kakovosti primarnega dokumenta....255
7.3.3.1 Uvod....256
7.3.3.2 Metodologija....256
7.3.3.2.1 Izbira metodologije....256
7.3.3.2.2 Vzorčenje....256
7.3.3.2.3 Statistična metodologija....258
7.3.3.2.4 Merila za oceno uspešnosti raziskave....258
7.3.3.3 Rezultati....259
7.3.3.4 Razprava in sklepi....259
7.4 Uporaba razpoložljivih virov za stalni strokovni razvoj....260
7.5 Skrb za lastno zdravje....261
7.5.1 Zadovoljstvo pri delu....261
7.5.2 Izgorelost....262
8 Literatura....267
8.1 Uporabljena literatura....267
8.1.1 1 Zgodovina in področje družinske medicine....267
8.1.2 2 Družina v družinski medicini....268
8.1.3 3 Vloga družinske medicine v sistemu zdravstvenega varstva....269
8.1.4 4 Veščine sporazumevanja....270
8.1.5 5 Veščine vodenja posveta....270
8.1.6 6 Veščine obravnave posameznih skupin težav....271
8.1.7 7 Veščine lastnega razvoja....272
8.2 Dodatno branje....272
9 Seznam slik in tabel....275
9.1 Seznam slik....275
9.2 Seznam tabel....277

1 Zgodovina in področje družinske medicine

Namen poglavja je prikazati:
- *zgodovinski razvoj družinske medicine,*
- *mesto družinske medicine med medicinskimi strokami,*
- *opredelitev družinske medicine,*
- *vlogo družinske medicine v sistemu zdravstvenega varstva,*
- *vpliv pojavnosti in pogostnosti najpogostejših zdravstvenih težav na odločanje v družinski medicini,*
- *določanje prednostnih nalog bolnikov v splošnih ambulantah ob upoštevanju epidemioloških podatkov določenih populacij.*

Študent mora po študiju snovi tega poglavja
- *vedeti za ključne dogodke razvoja družinske medicine v Sloveniji;*
- *poznati opredelitev družinske medicine;*
- *poznati področje dela zdravnika družinske medicine;*
- *poznati pomen prvega stika v osnovnem zdravstvu, vlogo vratarja v sistemu zdravstvenega varstva;*
- *poznati pomen pojavnosti in pogostnosti najpogostejših zdravstvenih težav na odločanje ob prvem stiku;*
- *poznati pristop k izbiranju prednostnih potreb bolnikov v splošnih ambulantah na podlagi epidemioloških podatkov določenih populacij;*
- *razviti ustrezen odnos do zmožnosti in sposobnosti družinske medicine pri obravnavi bolnikov;*
- *razumeti omejitve družinske medicine in stiske ob napotitvah bolnikov.*

1.1 Zgodovina družinske medicine

Družinska medicina si deli usodo razvoja drugih medicinskih strok. Podrobneje so o njenem razvoju pisali drugi avtorji. Ključni trenutki in dogodki v razvoju družinske medicine v Sloveniji v zadnjem času so ustanovitev Katedre za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani novembra 1995, Katedre za družinsko medicino Medicinske fakultete v Mariboru septembra 2007, izdaja prvega učbenika Družinska medicina leta 2001, sprejem novega programa specializacije iz družinske medicine leta 2000 in obvezna specializacija iz družinske medicine, kot pogoj dela v splošni ambulanti. Ob izobraževanju se je razvilo tudi bogato raziskovanje na tem področju, kar družinsko medicino enakopravno postavlja ob bok drugih medicinskih strok.

1.2 Opredelitev družinske medicine

Opredelitev družinske medicine je skozi zgodovino doživljala dopolnitve in spremembe. Zadnja obče sprejeta opredelitev je iz leta 2002:

Družinska medicina je akademska in znanstvena veda, s svojo lastno izobraževalno vsebino, z raziskavami, z dokazi podprto klinično dejavnostjo in s klinično specialnostjo, ki je usmerjena v osnovno zdravstveno varstvo.

1.2.1 Značilnosti družinske medicine

Značilnosti družinske medicine so v tem, da

a) gre običajno **za prvi stik z zdravstveno službo** v okviru sistema zdravstvenega varstva, ki svojim uporabnikom zagotavlja odprt in neomejen dostop ter se ukvarja z vsemi vrstami zdravstvenih težav, ne glede na starost, spol ali druge značilnosti obravnavane osebe;
b) učinkovito uporablja vire oz. sredstva zdravstvenega varstva, tako da usklajuje oskrbo bolnikov, sodeluje z ostalimi strokovnjaki v okviru primarnega zdravstvenega varstva in se povezuje z drugimi specialnostmi ter prevzema vlogo posrednika za bolnika, kadar je to potrebno;
c) razvija **odnos**, ki je **osredotočen na posameznika, njegovo/njeno družino in skupnost**;
d) ima **edinstven potek posveta med zdravnikom in bolnikom**, ki z učinkovitim sporazumevanjem postopoma ustvari povezanost med zdravnikom in bolnikom;
e) je odgovorna za zagotavljanje dolgoročne, **trajne (kontinuirane) oskrbe**, kot to zahtevajo potrebe bolnika;
f) uporablja **specifičen način odločanja**, ki ga določata razširjenost in pogostnost pojavljanja bolezni v skupnosti;
g) **sočasno obvladuje akutne in kronične zdravstvene** probleme posameznih bolnikov;
h) obravnava **bolezni**, ki se **v zgodnjem stadiju** svojega razvoja lahko pojavijo na nediferenciran način, kar včasih lahko zahteva nujno posredovanje;
i) **spodbuja zdrav način življenja** in blagostanje bolnikov z ustreznim in z učinkovitim ukrepanjem;
j) ima specifično **odgovornost do zdravja v skupnosti**;
k) se **ukvarja z zdravstvenimi problemi v psihološkem, socialnem, kulturnem in eksistencialnem okviru.**

1.2.2 Specialnost družinske medicine

Zdravniki družinske medicine so zdravniki specialisti usposobljeni v temeljnih načelih stroke. V Sloveniji so to t.i. **osebni zdravniki** in so v prvi vrsti odgovorni za zagotavljanje vsestranske in trajne zdravstvene oskrbe vsakega posameznika, ki išče zdravniško pomoč ne glede na njegovo starost, spol ali bolezen. Skrbijo za posameznike v okviru njihovih družin, skupnosti in njihovih kulturnih skupnosti, pri čemer vedno spoštujejo samostojnost svojih bolnikov. Prepoznavajo tudi svojo strokovno odgovornost do skupnosti. Pri dogovarjanju s svojimi bolniki o načrtu vodenja oz. obvladovanja bolezni upoštevajo psihične, psihološke, socialne, kulturne in eksistencialne dejavnike, pri čemer uporabljajo znanje in zaupanje, pridobljeno na osnovi večkratnih stikov med bolnikom in zdravnikom. Zdravniki družinske medicine izvajajo svojo strokovno vlogo s pospeševanjem zdravja, s preprečevanjem bolezni, z zdravljenjem in s paliativno oskrbo. Omenjene dejavnosti opravljajo neposredno ali pa s pomočjo drugih dejavnosti oz. služb, odvisno od zdravstvenih potreb in razpoložljivih sredstev v skupnosti, za katero skrbijo, prav tako pa, kadar je to potrebno, pomagajo bolnikom pri dostopu do omenjenih storitev. Sprejeti morajo odgovornost za razvijanje in ohranitev svojih sposobnosti, osebnega ravnovesja in vrednot kot osnove za učinkovito in varno zdravstveno oskrbo bolnikov.

1.2.3 A) Temeljna znanja in veščine v družinski medicini

Definicija družinske medicine, kot stroke in zdravnikov specialistov družinske medicine mora neposredno določati ključne pristojnosti oz. temeljna znanja in veščine zdravnika družinske medicine, pri čemer s ključnimi pristojnostmi oz. temeljnimi znanji in veščinami mislimo tiste, ki so bistvene za stroko, ne glede na sistem zdravstvenega varstva, na katerega se nanašajo oz. v okviru katerega se uporabljajo.

1.2.3.1 Bistvene značilnosti družinske medicine

Enajst bistvenih značilnosti, ki opredeljujejo omenjeno stroko, se nanaša na enajst znanj in veščin, ki jih mora obvladati vsak zdravnik specialist družinske medicine. Lahko jih združimo v šest temeljnih znanj in veščin (glede na zgornje značilnosti):

1. osnovnozdravstveni pristop (a, b),
2. v osebo usmerjena zdravstvena oskrba (c, d, e),
3. usmerjen pristop k obravnavi zdravstvenih težav (f, g),
4. celovita oskrba (h, i),

5. usmerjenost v skupnost (j),
6. celosten pristop (k).

V nadaljevanju bom poskušal na videz zapletene koncepte usposobljenosti pojasniti na praktičnem primeru naslednjega bolnika:

45-letni poročen moški z dvema odraščajočima otrokoma, kadilec, s preveliko telesno težo, po pred pol leta prebolelem miokardnem infarktu pride v ambulanto zaradi slabega počutja, pomanjkanja energije, hitre utrudljivosti, kašlja, bolečin v žrelu, nahoda in vročine 37,5 stopinj. Potrebuje Potrdilo o zdravniško upravičeni odsotnosti z dela, ker tega dne ni zmogel na delo. Mimogrede bi še vprašal, kako je s spolnostjo v njegovem stanju.

Ob koncu študija pri predmetu Družinska medicina bo študent poznal teoretične osnove naštetih konceptov in jih znal v nekaterih preprostejših primerih tudi uporabiti v praksi.

1.2.3.1.1 Osnovnozdravstveni pristop

Da bi se lotili reševanja tega primera, za kar ima ZDM pri posameznem bolniku v povprečju 7 minut časa, mora ZDM poznati
- **pogostnost** pojavljanja določenih bolezni v osnovnem zdravstvu,
- pristop k obravnavi **neselekcioniranih zdravstvenih težav** in
- **organizacijo dela ambulante**, kjer dela.

V opisanem primeru mora poznati epidemiologijo na ravni splošne ambulante, tj. kako pogoste so posamezne okužbe dihal, kako pogost je kronični bronhitis pri kadilcih, kako pogosta so poslabšanja kroničnega bronhitisa, kako pogoste so številne druge bolezni, ki jih spremljajo slabo počutje in druge naštete težave.

Vprašati se mora, kaj so poleg okužbe zgornjih dihal lahko razlogi za kašelj pri kadilcu. Vprašati se mora tudi, kaj so poleg okužbe zgornjih dihal, kroničnega bronhitisa oz. njegovega poslabšanja še razlogi za slabo počutje, pomanjkanje energije, hitro utrudljivost. Ali k temu lahko prispeva nedavno preboleli miokardni infarkt?

Odgovoriti mora na vprašanja, kaj je v tem primeru **najverjetnejša diagnoza(e)**, ali gre za **odvrnljiv nevarni potek**, tj. ali je bolnik življenjsko ogrožen, ali gre za stanje, kjer se je z odprtim čakanjem ali zdravilnim poskusom moč prikopati do diagnoze ali celo do izboljšanja, ali gre za

samoomejeno bolezen, kjer zadošča nasvet ali odprto čakanje. V primeru možnosti nevarnega poteka bo moral pogosto ukrepati še pred postavitvijo **dokončne diagnoze**. Organizacija dela v ambulanti mora biti taka, da bo lahko ustrezno oskrbel take bolnike. Potrebna je ustrezna medicinska oprema za diagnostiko in nujno zdravljenje, ustrezno vodenje medicinske dokumentacije, ki omogoča pregled nad preteklimi dogodki, kroničnimi boleznimi, stalnim zdravljenjem, alergijami in različnimi ukrepi.

Okužbe dihal so pogoste. Znaki niso alarmantni, zato moramo vedno pomisliti na predočeno težavo kot na vstopnico do ZDM. Neka običajna bolezen je bolniku lahko le dobrodošel izgovor, da nas obišče in nam v ugodnih okoliščinah posreduje tudi druge zanj hujše težave. Tu pride v poštev v bolnika usmerjen pristop.

O tem boste študenti nekaj malega slišali na predavanju, prebrali v literaturi in več opazovali med svojim bivanjem v splošnih ambulantah ob učitelju veščin. Zbrali boste zapise bolnikov, ki jih boste pregledali.

1.2.3.1.2 V osebo usmerjena zdravstvena oskrba

Noben bolnik ni zgolj primer ene bolezni. Vedno ga moramo opazovati kot človeka v določenih trenutnih okoliščinah. Pri tem je seveda tudi zdravnik zgolj človek v določenih trenutnih okoliščinah. Vsak od njiju je strokovnjak na svojem področju in med obiskom gre za srečanje spoznavnih poti obeh. Sporazumevanje je ena ključnih veščin, ki nam pomaga ugotoviti, kaj bolniki potrebujejo, pričakujejo in želijo. O sporazumevanju boste v nadaljevanju našli celotno poglavje (> 4 Veščine sporazumevanja).

Pri tem bolniku opazimo pomen stalnosti, ki jo mora nuditi družinska medicina. Stalnost lahko zagotavljamo na več načinov. Najstarejša oblika je **stalnost zdravnika samega**. V sodobni družbi takega romantičnega pristopa, ko je en zdravnik »obvladoval« vasi in dele mesta skozi celotno svoje delovno obdobje skozi celo leto dneve in noči, ni več. Kljub temu pa se stalnost zrcali v trajnem osebnem odnosu, ki ga razvijeta bolnik in zdravnik. Dodatno k trajnosti osebnega odnosa med zdravnikom in bolnikom prispeva zakonska omejitev bolnika pri izbiri zdravnika za svoj prvi stik z zdravstveno službo, tj. z izbiro osebnega zdravnika.

Druga oblika stalnosti se kaže pri obravnavi posamezne epizode določene bolezni. Te oblike trajnega odnosa si ljudje želijo tudi v specialistični

ambulantni oskrbi na sekundarni ravni. Pri kroničnih boleznih postane to razmerje resnično dolgotrajno. Ustrezno **vodenje zdravstvenega kartona oz. medicinske dokumentacije** je pri tem v veliko pomoč in pogosto predstavlja nadomestek osebni trajnosti. Stalnost omogoča tudi obiskovanje **stalne ambulante in srečevanje istega osebja**. Pri odločitvah je vedno treba upoštevati možnosti zagotavljanja stalnosti pri spremljanju in vodenju zdravstvenih težav.

Kljub trajnemu odnosu je potrebno vsakič znova ugotavljati bolnikova pričakovanja. Aktivno poslušanje nam razkrije številne iztočnice, ki nam jih bolnik ponudi. Pri tem se zdravniku pogosto porajajo negativna čustva, ob katerih je včasih težko obdržati neprizadeto distanco in ravnati strokovno.

Bolnik ima nezdravo razvado – kajenje, ki prispeva k njegovemu slabšemu zdravstvenemu stanju. Kljub miokardnemu infarktu ni opustil kajenja. Dodatno se kaže možnost kronične obstruktivne pljučne bolezni kot posledica te razvade. Zdravnika praviloma jezi, če ni uspešen pri svojih ukrepih. Nič nenavadnega ne bi bilo, če takemu bolniku ne bi »privoščil« kakšne majhne zdravstvene težave, da bi prej prišel do streznitve. Kaj hitro bi lahko neutemeljeno nekatere težave lahko pripisali tej razvadi. Pri tem se rado zgodi, da pozabimo na druge podrobnosti pogovora. Bolnik je spraševal po razlogih za utrujenost. Očitno ga zanima tudi nekaj v zvezi s spolnostjo. Ali je prehlad edini razlog, da bi se rad izognil delu? Kako bomo poskrbeli za odvajanje od kajenja, kakšne možnosti imamo, kakšen uspeh lahko pričakujemo, kako bomo vodili kronično obstruktivno pljučno bolezen, kako bomo ravnali v zvezi z okužbo dihal, ker se jutri ravno odpravljamo na dvotedenski dopust?

Sporazumevanja se boste študenti naučili z igranjem vlog, ob simuliranih bolnikih in z neposrednim opazovanjem ob učiteljih veščin – mentorjih – v njihovih ambulantah, kjer boste najbolj neposredno lahko opazovali posebnosti pristopa k obravnavi najpogostejših zdravstvenih težav v splošni ambulanti ter se tudi sami preskusili v vodenju posveta med zdravnikom in bolnikom.

1.2.3.1.3 Usmerjen pristop k obravnavi zdravstvenih težav

Kdor je imel bežno priložnost opazovati ZDM pri delu, je dobil občutek, kot da dela za tekočim trakom. To ga sili v smotrno izrabo časa, ki ga porabi za sam stik z bolnikom in uporabo časa v diagnostične in zdravilne namene – t.i. odprto čakanje. **Stalnost odnosa med zdravnikom in bolnikom** ter poznavanje

epidemiologije omogoča postopnost pri načrtovanju pregledov in preiskav. Ena najtežjih sestavin dela ZDM je pri tem shajanje z večjim tveganjem ob obravnavi **slabše razvitih znakov bolezni**, ki jih najpogosteje srečujemo pri bolnikih v splošnih ambulantah. Potrebna je prava mera med **tveganjem** in odločitvami o preiskavah, pregledih in napotitvah. **Vključevanje bolnikov** in **dogovor z njimi o načinu zdravljenja** predstavlja pomembno razdelitev odgovornosti za sprejete odločitve, od zdravnika pa zahteva **veščine sporočanja** različnih sporočil.

Prvo nam pri opisanem primeru pride na misel možnost okužbe dihal. Tudi če za opisanimi znaki tiči depresija, hipotiroza ali kronični bronhitis, imamo dovolj časa, da naše ponovno razmišljanje o problemih prestavimo za en teden, ko naj bi se po našem pričakovanju znaki okužbe dihal umirili. V nobenem primeru ne pričakujemo nevarnega poteka, zato se odločimo za odprto čakanje. Bolniku razložimo svojo diferencialno diagnozo in pričakovane izide. Preverimo razumevanje in njegovo sposobnost spremljati pričakovano dinamiko spreminjanja znakov bolezni. Dogovorimo se za sodelovanje in načrtujemo ev. stike v bolniku vnaprej opisanih stanjih, ki bi predstavljali možne zaplete ali neuspeh ukrepanja. Kljub temu da bolnik ni dobil recepta ali bil napoten drugam, je to v takih primerih ustrezno ukrepanje in ne opustitev pomoči.

Študenti boste pripravili prikaze primerov, sporočanja se boste učili z igranjem vlog ob simuliranih bolnikih, ukrepanja preko reševanja problemov v virtualni ambulanti in v ambulanti ob učitelju veščin.

1.2.3.1.3 Celovita oskrba

Celovita oz. integrirana zdravstvena oskrba je tak način dela, da pri bolniku obravnavamo vse njegove zdravstvene probleme na **preventivnem**, **kurativnem**, **rehabilitacijskem** in **paliativnem** področju, ne glede na problem, zaradi katerega se je oglasil pri zdravniku. Ta pojem je bil v preteklosti zlorabljen v cehovske namene in odstopa od osnovnega koncepta. Z njim so dolga leta zagovarjali fragmentacijo osnovnega zdravstva na številne specialnosti. V bistvu pa se je osnovno zdravstveno varstvo v polpreteklem obdobju osredotočilo na obravnavo tedaj ključnih problemov z organiziranjem posebnih ambulant, kjer so se bolj usmerjeno ukvarjali z določeno skupino bolnikov ali z določenim(i) zdravstvenim(i) problemom(i). Na podlagi socialnomedicinske filozofije aktivnega pristopa

kot elementa dispanzerske metode dela so jih poimenovali dispanzerje (angl. clinics). Delo je kljub ideji o integriranosti potekalo strogo ločeno: en dan preventiva, drugi dan kurativa. Celovitost je bila deloma zadovoljena na ravni institucije, tj. zdravstvenega doma.

Bolniki k vsakemu posvetu prinašajo po tri in več zdravstvenih težav. Slovenski zdravniki družinske medicine registrirajo v povprečju 1,5 problema na posvet. Številni imajo več sočasnih bolezni. Zdravniki želimo ob zdravljenju znanih bolezni pospeševati zdravje, izvajati preventivne ukrepe, presejati ogrožene skupine prebivalstva in jih usmerjati skozi rehabilitacijo. V vsakem posvetu z bolnikom mora ZDM izpolniti štiri dopolnjujoče se naloge (slika 1.1). Poleg **obravnave trenutnih težav** (okužba dihal) in **vodenja kronične bolezni** (po miokardnem infarktu) lahko vsak stik izkoristimo za **priložnostno preventivno dejavnost** (odsvetovanje kajenja, priložnostno merjenje krvnega tlaka, določitev ravni lipidov...) in z vzbujanjem zaupanja zaradi zanimanja za vse bolnikove težave, s spodbujanjem samozdravljenja ter aktivnega vključevanja bolnika v lastno zdravljenje vplivamo na ustrezno **uporabo zdravstvene službe v prihodnje** (slika 1.1).

A OBRAVNAVA TRENUTNIH ZDRAVSTVENIH TEŽAV	**C** VPLIV NA NAVADE PRI ISKANJU ZDRAVNIŠKE POMOČI
B VODENJE KRONIČNIH BOLEZNI IN STANJ	**D** PRILOŽNOSTNO ZDRAVSTVENO PROSVETLJEVANJE

Slika 1.1. Štiri področja posveta med bolnikom in zdravnikom

Pri tem moškem je poleg obravnave aktualne pritožbe o okužbi dihal potrebno proučiti vodenje po prebolelem miokardnem infarktu in proučiti možnosti sekundarne preventive z opustitvijo kajenja, preveriti stopnjo njegove telesne dejavnosti in raven lipidov, izmeriti krvni tlak, posvetiti se povečani telesni teži, preveriti pljučno funkcijo, opraviti kratek psihiatrični intervju, da bi preverili možnost prisotnosti depresije in anksioznosti, proučiti družinske odnose in spolnost. Bolnika bomo naročili na kontrolne preglede v ustreznih intervalih in ga spodbudili, da bo sam spremljal nekatere parametre.

Študenti boste obravnavali in samostojno predstavili didaktične primere ter primere iz vsakdanjega dela splošnih ambulant. O njih boste razpravljali v malih skupinah z asistentom in učitelji veščin.

1.2.3.1.5 Usmerjenost v skupnost

Nihče med nami ni osamljen otok v množici ljudi, zato mora ZDM razumeti **zdravstvene potrebe širše in lokalne skupnosti**. Poznati mora vplive družbenih dogajanj, revščine, etničnih razlik, verskih razlik, kulturnih razlik in znati prepoznati neenake možnosti različnih skupin prebivalstva. Priveligirani imajo praviloma boljše zdravstvene izide, zato moramo biti še posebej pozorni do ogroženih skupin prebivalstva. Slovenska medicinska misel je zakrnela na stanju pred drugo svetovno vojno in v ogrožene skupine še vedno tlači celotno populacijo otrok in žensk. Znotraj teh dveh skupin so neizmerne razlike, ki jih sedanji pristop samo še potencira. Vsekakor so tudi v naši družbi številne skupine prebivalcev zdravstveno veliko bolj ogrožene od drugih, zato mora ZDM kljub svojemu zaščitniškemu odnosu do bolnika, ki ga ima pred seboj, upoštevati tudi interes širše skupnosti.

Do določene mere se to zrcali skozi upoštevanje zdravstvenih predpisov, ki določajo pravice bolnikov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in naloge zdravnika do družbe s poročanjem o določenih nalezljivih bolezni in poškodbah po tretji osebi. Še bolj pa skozi javno delovanje zdravnika v različnih organizacijah in pri različnih akcijah, ki so usmerjene v ozaveščanje laične javnosti. Sem sodi sodelovanje v karitativnih organizacijah, lokalnih akcijskih skupinah za boj proti odvisnosti, vodenje skupin kroničnih bolnikov, predavanja v skupnosti, nastopanje v javnih občilih ipd. Pri svojem delu bo pogosto naletel na etične dileme svojih odločitev.

Srčnožilne bolezni predstavljajo enega večjih javnozdravstvenih problemov zaradi velikih stroškov, večje invalidnosti in zgodnje umrljivosti. Z optimalnim zdravljenjem posameznika zmanjšamo breme za družbo in z obvladovanjem dejavnikov tveganja zmanjšujemo možnost za ponovni srčnožilni dogodek. Osveščen bolnik preko svoje socialne mreže vpliva tudi na druge v svoji okolici, ki so zaradi tega bolje osveščeni. Bolniška odsotnost predstavlja naslednji družbeni problem. Pogosto moramo njeno upravičenost tehtati med zdravstvenim stanjem in delovnim okoljem. Glede na izmerjeno aerobno zmogljivost bo potrebno proučiti, ali je delovna zmožnost tega bolnika trajno okrnjena in ga bo potrebno napotiti na invalidsko komisijo. Pri pregledu in šifriranju bolezni bo preveril, če le-ta sodi med bolezni, ki jih je potrebno prijaviti zavodu za zdravstveno varstvo.

Študenti boste z učiteljem veščin proučili najpogostejše probleme okolja njihovih ambulant. V malih skupinah boste razpravljali o povezanosti med družbo in

zdravjem. Seznanili se boste s predpisi s področja zdravnikovega dela. Pri prikazu bolnikov boste pozorni na socialno in delovno anamnezo. Del vaj bo v obliki terenskih vaj, kjer si boste študenti samostojno in pod strokovnim vodstvom patronažne medicinske sestre ali zdravnika izbrali skupino prebivalcev v lokalni skupnosti, proučili zdravstveno stanje in potrebe te skupnosti, načrtovali ukrepe in jih v okviru svojih sposobnosti tudi izvedli.

1.2.3.1.6 Celosten pristop

Na bolnišničnih oddelkih študent spozna podrobno obravnavo posamezne bolnikove zdravstvene težave ali skupka zdravstvenih težav, s katerimi se ukvarja določena stroka. Ostali problemi ostanejo zapisani v eni od »anamnez«, niso pa ključni predmet obravnave. Hipertonik je enak hipertoniku, sladkorni bolnik sladkornemu bolniku. **Celostni (holistični) pristop** pa upošteva bolnika kot celovito osebnost, z njemu lastnimi vrednotami, s prepričanji in s kulturnim ozadjem ter seveda z vsemi boleznimi in z vsemi medsebojnimi vplivi. Dva bolnik si nista popolnoma enaka. **Biopsihosocialni model** predstavlja temelj dela v družinski medicini. Človeka moramo umestiti v njegov osebnostni, delovni, okoljski, bivanjski in družinski svet.

Z bolnikom je potrebno najti skupne cilje ukrepov, izdelati načrt ukrepanja in preverjati doseženo. Pri tem se moramo oddaljiti od retoričnega vprašanja »Ali je bolnik jemal zdravila po navodilih?« in se osredotočiti, kako mu lahko pomagamo, da bo v svojem sociokulturnem pojmovanju zdravja in bolezni razumel in izvajal načrtovane ukrepe. Sami ali v sodelovanju drugih institucij ali posameznikov mu moramo nuditi psihološko, čustveno in socialno podporo. Za večino ljudi je družina še vedno temeljna celica življenja, zato moramo tudi njo ustrezno vključiti v načrtovanje in izvajanje zdravstvenih ukrepov. Poleg zatočišča v primeru bolezni lahko predstavlja tudi leglo zdravstvenih težav.

Pri opisanem bolniku se bomo pozanimali o odraščajočih otrocih. Tudi če z otroki ni posebnih zdravstvenih ali vzgojnih težav, odraščajoči predstavljajo opozorilo, da družina prihaja v naslednjo fazo, ko bodo ptički poleteli iz gnezda in bosta partnerja ostala sama. Vsak prehod v družinskem ciklusu predstavlja krizo, ki lahko sproži zdravstvene težave. Pogovor o spolnosti bo dobra iztočnica za razjasnitev partnerskih odnosov, želja po odsotnosti z dela pa o delovnem mestu.

Študenti boste pripravili poročila o družini, opazovali družine na hišnem obisku, reševali didaktične primere, opazovali učitelja veščin pri praktičnem delu in sami vadili z igranjem vlog s simuliranimi bolniki ter pod nadzorom učitelja veščin v ambulanti opravili nekaj posvetov s pravimi bolniki.

1.2.4 B) Področja uporabe znanj in veščin v družinski medicini

Za opravljanje dela v okviru svoje specialnosti zdravnik družinske medicine uporablja znanja in veščine na treh področjih:

a. klinične naloge,
b. sporazumevanje z bolniki in
c. vodenje ambulante.

Študenti boste med demonstracijami in vajami reševali didaktične in preproste konkretne klinične naloge, ki vam bodo koristile v zdravniškem poklicu; z demonstracijskim predavanjem, igranjem vlog in video-snemanjem ter ocenjevanjem lastnega dela na simuliranih bolnikih in opazovanjem učitelja veščin ter njegovimi povratnimi podatki o nastopu se boste učili sporazumevanja; z ogledom vzorčne splošne ambulante, patronažne službe, laboratorija, fizioterapije, urgentne službe in doma starostnikov ter z zapisovanjem posvetov in vodenjem medicinske dokumentacije pa se boste učili organizacije dela v ambulantni obravnavi na osnovni ravni.

1.2.5 C) Posebnosti družinske medicine

Pri poučevanju, učenju in izvajanju družinske medicine v praksi moramo upoštevati še tri dodatne posebnosti:

a. okoliščine, v katerih dela zdravnik družinske medicine (angl. context);
b. odnos zdravnika družinske medicine do svojega dela in bolnikov (angl. attitude);
c. znanstveni pristop.

1.2.5.1 Okoliščine, v katerih dela zdravnik družinske medicine

Študenti boste spoznali okoliščine, v katerih dela zdravnik družinske medicine, zdravnike same, njihove sodelavce, delovne pogoje, neposredno družbeno okolje, kulturo, financiranje, organizacijo dela in predpise. Razmere v neposrednem družbenem okolju in vodenje lokalnih skupnosti, socialnoekonomski dejavniki, zemljepisna lega in razmere, kultura vplivajo na bolnike in s tem na delo zdravnika

družinske medicine. Pri svojem delu boste poskušali upoštevati bolnika kot osebo v okviru svoje družine, skupnosti, delovnega mesta in njegove kulture.

1.2.5.2 Odnos zdravnika družinske medicine do svojega dela in bolnikov

Odnos zdravnika družinske medicine do svojega dela in bolnikov temelji na zdravnikovi strokovni usposobljenosti, vrednotah in etiki.

Študenti se boste v praksi spoznali z dilemami lastnih sposobnosti, zmožnosti in vrednot. Odkrili in razrešili boste etične vidike zdravniškega dela na področju preventive, diagnostike, zdravljenja, spreminjanja življenjskega sloga, paliativne medicine in odločitev ob koncu življenja. (Z)gradili boste svojo strokovno identiteto in etične norme. Spoznali boste, kako odnos, občutja in čustva posameznika vplivajo na to, kako opravlja svoj poklic. Spoznali boste medsebojni vpliv poklicnega in zasebnega življenja ter iskali ravnotežje med njima. Študenti se boste tega naučili predvsem iz sodelovanja z asistenti in učitelji veščin, vašega vključevanja v delo v splošnih ambulantah, hišnih obiskih, obiskih patronažne službe in intervencijah na terenu. Živ stik z bolniki vam bo ponudil možnost oblikovanja lastnih stališč do bolezni, zdravja, bolnikov, kolegov zdravnikov, zdravnikovih sodelavcev in samega sebe ter svojih bojazni, prepričanj in veščin.

1.2.5.3 Znanstveni pristop

Pri zdravniškem delu je nujna uporaba kritičnega in z raziskavami utemeljenega pristopa k izvajanju in vzdrževanje le-tega s pomočjo stalnega učenja in izboljševanja kakovosti.

Študenti boste v ta namen analizirali izbran članek s področja družinske medicine. Seznanili (oz. utrdili) se boste z osnovnimi načeli, metodami in koncepti medicine zasnovane na dokazih. Pri tem vam bodo v pomoč znanja z modulov iz problemsko usmerjenega učenja in predmeta statistika.

1.3 Vloga družinske medicine v sistemu zdravstvenega varstva ter Pojavnost in pogostnost najpogostejših zdravstvenih težav

Zdravnik družinske medicine se praviloma **prvi srečuje** s številnimi, raznolikimi **zdravstvenimi težavami** svojih bolnikov. Zagotavlja jim **24-urno osnovno zdravstveno varstvo** vse leto sam ali v sodelovanju s strokovnjaki

drugih strok ali jih **napoti** k ustreznemu strokovnjaku v nadaljnjo obravnavo. Pri tem izvaja številna opravila, zlasti naslednja tri osnovna:

- **prvi stik z zdravstveno težavo,**
- **vodenje zdravstvene težave,**
- **medicinske storitve.**

V slovenskih splošnih ambulantah zdravnik ob posameznem obisku bolnika obravnava povprečno 1,5 zdravstvenega problema (od 1 do 8 zdravstvenih problemov) (tabela 1.1).

Vrsta obiska	odstotkov
Akutna bolezen – prvi obisk	27,8
Akutna bolezen – ponovni obisk	19,8
Kronična bolezen – prvi obisk	5,4
Kronična bolezen – ponovni obisk	25,1
Preventivni pregled	2,4
Predoperativni pregled	0,8
Predpis recepta ali naročilnice	15,2
Drugi administrativni razlogi	10,2
Posvet svojcev	2,4
Skupaj*	108,5

*Zaradi podvajanja razlogov za obisk je seštevek večji od 100 %.

Tabela 1.1. Prikaz obiskov po namenu.

1.3.1 Prvi stik z zdravstveno težavo

Kadar bolnik potrebuje zdravniško pomoč, lahko nekatere zdravnike obišče neposredno – brez napotitve drugega zdravnika, druge pa le ob ustrezni napotitvi. Sistem zdravstvenega varstva določa tip zdravnika, s katerim ima bolnik lahko neposredni stik in za obisk pri njem ne potrebuje napotitve drugega zdravnika. V nekaterih sistemih zdravstvenega varstva imajo bolniki prost dostop do katerega koli specialista v zdravstveni službi, medtem ko je v drugih dostop omejen. Dostop je omejen z izbiro osebnega zdravnika in obvezno napotitvijo s strani osebnega zdravnika na zdravljenje k drugemu specialistu, kadar je to potrebno. Za omejen dostop je poleg strokovnih in organizacijskih vidikov pomembno tudi obvladovanje stroškov. Zato večina zdravstvenih sistemov postavlja **zdravnika vratarja** pred vstopom v zdravstveno službo.

Zdravnik družinske medicine je zdravnik prvega stika za večino zdravstvenih težav v večini zahodnoevropskih držav in tudi pri nas. Izhajajoč iz opredelitve in zdravstvene zakonodaje zdravnik družinske medicine v slovenskem sistemu zdravstvenega varstva predstavlja zdravnika prvega stika z zdravstvenimi težavami bolnikov ne glede na spol, starost in naravo zdravstvene težave. Zaradi takšne vloge vodi seznam bolnikov, ki se vpišejo pri njem. Zanje je »osebni izbrani zdravnik«, pri katerem bolniki uresničujejo svoje pravice. K ostalim kliničnim specialistom jih zdravnik napoti z ustrezno napotnico, če sam ni v stanju izpeljati ali diagnostike ali zdravljenja ali rehabilitacije svojega bolnika. Ob zdravniku družinske medicine se s podobno vlogo v našem sistemu pojavlja tudi profil pediatra v osnovnem zdravstvu, ki pa je pri svojem delu omejen na starostno populacijo od 0 do 18 let. Brez napotnice bolnice lahko izberejo osebnega ginekologa, vsi bolniki pa imajo v primeru nujnega stanja pravico poiskati nujno medicinsko pomoč pri katerem koli zdravniku v osnovnem zdravstvu ali na sekundarni ravni. Izjemoma bolniki ne potrebujejo napotnice tudi za pregled pri psihiatru, če bi jih pridobivanje napotnice lahko stigmatiziralo ali odvrnilo od zdravljenja.

Število in zahtevnost zdravstvenih težav, ki jih obravnava zdravnik družinske medicine, oz. jih je pripravljen obravnavati pri svojih bolnikih, kažejo na širino njegovega dela. 30 najpogostejših posamičnih diagnoz pri delu v splošni ambulanti v enem letu prikazuje tabela 1.2.

Vodijo mišično skeletne bolezni s 14,1 %, različne okužbe in arterijska hipertenzija s po 12,5 % diagnoz. Sledijo poškodbe s 7,3 %, endokrinološke bolezni s 6,7 %, znotraj katerih je sladkorna bolezen zastopana z 2,8 %, srčno žilne bolezni brez arterijske hipertenzije, duševne motnje in kožne bolezni s po 5,7 % ter slabo definirane težave s 4,8 %.

Diagnoza	Število diagnoz v enem letu	%
Arterijska hipertenzija	872	12,46
Akutna infekcijske bolezni zgornjih dihal	286	4,09
Motnje v metabolizmu lipoproteinov	196	2,80
Inzulinsko neodvisna sladkorna bolezen	193	2,76
Bolečina v križu	182	2,60
Depresija	125	1,78
Ishemična bolezen srca z angino pektoris	112	1,60
Bolečina v križu z išhialgijo	106	1,52
Dorzopatije vratu	106	1,52
Površinska rana kože	101	1,44
Cistitis	91	1,30
Poškodbe v obliki različnih udarnin	80	1,14
Anksiozne motnje	80	1,14
Osteoporoza	80	1,14
Preddvorna fibrilacija/undulacija	78	1,12
Virusne okužbe	78	1,11
Gastritis	76	1,09
Astma	76	1,08
Ponovni predpis recepta, izdaja bol. lista	67	0,95
Akutni bronhitis	66	0,94
Kronična obstruktivna pljučna bolezen	66	0,94
Cerebrovaskularne bolezni	61	0,87
Artroza kolena	57	0,82
Preventivni pregledi	56	0,80
Zvini sklepov	53	0,76
Benigna hipertrofija prostate	53	0,75
Artroza kolka	51	0,73
Bolečine v sklepih	51	0,73
Bolečine v trebuhu	50	0,72
Dorzopatije ledvene hrbtenice	49	0,70

Tabela 1.2. 30 najpogostejših posamičnih diagnoz, kot jih v enem letu pričakujemo pri delu v povprečni splošni ambulanti in njihov delež med vsemi diagnozami.

Večino zdravstvenih težav svojih bolnikov zdravnik družinske medicine reši že med prvim posvetom in morda nadaljuje še z nekaj kontrolnimi posveti. Le manjši delež prvih stikov se konča z napotitvijo na sekundarno raven – 10,5 %. Stopnja napotitev je v marsičem odvisna tudi od zahtev sistema zdravstvenega varstva po ponovnih napotitvah. V Sloveniji je bila stopnja napotitev v letu 2003 skupno 20,2 %. Med napotitvami so prevladovale ponovne napotitve, in sicer 51,5 %.

Zdravniki so bolnika na svojo pobudo napotili v 46 %, na pobudo kliničnega specialista v 32 %, na pobudo bolnika v 12 %, v 8 % pa se zdravnik ni znal opredeliti čigava pobuda je bila prevladujoča (Petek-Šter 2005). Le v 17 % je bila napotitev označena kot nujna. Najpogostejše so bile napotitve k internistom v 6,3 % (najpogosteje h kardiologu v 2,1 %), h kirurgom v 5,4 % (najpogosteje k travmatologu v 1,8 %), med ostalimi napotitvami pa je bil vsaj 1 % bolnikov napotenih še k oftalmologu v 2,1 %, k ortopedu v 1,6 % in k otorinolaringologu v 1 %. Ostale napotitve so bile redkejše in so bile porazdeljene med ostalimi kliničnimi specialisti.

1.3.2 Vodenje zdravstvene težave

Nekatere zdravstvene težave so daljše od **ene epizode akutne bolezni**, kjer s **prvim posvetom** in nekaj **kontrolnimi** zdravnik lahko obvlada nastalo stanje. **Vodenje bolezni** je verjetno eno najbolj neopredeljenih področij v zdravstvu. Pomembno mesto pri vodenju zdravstvenih težav zasedajo **kronične nenalezljive bolezni**, ki prispevajo znatni del delovne obremenitve v splošni medicini. Število kroničnih bolezni, ki jih vodi zdravnik družinske medicine, kaže na obseg njegovega dela. Zdravnik družinske medicine spremlja večino kroničnih bolezni in stanj svojih bolnikov sam ali pa odigra vlogo usklajevalca med različnimi specialisti, pri čemer mnogokrat pojasnjuje odločitve in navodila kliničnih specialistov.

Pri večini **kroničnih bolnikov** se poleg **osnovne bolezni** pojavljajo še številne druge **sočasne bolezni in stanja**. Celostna obravnava rešuje mnoge dileme v zdravljenju kroničnih bolnikov. 30 najpogostejših kroničnih bolezni, ki jih pričakujemo pri delu v splošni ambulanti pri 2000 registriranih bolnikih, prikazuje tabela 1.3.

Diagnoza	Št. bolnikov pri 2000 bolnikih	%
Arterijska hipertenzija	390	19,5
Motnje v presnovi lipoproteinov	88	4,4
Inzulinsko neodvisna sladkorna bolezen	87	4,3
Depresija	56	2,8
Ishemična bolezen srca z angino pektoris	50	2,5
Dorzopatije vratu	48	2,4
Osteoporoza	36	1,8
Preddvorna fibrilacija/undulacija	35	1,7
Astma	34	1,7
Kronična obstruktivna pljučna bolezen	29	1,5
Cerebrovaskularne bolezni	27	1,4
Artroza kolena	26	1,3
Benigna hipertrofija prostate	24	1,2
Artroza kolka	23	1,1
Dorzopatije ledvene hrbtenice	22	1,1
Kronična golenja razjeda	21	1,0
Inkontinenca seča	20	1,0
Hipotiroza	18	0,9
Debelost	17	0,9
Krčne žile	15	0,8
Alkoholizem	14	0,7
Nespečnost	12	0,6
Žolčni kamni	12	0,6
Luskavica	12	0,6
Siva mrena	12	0,6
Protin	11	0,6
Sideropenična anemija	11	0,6
Glavkom	11	0,6
Alergični rinitis	10	0,5
Revmatoidni artritis (seropozitivni)	10	0,5

Tabela 1.3. 30 najpogostejših kroničnih bolezni, ki jih pri 2000 registriranih bolnikih pričakujemo pri delu v povprečni splošni ambulanti.

Ob vodenju kroničnih bolezni se zdravnik družinske medicine lahko sooči tudi s tako, za katero velja nenapisano pravilo, naj jo obravnava subspecialist (npr. hipertiroidizem: tirolog, ulcerozni kolitis: gastroenterolog, salpingitis: ginekolog, akutni cerebrovaskularni inzult: nujna medicinska služba, glavkom in siva mrena: okulist ipd.). Na splošno pa ima zdravnik družinske medicine lahko eno izmed treh vlog **koordinirane obravnave kroničnih bolezni**:

- samostojno **prevzame** vodenje bolezni *(npr. protin, arterijska hipertenzija idr.)*,
- bolnika s pooblastilom **prepusti** v nadaljnjo obravnavo kliničnemu specialistu *(npr. glavkom, siva mrena, žolčni kamni idr.)*,
- s kliničnim specialistom **sodeluje** pri skupnem vodenju bolnika *(npr. revmatoidni artritis, hipotiroza idr.)*.

Zdravnik družinske medicine lahko prispeva k izboljšanju kakovosti oskrbe na tem področju zaradi pogostnih in tesnih stikov, ki jih ima s svojimi bolniki. Povezanost med zdravnikom in bolnikom poveča verjetnost, da bo bolnik sodeloval pri zdravljenju in s tem prispeval k manjši zbolevnosti in umrljivosti zaradi kroničnih nenalezljivih bolezni.

1.3.3 Medicinske storitve

Posvet je temelj dela zdravnika družinske medicine. Poleg veščin, potrebnih za **vodenje posveta**, zdravnik pri svojem vsakdanjem delu uporablja tudi številne **medicinske storitve**. Večino med njimi uporabljajo tudi specialisti drugih strok. Z uporabo teh storitev v družinski medicini približamo kakovostno oskrbo bliže nastanku dogodka (npr. šivanje rane, povijanje zvitega gležnja ipd.) ali bolniku skrajšamo čas, potreben za rešitev nastale zdravstvene težave (npr. izpiranje ušesnega masla, mala kirurgija ipd.). S tem se zmanjšuje pritisk na sekundarno raven zdravstvenega varstva ter veča **vsebino** in **obseg dela** zdravnika družinske medicine. Zdravnik sme opraviti vsako medicinsko storitev, za katero je usposobljen in za katero ima ustrezne delovne pogoje.

Pri 66 % bolnikih poleg anamneze opravi zdravnik družinske medicine tudi usmerjen klinični pregled, v 18 % si pomaga z laboratorijskimi preiskavami, v 4 % opravi EKG preiskavo in v 0,2 % spirometrijo. Majhno število dodatnih diagnostičnih preiskav kaže na to, da se zdravnik družinske medicine pri večini odločitev naslanja na anamnezo in klinični status. Pomaga pa si tudi s predhodno opravljenimi preiskavami.

Na dodatne diagnostične preiskave napoti bolnika v 8,2 %. Od tega v 4,5 % rentgenske preiskave, v 2,3 % ultrazvočno preiskavo, v 0,7 % za endoskopsko preiskavo, v 0,4 % na EMG, v 0,2 % na 24-urno snemanje EKG, v 0,1 % na 24-urno merjenje krvnega tlaka in v 0,1 % na cikloergometrijo.

V povprečju se 58,1 % stikov v splošni ambulanti konča s predpisanim receptom, v 6,6 % se izvede preveza rane, v 3,9 % aplikacija injekcije, v 1,3 % izpiranje ušesnega masla, v 0,3 % kirurška oskrba rane s šivanjem in odstranitev tujka; ostali posegi pa pri manj kot 0,2 % stikov.

1.3.4 Dodatne sestavine dela zdravnika družinske medicine

Med dodatne sestavine dela zdravnika družinske medicine sodijo:
- preventivna dejavnost,
- hišni obiski,
- zdravstveno svetovanje,
- sodelovanje v nujni medicinski službi,
- ocenjevanje delanezmožnosti,
- priprava bolnikov za oceno potrebe po stalni pomoči pri večini ali vseh življenjskih opravilih,
- higienskoepidemiološke naloge,
- strokovno izvedenstvo,
- mrliškopregledna služba na določenem območju,
- zdravstvena prosveta,
- izboljševanje kakovosti lastnega dela,
- mentorstvo – poučevanje,
- različna administrativna opravila,
- sodelovanje pri znanstvenoraziskovalnem delu.

Na vsebino dela zdravnika družinske medicine največ vpliva sistem zdravstvenega varstva z določanjem pogojev za delo. Vendar se velike razlike pri delu zdravnikov lahko pojavljajo tudi znotraj istega sistema. Pomemben delež prispevajo razlike med stopnjami bolezni in starosti bolnikov, ki jih obravnava posamezni zdravnik. Pomemben vir razlik pa je tudi **slog zdravnikovega dela**.

Delovni slog razkriva, v kolikšni meri posamezni zdravnik izpolnjuje opravila iz vsebine dela svoje stroke. Na delovni slog vplivajo:
- zdravnikove lastnosti,
- značilnosti ambulante in
- delovno okolje.

1.4 Pristop k reševanju najpogostejših zdravstvenih težav ob prvem stiku in Izbiranje prednostnih potreb bolnikov v splošnih ambulantah

Področje zdravstvene dejavnosti in obseg medicinskega znanja sta preobsežna, da bi jih posameznik lahko v celoti obvladal. V družinski medicini, ki svoje dejavnosti ne more skrčiti na določeno starostno skupino ali na določen spol ali na izbrano zdravstveno težavo ali na določeno stopnjo bolezni, si moramo pri diagnostiki in tudi pri poglabljanju svojega znanja pomagati z upoštevanjem **pojavnosti** in **pogostnosti** zdravstvenih težav bolnikov v splošni ambulanti.

Pri delu v družinski medicini moramo upoštevati naslednje:

1. Zdravnik družinske medicine obravnava zdravstvene težave, pri katerih so pogosto znaki in občutja na **začetni stopnji** poteka bolezni in so **slabše izraženi**. Otekanje okoli gležnjev npr. lahko napoveduje srčno popuščanje pri bolniku, ki se slabo počuti. Na podlagi razpoložljivih podatkov se mora odločiti o diagnozi, drugih možnih diagnozah in ustrezno uporabiti čas kot diagnostično in terapevtsko sredstvo.
2. Zdravstvene težave bolnikov v družinski medicini **izhajajo iz številnih organskih sistemov** in **se prepletajo** z duševnimi in s socialnimi motnjami. Če je na kardiološkem oddelku npr. bolečina v prsih po pričakovanju posledica bolezni srca, tega v družinski medicini ne moremo trditi z enako gotovostjo, ker bolniki niso selekcionirani. Tesnoba kot najpogostnejši vzrok različnim občutjem v prsnem košu je občutje, na katerega drugi specialisti naletijo le poredko.
3. Bolniki razmišljajo drugače kot študenti ali zdravniki in od posveta pogosto pričakujejo predvsem **zagotovilo**, da z njimi ni nič resnega. Zadovolji jih že večja ali manjša verjetnost pravega vzroka težav. Bolnika z bolečinami v trebuhu zanima npr. predvsem to, da nima vnetja slepiča. Druge možnosti so zanj manj pomembne, ker je voljan (vsaj nekaj časa) prenašati bolečine brez ugotavljanja porekla bolezni. Če med posvetom uspemo izvedeti za bolnikove skrbi, se laže usmerimo v razjasnjevanje predvsem le-teh in manj verjetne možnosti prihranimo za naslednjič.
4. **Pogostnost** in **verjetnost** pojavljanja zdravstvenih težav v družinski medicini se močno razlikuje od onih v specialistični ambulantni in bolnišnični dejavnosti. Mnogo pogostnih zdravstvenih težav obravnava skoraj izključno zdravnik družinske medicine *(npr. udarce, rane na koži, okužbe zgornjih dihal, vnetja sečil ipd.)*, nekatere pa napoti h kliničnemu specialistu le, če potekajo v težje obvladljivi obliki ali zahtevajo stalni nadzor.

5. Znanje in izkušnje študentov so sicer obsežni, vendar pogosto spravljeni v predalčke medicinskih strok ali organskih sistemov, ki za diagnosticiranje zahtevajo obilo medicinske tehnologije *(npr. uporabo ultrazvoka za izključitev resne bolezni v trebuhu)*. Upoštevati je potrebno pristop od **najlaže izvedljivih diagnostičnih tehnik** (anamneza, status) do bolj zahtevnih. Pri vsaki odločitvi je potrebno upoštevati **predtestno in potestno verjetnost izida preiskav**. Vedeti moramo, ali želimo z neko preiskavo stanje potrditi ali ovreči in se o tem pogovoriti z bolnikom.
6. Za celotno medicino, še posebno za družinsko medicino, je značilno **sočasno pojavljanje** duševnih motenj v povezavi s telesnimi znaki in z občutji *(npr. glavobol, vrtoglavica, omotica, pomanjkanje zraka, mravljinčenje, tiščanje ali zbadanje v prsih, bolečine v trebuhu, odpovedovanje rok in nog, nemoč, hitra utrudljivost, razbijanje srca, potenje, drgetanje ipd.)*, ki jim zmotno poskušamo poiskati telesni vzrok, namesto da bi duševno motnjo umestil med najverjetnejše vzroke bolnikovih težav.
7. Študent ali zdravnik se **pod vtisom predstavljenih znakov, občutij** in **lastnih izkušenj** pogosto prehitro oprimeta ene izmed možnih ocen – diagnoz in jo poskuša na vsak način potrditi. Ob tem spregledata druge možnosti. Bolečina v prsih je npr. tako alarmantno znamenje, da bo po vsej sili poskušala potrditi diagnozo infarkta srčne mišice, hkrati pa zanemarila podatke, ki bi utegnili kazati na kostnomišično ali duševno povzročeno bolečino.
8. Ko se nam med posvetom »posveti« možna diagnoza, **prehitro prekinemo** bolnikovo izpoved in mu tako preprečimo opis preostalih občutij, znamenj in znakov. Zlasti za duševne motnje je značilno, da jih bolnik predstavi proti koncu posveta ali pa sploh ne. To se raod zgodi, če mu preprečimo prosto pripovedovanje s prehitrim prehodom na vprašanja z možnimi le da-ne odgovori in ne upoštevamo iztočnic ter z neprimernim vedenjem oz. z neprimernim telesnim sporočanjem med posvetom.
9. Za študente je značilno tudi **napačno zatekanje k malo verjetnim, izjemnim, nevarnim in modnim diagnozam** *(npr. slabo počutje bodo poskušali najprej razložiti z diagnozo borelioze)*. K temu privede pouk, ki se izvaja na težkih bolnikih z redkimi primeri bolezni. Vaje v splošni ambulanti s številnimi stiki zaradi pogostih zdravstvenih težav pa študentom pomagajo k uravnoteženju vtisa o pojavnosti in pogostosti le-teh.

Zdravnik družinske medicine se mora odzivati na potrebe bolnikov in okolja, kjer dela. Iz tabel 1 in 2 lahko razberemo, kaj so najbolj pereče zdravstvene težave, ki jih srečamo v splošnih ambulantah. Pri odločanju se najprej opiramo na **svoje razumevanje bolnikovega stanja** (slika 1.2). Pri

tem upoštevamo naravo opisanih težav, verjetnost, da gre za zanj možno določeno bolezen in **predvidevanje nevarnega poteka bolezni** glede na **predhodno poznavanje bolnika in njegovih dotedanjih težav**. Zavedati se moramo posledic, če ne bi ničesar ukrenili. Izrabiti moramo vse možnosti zdravljenja ter izjemne dogodke primerjati s podobnimi zdravstvenimi težavami.

Če bolnik npr. v zimskih mesecih poroča o vročini v zadnjih dveh dneh, smrkanju, kašlju in bolečinah v žrelu, bi bila naša predhodna razlaga: akutno infekcijsko bolezen zgornjih dihal. Predstavljajmo si, kako bi na naše razmišljanje vplivalo odkritje bolnika z infekcijsko mononukleozo dan pred njegovim obiskom.

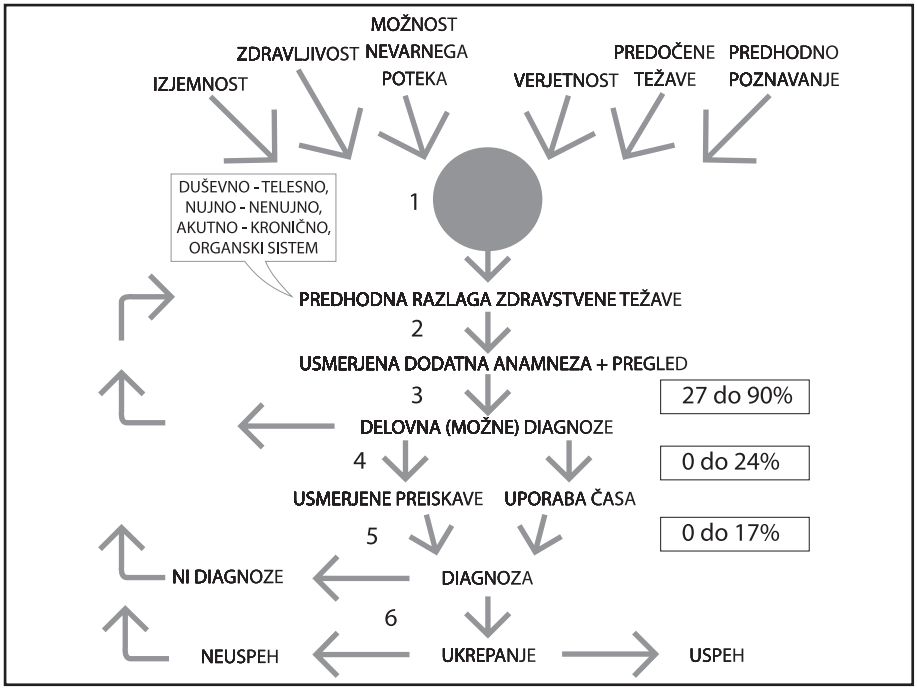
Na podlagi take predhodne razlage zdravstvene težave izpeljemo **usmerjeno dodatno anamnezo in pregled** bolnika. V času epidemije dihalnih okužb bo verjetno okrog 90 % naših diagnoz zasnovanih zgolj na tako zbranih podatkih. Pri manj jasnih zdravstvenih težavah pa se bomo odločili za **oblikovanje delovnih diagnoz** in jih poskusili potrditi ali ovreči npr. z dodatnimi laboratorijskimi in drugimi preiskavami ali z opazovanjem (uporaba časa kot diagnostičnega sredstva) ali na oba načina. Mnoge bolezni spontano minejo (npr. okužbe dihal), nekatere pa se lahko poslabšajo (npr. hipotiroza), zato lahko z opazovanjem zasledujemo bodisi izboljšanje ali poslabšanje stanja. Govorimo o **odprtem čakanju**.

Če pri lakunarni (streptokokni) angini, zdravljeni s penicilinom, pri sicer zdravem bolniku v pričakovanem času ni izboljšanja, nas ta ugotovitev napoti nazaj k predhodni razlagi zdravstvene težave.

Neuspešno zdravljenje v takem primeru pomeni **zdravilni poskus**, ki pomaga na poti do diagnoze in ustreznega zdravljenja. Verjetnost streptokokne angine je iz najbolj verjetne z zdravilnim poskusom postala zanemarljivo majhna in infekcijska mononukeloza in druge bolezni, ki povzročajo podobno klinično sliko, veliko bolj verjetne. Kljub navidezni napaki, v takem primeru ne govorimo o **zdravstveni napaki** ali o **malomarnem zdravljenju**, ker je bilo **ukrepanje v skladu s spoznanji stroke**. Pomembno je tudi razločevanje med zavestno odločitvijo o odprtem čakanju in **opustitvijo zdravniške pomoči**. Slednje pripišemo zdravniku, ki pri svoji odločitvi in dogovoru z bolnikom ni dal nasvetov, kako ravnati v primeru poslabšanja, ali če se stanje ne bi izboljševalo po predvidevanjih, in v primeru resnejšega stanja ob pregledu ni predvidel spremljanja bolezni s strani zdravstvene službe (npr. naročena kontrola pri zdravniku (istem ali drugem), napotitev h kliničnemu

specialistu, delovni nalog patronažni službi).
Tega se moramo zavedati tudi pri obravnavi samoomejenih (samoozdravljivih) infekcijskih boleznih zgornjih dihal. Ustrezno ukrepanje je že pojasnitev diagnoze, vzpostavitev razumevanja in dogovora z bolnikom glede splošnih ukrepov in nepotrebnosti uporabe diferentnih zdravil ter bolnikovega lastnega spremljanja poteka bolezni do pričakovanega izboljšanja in ev. bolnikovi ukrepi, če razvoj dogodkov ne bo tekel po pričakovanjih. Bojazen, da bi imel zdravnik zato, ker ni predpisal antibiotika »za vsak slučaj«, ali ker bi lahko spregledal bakterijsko okužbo, težave pri strokovnem nazdoru v primeru bolnikove pritožbe, je odveč.

Tudi če se kasneje v nekaterih primerih izkaže, da je šlo za npr. sinusitis ali pljučnico, prejšnjega zdravnikovega ukrepanja ni moč oceniti kot opustitve zdravniške pomoči ali malomarno zdravljenje. Pomembno je **soglasje osveščenega in poučenega bolnika** in **zapis o navodilih v medicinski dokumentaciji**.



Slika 1.2. Zapletena pot odločanja v medicini. Prikazani so odstotki rešenih primerov na določeni stopnji. V do 90 % primerov se je mogoče odločiti na podlagi anamneze in pregleda. V 0 do 17 % pa kljub uporabi odprtega čakanja ali usmerjenih preiskavah ne najdemo odgovora na vprašanje, kaj je z našim bolnikom. Takrat je potrebno ponoviti pot odločanja

1.4.1 Predhodna razlaga zdravstvene težave

Na podlagi **predočene zdravstvene težave**, **predhodnega poznavanja bolnika** in njegovih življenjskih **okoliščin** (delovna, socialna, družinska in pretekla anamneza), **posamične verjetnosti**, za katero bolezen gre, **možnosti nevarnega poteka**, možne **zdravljivosti** bolnikovih težav in **izjemnosti** možne diagnoze si zdravnik ustvari prvo oceno zdravstvene težave (slika 1.2). Ta predhodna razlaga zdravstvene težave, zasnovane na anamnezi, nas vodi pri dodatni anamnezi in usmerjenem pregledu.

Svoje težave bolnik sporoči na začetku posveta, ko mu po pozdravu z eno izmed besednih ali nebesednih sporočil dovolimo oz. nakažemo, da jih opiše. Bolnika **ne prekinjamo**, zastoj sporočanja **spodbudimo z odprtimi vprašanji**, **nebesednimi veščinami spodbujanja** in se izogibamo vprašanj da-ne. Zdravniki in študenti se med posvetom zelo hitro odločijo za eno izmed možnih diagnoz in si tako pogosto zaprejo pot k njihovi širši izbiri. Zaradi tega je pomembno, da se **vzdržimo prehitrega sklepanja**.

Bistveno je, da bolnika **čim dlje ne prekinemo** pri njegovem pripovedovanju in da se zdravnik čim dlje vzdrži prehitrega sklepanja o možnih diagnozah. Zlasti o težavah, ki so povezane z duševnimi motnjami, so bolniki navadno pripravljeni spregovoriti šele pozneje ali celo prav **proti koncu posveta**. Kljub temu jih sprejmemo in moramo prizadevno raziskati. Zdravnikova potrpežljivost pri opazovanju besednih in nebesednih sporočil, ustrezne veščine sporazumevanja ter njuna stalnost odnosa in medosebna povezanost omogočajo odkrivanje namigov, ki kažejo na **psihosocialne težave**, pogosto **prikrite s telesnimi znaki (npr. potenje, drgetanje, glavobol)** ali **telesnimi občutji** (npr. mravljinčenje, občutek pomanjkanja zraka, občutek dušenja, bolečina v prsih...). Prav slednje je v našem kulturnem okolju pogosta vstopnica za posvet pri zdravniku zaradi duševnih in razpoloženjskih motenj, zato je pomembno, da se zdravnik ne osredotoči samo na telesne znake in občutja, psihosocialno diagnozo naj vključi med možne, in to ne le kot izključitveno.

Predhodno (osebno) poznavanje bolnika (vključno s slogi iskanja zdravniške pomoči, sporazumevanja, povezanosti idr.) in **zapisa v zdravstvenem kartonu** skrajša jemanje družinske, socialne, delovne in pretekle anamneze. Prednost **stalnosti** lahko zdravnik in bolnik spoznata že po enem letu. Bolniku praviloma bolj ustreza stalni zdravnik, ker mu ni treba vedno znova razlagati včasih neprijetnih podrobnosti o svojem življenju.

1.4.2 Verjetnost

Čeprav tudi induktivna metoda oblikovanja diagnoze upošteva verjetnost njene pogostnosti, se praviloma naslanja le na njeno splošno možno pojavnost. V družinski medicini pa je pomembnejša verjetnost pri določenem bolniku (glede na spol, starost in druge lastnosti) ter ob določenem trajanju znakov in občutij. **Verjetnost** je bodisi **neskončen niz frekvenc dogodkov** bodisi **subjektivno merilo gotovosti**, da so bo zgodil določen dogodek. Ocenjujemo jo na podlagi razmerja med številom določenih dogodkov v opazovani skupini. Ugotovimo jo lahko na tri načine:

- Z zasledovanjem pogostnosti pojava v preteklosti predvidevamo enako ponavljanje v prihodnosti (*npr. vročina, kašelj in bolečine v žrelu so znaki akutne okužbe dihal*).
- Naše predvidevanje temelji na teoriji, kot velja za pričakovanje gensko določenih znakov, ki jih predvidevamo na osnovi Mendlovih zakonov o dedovanju (*npr. elevacija veznice ST je znak akutnega miokardnega infarkta*).
- Subjektivno zaupanje v eno izmed možnosti (*npr. bolečine v prsih so znak miokardnega infarkta*). Uporabljamo jo zelo pogosto kot del t.i. rutinskega odločanja.

Pri oblikovanju diagnoze moramo upoštevati široko izbiro psihosocialnobioloških možnosti. Pri vsakdanjem delu je priporočljivo izbrati med petimi najverjetnejšimi, kar omogoči **usmerjeno naročanje preiskav in pregledov** za potrjevanje oziroma izključevanje drugih možnosti. Če bi izbrali le eno možnost, bi v primeru napačne izbire morali pri vsaki naslednji hipotezi ponoviti celoten miselni in diagnostični postopek vedno znova, kar je napornejše in zamudnejše. Tako je v primeru pojavljanja znakov, ki lahko kažejo tudi na duševno motnjo zelo pomembno, da možnost duševne motnje upoštevamo že v prvem naboru diferencialnih diagnoz, ker to olajša sporočanje in razlaganje izvidov ter kasnejšo potrditev diagnoze.

Poleg petih najverjetnejših diagnoz je v seznam možnih diagnoz smiselno sprejeti do dve diagnozi z nevarnim potekom ali tiste redke, ki jih je mogoče zdraviti.

Pri vsaki okužbi zgornjih dihal je poleg virusnih in bakterijskih okužb žrela potrebno misliti tudi na vnetje srednjega ušesa kot relativno enostavno zdravljive bolezni in na meningitis kot sicer redko obliko nevarnega poteka vročinske bolezni. Po pregledu znakov za ti dve bolezni bomo v medicinski dokumentaciji zapisali ugotovitve, tudi če bodo negativni.

1.4.3 Možnost nevarnega poteka

Možnost nevarnega poteka opravičuje vključitev v izbor možnih diagnoz, čeprav je verjetnost zelo majhna, vendar lahko pomembno ogroža bolnika.

Pri noseči ženski z bolečinami v trebuhu je verjetnost akutnega vnetja slepiča izredno majhna, vendar jo je zaradi nevarnega poteka treba upoštevati v našem diferencialnodiagnostičnem razmišljanju.

1.4.4 Zdravljivost

Če za katero, sicer redko bolezen, obstaja možnost zdravljenja, jo moramo uvrstiti med možne diagnoze. Adenokarcinom na rektumu se lahko kaže tudi s krvavitvijo, čeprav je le zelo majhen delež rektalnih krvavitev povezanih s karcinomom. Pogostnejši vzroki so hemoroidi, fisure in različna vnetja. Vendar pravočasno zdravljenje karcinoma rektuma lahko pomembno prispeva k boljši napovedi izida bolezni, zato se bomo pri diagnostiki potrudili tudi v tej smeri kljub morda drugačni predhodni razlagi bolezni.

1.4.5 Izjemnost

Med izjemne diagnoze sodijo redke bolezni, ki smo se jih morali kot »eksotične« učiti med študijem ali smo imeli sami ali kdo drug slabe izkušnje z njo (npr. hude alergične reakcije) ali so trenutno zelo modne (npr. AIDS, borelioza). Pri izbiri možnih diagnoz se moramo praviloma izogibati pretiranemu upoštevanju izjemnih možnosti, kar je včasih zelo težko. Zlasti v primeru modnih diagnoz je zaradi informacij **socialne mreže** in občil močan tudi pritisk s strani bolnikov, da naj bi upoštevali možnosti takih redkih bolezni.

Študenti boste s tem seznanili na predavanjih, skupnih vajah in z opazovanjem v ambulantah.

2 Družina v družinski medicini

Namen poglavja je prikazati:
- *družino in obdobja družinskega kroga,*
- *vpliv družine na zdravje njenih članov,*
- *vpliv bolezni na družino,*
- *oceno delovanja družine,*
- *nasilje in zlorabo v družini,*
- *oceno možnosti družine pri skrbi za bolnega.*

Študent mora po študiju snovi tega poglavja
- *poznati tipe družin, vlogo družinskih članov in ključna obdobja družinskega kroga;*
- *poznati vpliv družine na zdravje njenih članov;*
- *poznati vpliv bolezni na družino;*
- *poznati orodja za ocenjevanje družinskega delovanja;*
- *znati oceniti delovanje družine;*
- *znati zaznati znake nasilja in zlorabe v družini;*
- *znati oceniti možnosti družine pri skrbi za bolnega;*
- *razviti empatičen odnos do šibkih in potrebnih pomoči;*
- *razviti toleranten odnos do različnosti.*

Zdravnik družinske medicine obravnava bolnikove duševne in telesne zdravstvene težave upoštevaje bolnikovo družbeno, kulturno, delovno in družinsko okolje. Družinsko okolje se dinamično spreminja skozi obdobja družinskega kroga. Poznavanje družinske strukture in njenega delovanja je nujno za delo z družinami in njenimi člani.

Družina je univerzalen pojav vsake družbe, saj se brez nje se družba ne more niti kulturno niti fizično reproducirati. **Družina** je tudi v sodobni (t.i. postmoderni) družbi **osnovna družbena celica**. Ena od osnovnih nalog sodobne družine je, da nove člane **pripravi na zaznavanje konflikta, na prepoznavanje in na soočanje s konfliktom**, da zagotavlja temelje za **oblikovanje avtonomije in zbliževanja**. Vsak član družinske skupnosti ima nalogo izoblikovati zadovoljive **meje oz. ravnotežje med zasebnostjo in pripadnostjo drugim**. Posameznik mora v družini najti prostor za sebe, za izražanje lastnih potreb, občutenj in hotenj, vse to pa naj bi znal deliti z drugimi. V kompleksni družbi je namreč družina edina, ki ustvarja rezerve za zorenje človekove osebnosti, posebno še, če je ta v fazi razvijanja in zorenja; družina je edina, ki ponuja ali proizvaja smisel življenja v vsakdanjem življenju.

V sociološkem smislu je družina **življenjska skupnost** in hkrati **družbena institucija**, ki je **vsaj dvogeneracijska** in jo **označuje obstoj starševskega razmerja** v obliki socialnega razmerja **med starši in otrokom/otroki**. Skozi zgodovino je doživela evolucijo. Skrb za potomstvo je bila do nedavnega poleg ekonomske varnosti prevladujoči motiv družbenih odnosov v družini. V sodobnem svetu pri družbenih odnosih stopa v ospredje čustveno povezovanje med odraslimi partnerji.

Oblike in **funkcije družine** se skozi zgodovino spreminjajo, prilagajajo potrebam posameznikov in družbe. Formalna ureditev in splošna kultura navadno capljata za razvojem, kar družinam, ki odstopajo od **klasične (jedrne)** oblike družine, navadno povzroča težave pri izpolnjevanju njenih osnovnih nalog. Družina je izjemno prilagodljiva **družbena institucija**. S spreminjanjem socialnih vrednot, etike in načina bivanja se temu primerno oblikujejo tudi družinske skupnosti. Družina je vse manj le **produktivna skupnost** in vse bolj postaja **navadna življenjska skupnost**. Je prostor, kjer se vrši temeljna konstrukcija realnosti in pogostokrat služi za metaforo vsem tistim situacijam, ki so neposredne, spontane, naravne.

V postmoderni družbi se spremembe vrstijo skokovito, brez pravega nadzora. Globalizacija nudi vedno nove produkte in ideje, ki poplavljajo trg, mnoge za preteklost nedopustne alternative so se uveljavile kot legitimna rešitev za sodobnost in ob tako številni ponudbi je težko zagotoviti zadosti gatekeeperjev, ki bi selekcionirali novitete in s tem nadzorovali dogajanje v družbi. Tako so norme in vrednote tradicionalnega sveta, splošno gledano, postale nostalgičen spomin na preteklost. Družbeni sistem se je močno diferenciral, nastale so številne nove institucije, ki opravljajo funkcijo družine, medgeneracijski in spolni konflikti so zapletli že tako neenostavno paleto socialnih odnosov in vse to se odraža na članih družbe in na skupnostih, ki jih tvorijo. Na prehodu iz industrijske v postmoderno družbo opažamo v Evropi in Sloveniji trende spreminjanja družin, zato govorimo o **pluralizaciji družinskih oblik**, ko

- formalna zakonska zveza izgublja svoj pomen;
- narašča število razvez in ločitev;
- se posledično temu povečuje število **enostarševskih** družin (večinoma materinskih);
- se povečuje število **dopolnjenih** (reorganiziranih) družin;
- se spreminjajo družinski življenjski poteki;
- se podaljšuje obdobje prehoda iz družine orientacije v družino prokreacije;
- se podaljšuje obdobje "**praznega gnezda**".

Večina prej tradicionalno določenih tabujev je izgubila svoj pomen. Ekspresivna vloga žensk in instrumentalna vloga moških se je rahljala, ženske so se vključevale v prej izključno moške sfere družbe in obratno. Tudi na spolnem področju pri ženskah so postajale socialne determinante ohlapnejše in je sklenitev zakonske zveze temeljila na obojestranski privlačnosti. Zakon je izgubljal podobo izhoda v sili ali ekonomske pogodbe in dobival vedno bolj prizvok zadostiti individualnim potrebam ter pričakovanjem.

2.1 Tipi družin

Institucija postmoderne družine je v stalnem spreminjanju, zavoljo vsega tega je postavljanje enotne definicije postindustrijske družine nemogoče, zato se strokovnjaki namesto natančno določenega opisa prevladujoče družinske skupnosti pogosto odločijo za predstavitev celotne palete obstoječih vzorcev.

Družine lahko delimo glede na to, ali so **primarne** ali **sekundarne**, na njihovo sestavo in na meje, ki jih postavljajo svojim članom. Ne glede na obliko so vsem družinskim skupnostim skupni intimnost med družinskimi člani in medgeneracijski odnosi. Družina se povezuje s širšo družbo in različnimi zunanjimi institucijami ob hkratnem zmanjševanju pomembnosti sorodniških vezi. Z vidika tradicionalne in še moderne družbe je bilo pred stvaritvijo družine potrebno vstopiti v institucijo zakona, medtem ko danes zakonska zveza ni več pogoj za življenje v družinski skupnosti.

Študenti boste posamezne lastnosti in dogajanje v družini spoznali na hišnem obisku, pri terenskem delu, pri posvetih v ambulanti in pri pripravi poročila o družini. V nadaljevanju navedena teoretična izhodišča vam bodo v oporo in vodilo pri teh nalogah.

2.1.1 Primarne in sekundarne družine

2.1.1.1 Primarna družina

Primarna družina je za bolnika tista, v kateri se je rodil, bil posvojen ali vanjo kako drugače vključen v času otroštva in mladostništva. Odnosi v primarni družini so za bolnika modeli, ki jih pozna in pogosto le malo spremenjene uporablja tudi v odraslem življenju. To še posebej velja za situacije močne čustvene nasičenosti (ko nas je strah, se počutimo negotove, ko smo močno vznemirjeni in podobno). Poenostavljeno rečeno,

nam vsak član primarne družine, v kateri smo živeli, »nekaj predstavlja«. Preko teh uigranih vlog se pogosto odzivamo tudi v odraslem življenju preko sporazumevanja z ostalimi ljudmi.

2.1.1.2 Sekundarna družina

Sekundarna družina je za bolnika tista, ki jo je sam soustvarjal s partnerjem. To navadno uporabljamo kot podlago za prikaz obdobij družinskega kroga.

2.1.2 Delitev družin po njihovi sestavi

Družine po svoji sestavi lahko delimo na običajne (klasične, jedrne) družine, druge (alternativne) družinske oblike in nedružinske življenjske skupnosti.

2.1.2.1 Jedrna družina

Jedrna družina **staršev** in **njunih otrok** predstavlja osnovni model družine. Tudi v moderni družbi je jedrna družina prevladujoč družinski model. Kadar poleg teh najožjih družinskih članov v skupnosti živijo še drugi, govorimo o razširjenih ali mešanih družinah.

V **razširjeni** družini najdemo **drugo ob drugi več jedrnih** družin, ki je vsaka lahko v zelo različni fazi in različne sestave. Včasih nekatere **mešane** družine imenujemo tudi razširjene ali večgeneracijske družine, saj v njih tipično živijo **otroci, starši in stari starši**. Mešane družine lahko nudijo boljše vire na ekonomskem in sociološkem področju. Pogosto pa zaradi nejasnih meja med posameznimi družinami v sistemu predstavljajo nevarnost za katero od družin ali posameznika v tej razširjeni skupnosti.

2.1.2.2 Drugi tipi družin

K alternativnim družinskim oblikam štejemo vsa gospodinjstva, ki se močno razlikujejo od običajne družine in v katerih živi vsaj en starš (biološki ali socialni) skupaj z otrokom/otroki in zanj/zanje skrbi: **enostarševske** družine in **samohranilske** družine, **dopolnjene** družine, **posvojiteljske** družine, **heterologne inseminacijske** družine (družine z darovanimi zarodnimi celicami), družine **dnevnih vozačev**, **izvenzakonske življenjske skupnosti z otrokom/otroki**, **stanovanjske skupnosti z otrokom/otroki**. Odnosi med člani take družine s člani te družine, ki so ostali izven te skupnosti, so

pogosto zelo zapleteni.

Dopolnjena (reorganizirana) družina se od jedrne razlikuje po tem, da se ne razvija premočrtno, temveč nastane na določeni stopnji z vključitvijo posameznih članov ali delov družin iz predhodnih (jedrnih) družin. Nova partnerja ob tem lahko ustvarita tudi lastno jedrno družino. Dopolnjena družina nudi izziv v odnosih med člani novonastale družinske skupnosti in med člani te družine in člani prejšnjih družin, ki so ostali izven te skupnosti.

2.1.2.3 Nedružinske življenjske skupnosti

V **nedružinske življenjske oblike** so uvrščeni ljudje, ki živijo sami, zakoni brez otrok, življenjske skupnosti brez otrok, starši po odhodu otrok od doma, razmerja med dvema v ločenih gospodinjstvih brez otrok, zaporedni zakoni po razvezi brez otrok, nezavezujoča razmerja para brez otrok, istospolni pari v skupnem gospodinjstvu ali LAT (angl. living apart together) brez otrok, stanovanjska skupnost brez otrok.

Poleg naštetih pa obstajajo še druge formalne in neformalne oblike trajnega ali začasnega **sobivanja** ljudi v družbi (npr. vojašnica, študentski dom, zapor ipd.).

2.1.3 Družine glede na njene meje

Glede na meje, ki jih družinska enota postavlja med seboj ter okoljem in glede na propustnost teh meja, delimo družine na zaprte, poljubne in odprte. Razlika je utemeljena na možnosti posameznika, da v večji ali manjši meri lahko povzroči spremembe v sistemu in zadovolji lastne interese.

2.1.3.1 Zaprta družina

V **zaprtih** družinah je posameznik prisiljen zliti lastne potrebe s potrebami preostalih članov, sicer se zgodi, da z vztrajanjem na uresničitvi lastnih potreb postane izoliran. Izražanje potreb in čustev je omejeno zgolj na poteze in je strogo determinirano.

2.1.3.2 Poljubna družina

Poljubna oz. **anarhična** družina je tako fleksibilna, da ne more vzpostaviti

identitete ali ohranjati njene kontinuitete, tu se posameznik ne more soočiti s potrebami niti jih ne more zadovoljiti. Člani poljubnih družin so ujeti v kaos, saj se meje nenehno spreminjajo.

2.1.3.3 Odprta družina

Najbolje funkcionira **odprta** družinska skupnost, kjer so meje fleksibilne, povezave med posamezniki so smiselne, izražanje potreb je zavestno, ker so le-te razvidne, prisotno je sodelovanje vseh članov, skupnost temelji na zaupanju in ne toliko na pravilih. Odprta družina išče nove rešitve za **konflikte**, uporablja racionalni dialog in raziskuje nejasne situacije.

Ena najenostavnejših in za opazovanje najbolj uporabnih delitev je razvrstitev družin v tri širše notranje diferencirane sklope:
1. jedrne družine – biološke, socialne, enostarševske, posvojiteljske;
2. razširjene družine – sorodniške, modificirane razširjene družine;
3. reorganizirane družine – dopolnjene družine, homoseksualne družinske skupnosti.

Bistvo je, da se dejstva, da gre pri določenih oblikah sobivanja za drugačnost od jedrne družine, ne tabuizira, sicer konflikti postanejo nevidni tako za prepoznavanje kot za reševanje problemov. Pri opisovanju družine zato obliko družine glede na sestavo vzamemo kot dejstvo, bolj pa nas zanimajo meje, ki jih družina postavlja svojim članom. Pri določenih boleznih nas zanima tudi stanje v primarni družini sedaj odraslih članov novih sekundarnih družin.

2.2 Družinski krog in njegova obdobja

Razvoj (sekundarne) družine od njenega nastanka, ko dva začneta skupno življenje do smrti zadnjega od njiju, imenujemo družinski krog ali ciklus. Delimo ga na naslednja obdobja (**stopnje družinskega kroga**):
- začetno partnerstvo,
- družina s prvorojencem oz. prihod tretjega člana,
- družina s šolskimi otroki,
- družina z mladostniki,
- družina praznega gnezda.

Družina kot temeljna celica večine sodobnih družb igra pomembno vlogo pri nastanku in obravnavi bolezni, zato je naloga zdravnika družinske medicine, da oceni njeno delovanje in jo obravnava v celoti ali le njenega posameznega

člana. Razmerja v družini so povezana z obdobjem, v katerem se nahaja. Podroben opis stopenj družinskega kroga najdete v učbeniku Družinska medicina. Bolj kot vedenje, na kateri stopnji razvoja je družina, je verjetno pomemben podatek, da **družina prehaja z ene na drugo stopnjo** oz. da se je to zgodilo pred kratkim. Vsak **prehod** je namreč praviloma izhodišče za manjšo ali večjo **krizo**. Ta je toliko večja, kolikor več je bilo nerazrešenih težav že na prejšnji stopnji razvoja. V času krize – prehoda – mora vsaka družina na novo opredeliti vlogo in medsebojne odnose. Če tega ne stori, se konflikti le nabirajo in predstavljajo nevarnost za zdravje svojih članov ter za obstoj družine.

Zanimajo nas **sestava družine** (Družinsko drevo oz. genogram – slika 2.2), **stopnja družinskega kroga, njeni člani, povezanost med družinskimi člani** (Družinski krogi – slika 2.3 in Družinski APGAR I in II tabela 2.2 in 2.3) ter **prisotnost pomembnih dogodkov in bolezni**. Orodja nam pomagajo pri prikazovanju družinske zgradbe in pri oceni njenega delovanja (podrobneje v poglavju Opazovanje družine).

Družina na svoji poti jadra skozi številne zdravstvene težave svojih članov. Mnogo se jih pojavi zaradi motenj v družinskem delovanju, zato zdravnik družinske medicine pri delu z družinami opravlja naslednje naloge:

1. **Skrbi za ogrožene družinske člane** in jim nudi ustrezno podporo.
2. Ob resnih boleznih se trudi **dati čim bolj izčrpne informacije**. Na koncu mora vedno vprašati, če bi radi še kaj izvedeli.
3. **Je z družino v času krize**, npr. med resno boleznijo, terminalno fazo in žalovanjem.
4. **Prevzame pobudo, kadar je potrebno** (npr. ob odpustu iz bolnišnice). Neumestno je predvidevanje, da bodo ljudje vedno sami vedeli, kdaj morajo poklicati zdravnika.
5. **Skuša odkriti ogrožene družinske člane**, t. i. prikrite bolnike.
6. **Ponudi pomoč**, ko je družina **v krizi**.
7. **Ne spušča se v vlogo razsodnika** v družinskih prepirih.
8. Za uspešno izpolnjevanje svojih nalog mora zdravnik družinske medicine poznati vpliv družine na bolezen in obratno vpliv bolezni na družino.

2.3 Vpliv družine na zdravje njenih članov

2.3.1 Družina kot skupnost genetsko podobnih oseb

Večina družinskih članov si je **genetsko podobnih**. Z družinsko anamnezo

iščemo bolezni v tej (sekundarni) družini in bolezni v primarnih družinah staršev, ki predstavljajo večje tveganje za nastanek bolezni. Mednje sodijo nekatere rakave bolezni, zgodnja srčnožilna zbolevnost in umrljivost, sladkorna bolezen, zvišan krvni tlak, genetske bolezni idr.

2.3.2 Družina kot socialna mreža

O vplivu družine na zdravje njenih članov je mogoče razpravljati na široko. Najbolj jedrnato in berljivo je o tem pisala Polona Selič v Učnem gradivu za 23. učne delavnice za zdravnike družinske medicine, ki ga v nadaljevanju skoraj dobesedno tudi povzemam, ker na najkrajši možni način povzema osnove, ki lahko koristijo bodočemu zdravniku. Študentom toplo priporočam branje prispevka v celoti.

Družina je pogosto, ne pa nujno, nenadomestljivi vir **socialne podpore**, **občutkov sprejetosti** in **bližine**. Lahko deluje kot **blažilec** ali kot **izvor** oz. **množitelj stresa**. Vedenje, potrebe in osebnostne značilnosti vsakega člana namreč sooblikujejo družinski sistem ter stopajo v povezave z enakimi kakovostmi sodelovanja vseh ostalih. Tudi nastala **mreža povezav** lahko stres zmanjša in/ali povzroči.

Na stresne obremenitve se najbolj značilno odzivajo t.i. »**psihosomatske družine**«. Vzorec reakcij se neredko prenaša iz ene generacije v drugo. Za takšne družine je značilno **kanaliziranje anksioznosti po telesni poti**. **Psihosomatske motnje** enega od članov se zelo pogosto pojavijo ob **razvojni krizi družine** kot sistema ali ob razvojnih **prelomnicah** katerega koli od elementov tega sistema. Pri psihosomatskih družinah je mogoče opaziti nekaj tipičnih **transakcijskih značilnosti**. To so:

- **pretirana čustvena vpletenost**, ko individualno identiteto nadomešča družinska;
- **nagnjenost k preveliki zaščiti** – norma simbiotične »zvestobe« oz. prepoved zdrave samostojnosti, ki ogroža homeostazo in ruši sistem;
- **rigidnost**, vpeta v regresivno homeostazo, podprto z negativnimi povratnimi zvezami in
- **slabo reševanje problemov**, običajno zanikanje problemov ali »prepoznavanje« (dopuščanje) psihosomatske motnje enega od članov kot edinega problema družinskega sistema.

Mnogi procesi in dejavniki v družini lahko delujejo **stresogeno**. Izrazito stresogena je npr. dolgotrajna anksioznost, do katere privedejo **prikrita** (neubesedena) **nasprotja** in **spopadi** med družinskimi člani, neracionalno

visoke zahteve (okostenela pravila in nesprejemljivi vrednostni sistemi), **krize** in/ali sam **razvojni ciklus**.

Intenzivnost in dolžina delovanja stresa, zlasti pa občutljivost tistega, ki mu je izpostavljen, določajo, kateri stres je patološki. Reakcije na kritične dogodke so odvisne od značilnosti družinskega sistema, predhodnih izkušenj in načinov obvladovanja stresa, njegove teže, količine anksioznosti znotraj družine in psihofizičnega stanja članov. Družine, za katere je značilna **patološka homeostaza**, spravi dodatni stres kaj hitro iz ravnotežja. Kar prepogosto se **družinska kriza** izrazi kot simptomatsko vedenje otrok – pa naj gre za krizo identitete, psihotične in psihosomatske reakcije, alkoholizem, narkomanijo ali delinkventno vedenje.

Družina je posebna **socialna skupina**, ki vključuje tudi določeno obliko biološkega sodelovanja – člani skupaj jedo in spijo, skrbijo drug za drugega – in visoko stopnjo intimnosti. Raziskave so pokazale, da velika medosebna bližina, upoštevanje želja in potreb pomembnih Drugih ter medsebojna pomoč lahko predstavljajo nenadomestljivi izvor življenjske radosti. Poročeni (z otroki ali brez njih) uživajo poprečno manj alkohola, redkeje nerazumno tvegajo in živijo bolj umirjeno. Za svoje zdravje bolj skrbijo tudi zaradi občutka odgovornosti do družine. Pri osebah z močnimi potrebami po prodornosti in oblikovanimi ljubezenskimi ter toplimi medosebnimi odnosi so odkrili boljše delovanje imunskega sistema. Očitno prinašajo intimni odnosi neposredne biološke prednosti.

2.3.3 Družina kot skupnost oseb v istem okolju

2.3.3.1 Prenašanje bolezni

Družina večji del življenja preživi v določenem omejenem okolju, zato jo spremlja večja možnost **širjenja bolezni**, in sicer **nalezljivih** ali izhajajočih iz določenega **življenjskega sloga**. Kadar pri posameznem članu ugotovimo določeno nalezljivo bolezen, moramo preveriti tudi zdravstveno stanje preostalih. Med pomembnejšimi boleznimi, kjer je pogosto potrebno tudi zdravljenje preostalih članov, so škrlatinka, črevesne nalezljive bolezni, meningokokne okužbe, garje, spolno prenosljive bolezni idr.

2.3.3.2 Skupni izvor bolezni

Sedeč življenjski slog ter z maščobami in s sladkorji obilna prehrana večata verjetnost razvoja kroničnih nenalezljivih bolezni, kot so debelost,

hiperlipidemija, hipertenzija, sladkorna bolezen. Tudi okužbe in zastrupitve s hrano in z vodo se hitreje širijo znotraj družine zaradi skupne priprave in uživanja hrane.

2.3.3.3 Vzorec iskanja zdravniške pomoči

Družinski vzorec **vedenja med boleznijo** se na zunaj najpogosteje kaže z iskanjem pomoči pri zdravniku družinske medicine, ki navadno pri posameznih članih lahko prepozna tovrstni »družinski slog«. Pri tem sta pomembna **prag znosnosti** in **dojemanje resnosti**, ki sta značilna za vsako družino posebej. Ko znaki in občutja dosežejo raven, ki je bodisi posameznik ali vsa družina ne prenašajo več (presežejo prag znosnosti), »napotijo« svojega »bolnika« na višjo raven – k zdravniku družinske medicine. Bolnikovo vedenje ob bolezni vpliva na odločitev, kaj bo kot posameznik ob zaznavi motnje storil.

2.3.3.4 Vedenje ob bolezni

Družina pomeni »trdnjavo«, v kateri vladajo določene njej lastne zakonitosti. Vplivi širšega okolja vstopajo v družino skozi sito družinskega vrednostnega sistema, ki članom daje določeno zaščito in občutek varnosti. Kadar je moteno zadovoljevanje potreb družinskih članov ali se poruši meja med okoljem in družino, se to pokaže na njihovem zdravstvenem stanju in njihovi sposobnosti skrbeti za bolne člane.

Ljudje imajo do svojih zdravstvenih težav zelo raznolik odnos in jim pripisujejo različno resnost. Odzivanje na različne hujše dogodke v življenju se pri večini družinskih članov odvija po podobnem **družinskem vzorcu**, ki se pogosto prenaša iz roda v rod. Zdravniki pogosto vidimo družinsko pretiravanje zaradi pogosto banalnih zdravstvenih sprememb.

Na odločanje o načinu reševanja zdravstvenih težav vplivajo številni dejavniki, ki so pogosto iracionalni, zapleteni, zavajajoči in sorazmerno težko ugotovljivi. Posledica tega je, da nekateri ljudje, ki bi jim zdravstvena pomoč koristila, sploh ne poiščejo zdravnika. Odločitev o iskanju zdravstvene pomoči ni vedno v neposredni povezavi z resnostjo bolnikovih občutij in bolezenskih znakov.

2.3.4 Družina kot vir bolezni

Družina je pogosto vir bolezni zaradi neizpolnjenih pričakovanj njenih članov. Družinsko življenje in vloge postanejo del rutine, ki ne ustreza razvojni stopnji družine. Posledica tega so neizpolnjena pričakovanja zaradi odnosa z drugimi družinskimi člani ali nezadovoljstva ob neizpolnjevanju svoje vloge v družini.

2.3.4.1 Odnosi v družini kot vir bolezni

Družina se neprestano razvija skozi družinski krog. Posamezni člani gojijo do družine in njenih članov pričakovanja, ki pogosto niso izpolnjena. Stopnja izpolnjevanja je odvisna od sposobnosti sporazumevanja in sprotnega reševanja nastalih napetosti. Pretirano ukvarjanje z otroki, beg v delo, odvisnost, različne zaposlitve v prostem času, odsotnost od doma so zgodnji izraz nezadovoljstva z odnosi, ki z leti preraste v naveličanost, rutino in postane vzrok za različne duševne motnje. Tudi v družinah, ki gradijo na dobrih medsebojnih odnosih, se le-ti spreminjajo in potrebujejo stalno prilagajanje. Obdobja odraščanja, odhoda od doma in upokojevanje ali smrt družinskega člana tudi v najtrdnejši družini povzročajo **krizo**, ki jo sama težko prebrodi, ne da bi vsaj en član ne imel zdravstvenih težav.

2.3.4.2 Nezadovoljstvo z izpolnjevanjem svoje vloge

Med razvojem družine se spreminja tudi vloga njenih članov. Na različni **stopnji** razvoja družine mora družinski član prevzeti drugačno **vlogo**, kot jo je imel dotlej. Ko se konča poročni obred, sta ženska in moški postavljena pred eno najglobljih sprememb v svojem življenju: iz družinskih članov, za katere je doslej skrbel nekdo drug, morata postati odgovorna oskrbovalca prihajajočih novih družinskih članov. Marsikdo se nikoli ne zmore vživeti v novo vlogo in se raje zateče v odvisnost. Moški nesprijaznjenje s svojo vlogo kažejo z umikom v delo, rekreacijo in alkoholizem. Ženskam je v našem kulturnem okolju kaj takega nekoliko težje. Sprejeti morajo vlogo uspešne poslovne ženske, dobre ljubice in najboljše mamice. Veliko žensk se na določeni postaji svoje materinske vloge lahko zlomi. Prvi znaki odklanjanja materinstva zaradi negativne podobe te vloge, ki jo lahko dobi v primarni družini, se lahko kažejo že med odraščanjem v obliki anoreksije ali bulimije in se nadaljujejo s težavami ob zanositvi. Mnogo pogosteje se nepripravljenost na materinsko vlogo kaže z različnimi paničnimi, anksioznimi in depresivnimi reakcijami in stanji. V družini lahko pretiravajo s svojo kontrolno vlogo. Preobremenjenost s svojo družinsko vlogo postane očitna pri večjem deležu

žensk kot moških, ki iščejo pomoč zdravnika zaradi svojih duševnih stisk.

2.3.4.3 Nasilje v družini

Nasilje zaznamuje **žrtve** in **storilce nasilja**. Med žrtvami nasilja se lahko znajde vsak družinski član, pogosteje pa so to otroci, ženske in starostniki. Če posumimo na trpinčenje, moramo poskrbeti za čim bolj popoln zapis dogodka in ne smemo pozabiti na **prijavno dolžnost** ne glede na mnenje vpletenih. Obvestimo ustrezne službe, ki bodo poskrbele za potrebno preverjanje dejstev in ukrepe. Socialna delavka šole lahko preveri pojavljanje poškodb pri otroku, socialna služba (center za socialno delo) lahko preveri razmere na domu, pristojni organi pregona pa takrat, ko gre za poškodbe.

Posledice nasilja so neposredne, ki se kažejo v obliki poškodb, zlorabe in psihičnega stresa, in posredne, ki se kažejo v obliki različnih vedenjskih duševnih motenj. Posebno hude so posledice nasilja, ki ga oseba doživlja v svoji primarni družini, ker je ne more doživljati kot vir ljubezni, podpore in zorenja, temveč kot leglo konfliktov, nesprejetosti, sovraštva ali pomanjkanja ljubezni. Posledice posameznik nosi v sebi v obliki različnih »primanjkljajev« na področju osebnostnega razvoja, kar se lahko kasneje pokaže v obliki duševnih motenj, slabšega prilagajanja ali prenašanja vedenjskih in vzgojnih vzorcev v sekundarno družino.

2.3.4.3.1 Nasilje nad otroki

Nasilje nad otrokom se lahko dogaja na več ravneh: v družini, socialnem okolju (predvsem v šoli in med vrstniki) in v družbi (občila). Oblike nasilja so različne: od tistih, najbolj neposrednih in očitno grobih, do posrednih, potuhnjenih, prikritih, a dolgotrajnih, katerih razdiralni učinek je še hujši in se običajno pokaže šele postopoma, ne kot rana ali modrica na otroškem telesu, ampak kot globoka bolečina, prizadetost ali prikrajšanost v otrokovi osebnosti in njegovem duševnem razvoju, ki nosi svoje sledi še v življenje odraslega. Pri marsikomu se pokažejo posredno, v njegovem doživljanju, vedenju in ravnanju do tistih, ki so nebogljeni in kakor koli odvisni od njega, do otrok, tako lastnih kot tudi drugih.

Nasilje nad otroki nima le enega samega obraza. Pravzaprav je na nek poseben in vedno tudi dolgoročen način nasilno vse, kar moti ali omejuje otrokov osebnostni razvoj, mu ogroža oblikovanje pozitivne samopodobe, posega razdiralno v gradnjo njegove identitete ter izkorišča njegovo nemoč in odvisnost. Ne samo udarci in poseganje v telesno integriteto ter **spolno**

zlorabljanje otrok, tudi drugačno je lahko trpinčenje – od manipuliranja z otrokom **(npr. v partnerskih bitkah za premoč)** do brezbrižnosti, poniževanja, zastavljanja prezgodnjih ali pretiranih pričakovanj. Različne so oblike vedenja odraslih, pri katerih je glede na okoliščine vedno otrok tisti, ki ne more odgovarjati zase, se ne zna zaščititi in si ne more pomagati. Pri tem pa je seveda podpreti vlogo staršev pri postavljanju jasnih meja in nadzora nad otroki in mladostniki, ki praviloma vedno poskušajo raztezati dovoljene meje.

Pri pretepenem otroku najdemo na koži odrgnine in podplutbe, poškodbe glave, zlome kosti, opekline. Lahko gre za komaj opazne lahke poškodbe, lahko pride do krvavitev v notranjih organih prsnega koša in trebuha, od smrtno nevarnih pa so še najbolj pogoste možganske krvavitve. Zelo redke so naklepne zastrupitve, prav tako utapljanja ali zadušitve. Med trpinčenimi otroci ugotavljajo približno v 70 % telesno zlorabo, v 25 % spolno in v 5 % zastoj v rasti zaradi podhranjenosti. V ZDA na oddelkih za nujno pomoč med pregledanimi pri 10 % poškodovanih otrocih pod 5. letom starosti ugotavljajo posledice trpinčenja, 3 % med njimi so življenjsko ogroženi. Najbolj ogroženi so dojenčki, v več kot 30 %, ena tretjina med zlorabljenimi so stari 1 do 6 let, ostala tretjina zlorabljenih pa je starejša. Nedonošenčki so trikrat bolj ogroženi.

Zelo težko je oceniti, kdaj starši namerno zanemarjajo otroka, da je **podhranjen**, da ni ustrezno negovan, da ga ob bolezni ne pripeljejo k zdravniku ali odklanjajo zdravljenje. Redko je opazovana nizka rast trpinčenega otroka, ki je delno posledica podhranjenosti, izključiti pa moramo tudi zlome na spodnjih udih. Pri podhranjenem otroku, če posumimo na zanemarjanje, bo potreben sprejem v bolnišnico.

Opisali so tudi nasproten pojav, ki ima za zdravje otroka podobne učinke kot zanemarjanje. Oseba, ki skrbi za otroka (v 90 % opisanih primerov je to mati), si izmišlja različne znake bolezni, da bi dokazala, da je otrok bolan. Pojav so v strokovnem slovstvu poimenovali **Münhausnov sindrom**, po nemškem romanopiscu fantastičnih pripovedk. Oceniti moramo, ali gre za preveč skrbno mater, za hudo nevrotično ali celo za duševno bolnico. Zdravnik bo za postavitev diagnoze izvedel več nepotrebnih preiskav, otroka bo sprejel v bolnišnico, če bo npr. mati dajala napačne podatke, da ima otrok visoko vročino ali krvavi ipd.

Pri obravnavi nasilja nad otroki se moramo zavedati **ranljivosti in nezaščitenosti v obdobju do polnoletnosti**, ko je družba dolžna posredovati

tudi mimo starševskih in skrbniških pravic v dobro otroka. Ob sumu ali opaženem nasilju je zdravnikova etična in zakonska odgovornost še toliko bolj na preizkušnji.

2.3.4.3.2 Nasilje med partnerji

Nasilje med partnerji sega od besednega do telesnega in spolnega nasilja. Mejo, kdaj gre za nasilje, je težko postaviti, vendar vsako dejanje, ki posega v integriteto drugega brez njegove privolitve ali presega zakonske in obče kulturne norme, štejemo za nasilje. Pogostejše, ne pa edine, žrtve so zaradi telesno šibkejše zasnove in kulture okolja ženske. Pri nasilju nad partnerji so praktično vedno žrtve zlorabe tudi otroci, saj so na različne načine posredno in neposredno vključeni v družinsko nasilje.

Pri obravnavi nasilja med partnerji moramo prav tako vedno skrbno popisati časovni potek in znake poškodb ter izpolniti svojo prijavno dolžnost. Žrtvi in nasilniku poleg tega svetujemo dodatno pomoč pri ustreznih vladnih in nevladnih organizacijah, ki nudijo pomoč.

2.3.4.3.3 Nasilje nad starostniki

Starostniki so lahko v napredovalih oblikah telesnih in duševnih kroničnih bolezni lahko zelo zahtevni in potrebujejo izdatno pomoč družine in svojcev v vseh oblikah. Za večino družin to predstavlja krizo in dodatne napore, ki jih težko zmorejo. Nerazrešeni problemi iz prejšnjih stopenj družinskega kroga in novi problemi so povod **zlorab nad starostniki**. Oblike zlorab segajo vse od zanemarjanja do telesnega nasilja.

Pri obravnavi starostnikov moramo zato vedno biti pozorni pri nenavadnih spremembah v zdravstvenem stanju in pri vseh poškodbah, še posebej pri takih, ki jih je težko pripisati običajnim, sicer pogostim, padcem starostnikov.

2.4 Vpliv bolezni na družino

Bolezen v družini povzroči **stiske**, spremeni **razdelitev vlog** in zahteva **več virov** (časa, denarja, prostora, opreme). Bolezen lahko družino utrdi ali pa razbije. Na njeno odzivanje močno vplivata njeno kulturno in versko ozadje. V pretirano zaščitniških družinah, kjer so meje med posameznimi člani zaradi močne povezanosti nejasne, lahko preuranjena vest o resni bolezni

povzroči pretirano zanikanje, vendar jih z njo moramo soočiti, da se bo njihovo čustvovanje lahko normalno razvijalo. V razrahljanih družinah brez močnejše čustvene povezanosti lahko bolezen odrine družinske člane še bolj vsaksebi.

Družina je še vedno okolje, v katerem so odnosi med ljudmi vzpostavljeni najpogosteje. Motnje v družinskem delovanju navadno povzroča skrivnost in z njo povezana "zarota molka" zaradi zakonske nezvestobe, očetove odsotnosti, neuspeha v šoli, odvisnosti (alkoholizma), nasilja, zlorabe in prisotnosti "neprijetne" bolezni. Zlasti skrivanje resnice o zdravstvenem stanju določenega člana, ko se družinski člani igrajo slepe miši, pogosto paralizira družino in ji onemogoča izrabiti vse notranje sile za obvladovanje novega stanja.

2.4.1 Vpliv na duševno stanje

Na **duševno stanje** vseh družinskih članov najbolj vplivajo bolezen in drugi vzroki za moteno družinsko delovanje. Vsaka sprememba povzroči krizo, ki jo mora prebroditi posameznik in družina kot celota. Duševne motnje se pojavljajo kot **prilagoditvene motnje na stres** in kot posledica dolgotrajnih psihofizičnih obremenitev zaradi dolgotrajne bolezni. Na zunaj se kažejo kot anksioznost, depresija, motnje čustvovanja, somatoformne motnje, psihosomatične bolezni, panični napadi, samomor in številne oblike vedenjskih motenj.

V družini s kroničnim bolnikom moramo zato vedno iskati možnega **prikritega bolnika**, ki je navadno glavni oskrbovalec nam poznanega bolnika.

2.4.2 Sprememba v delovanju družine

2.4.2.1 Izločitev bolnega

Bolezen spremeni utečeno delovanje družine: zmanjšajo se sredstva za preživljanje, povečajo se stroški, spremeni se urnik in prerazporedijo se vloge. Zlasti pomembna je sprememba vloge za **glavnega hranilca** ali po hierarhiji najvišjega v družini. Ta se praviloma noče sprijazniti s podrejeno vlogo bolnega, zato pogosto prikriva resnost svojih težav. Bolnik je izločen iz igre in njegovo mesto prevzamejo drugi.

2.4.2.2 Zahteve bolnega

Bolnik praviloma postane zahtevnejši do svoje okolice, kot je bil kot zdrav član. Čeprav sam niti ne zahteva večje pozornosti, že sama prisotnost bolnega pritegne večjo pozornost drugih, ki morajo svoje delovanje prilagoditi njemu. Če zboli otrok, mora eden od staršev ostati doma; medtem ne opravlja svojega rednega dela in se mora odpovedati nekaterim drugim običajnim dejavnostim. Pogovori med člani niso sproščeni zaradi zaskrbljenosti v zvezi z bolnikom in zato, da ga ne bi pretirano vznemirjali.

2.4.2.3 Umirajoči član družine

V družini z **umirajočim članom** so potrebe bolnega še veliko bolj dramatične za družinske člane. Oteženo je medsebojno sporazumevanje, ki ga pretirano zanikanje in nezmožnost sprijaznjenja s kruto resnico še bolj otežita.

2.4.3 Skrb za bolnega

V našem okolju skrb za bolnega navadno prevzame družina. O zmožnosti oskrbe bolnika v krogu družine poleg njegovega zdravstvenega stanja, zdravljivosti in ozdravljivosti bolezni pomembno vpliva tudi zmožnost družine za prevzem skrbi zanj. Dolgotrajna skrb za bolnega povzroča poleg sprememb v delovanju družine tudi različne duševne motnje pri vseh družinskih članih.

2.4.3.1 Glavni oskrbovalec

Vsak bolnik zaradi svojega stanja navadno potrebuje **oskrbovalca**. To je oseba, ki prevzame njegovo stalno oskrbo na domu. Oskrbovalec je lahko družinski član, sorodnik, sosed ali nekdo tretji. Njegova vloga je, da v celoti ali pretežno prevzame nekatera opravila, ki bi jih sicer opravljal bolnik (oskrbovanec) sam: pomoč pri vseh ali nekaterih osnovnih življenjskih dejavnostih, povezovanje z drugimi izvajalci oskrbe in nadzor nad bolnikovim izvajanjem predpisanega zdravljenja, kadar je zaradi bolezni tako prizadet, da tega ne more opravljati sam. **Glavni oskrbovalec** je najbolj obremenjen družinski član, zato se pri njem pogosto pojavlja izgorelost. Čeprav v stikih z zdravstveno službo navadno daje vtis gotove, trdne osebe, je prav glavni oskrbovalec pogosto skriti bolnik.

2.4.3.2 Pomočniki

Glavnemu oskrbovalcu morajo pomagati še drugi družinski člani, sorodniki ali prostovoljci. Oskrbovancu in oskrbovalcu nudijo nujno oporo pri posameznih prvinah **oskrbe na domu**. Zlasti pomembna je **družabna podpora** v obliki pogovorov in obujanja spominov, ki prispevajo k bolnikovi miselni čilosti. Oskrbovanec, ki ima okoli sebe krog pozornih ljudi, se bo čutil sprejetega in potrebnega, čeprav je morda popolnoma betežen in nemočen.

Kadar najožje okolje ne zadošča ali če je zdravstvena težava prezapletena, je treba vključiti zunanjo pomoč **socialne službe**, **prostovoljnih organizacij** in **prostovoljcev**.

2.4.3.3 Zdravstvena oskrba

Oskrbovalci bolnega člana družine prevzamejo tudi del **zdravstvene oskrbe**: nadzorovanje jemanja zdravil, spremljanje zdravstvenega stanja in znaten del zdravstvene nege. Večji del opravil bremeni glavnega oskrbovalca. Včasih zaradi posebnih izkušenj ali usposobljenosti del odgovornosti prevzame kak drug oskrbovalec. S tem razbremeni zdravstveno službo in zdravstveno oskrbo približa bolniku. Zdravnik družinske medicine obdobno obiskuje bolnega na domu bodisi na lastno pobudo bodisi na klic oskrbovalcev. Za izvajanje nekaterih zahtevnejših oblik zdravstvene nege po potrebi vključi tudi patronažno medicinsko sestro, ki sicer opravlja svoje redno poslanstvo v obliki dveh patronažnih obiskov pri posameznem kroničnem bolniku.

2.5 Zdravnik v družini

Značilnosti odnosa zdravnika do družine so naslednje:
- sprejemanje družine take, kot je;
- stalna posredna prisotnost v družini, kar pomeni, da se družina lahko zateče k njemu po pomoč, ko ga najbolj potrebuje;
- povezanost se kaže s poglobljenimi odnosi med zdravnikom in družinskimi člani;
- vzajemnost odnosov se kaže tako, da se v medsebojnih stikih bogatita in razvijata oba: družina in zdravnik.

Zdravnik družinske medicine mora kot zunanji pomočnik družine oceniti **zmožnosti družine** pri reševanju njenih težav in ji pomagati:
- da se na ustrezen način seznani s posameznikovo težavo;
- da bo težavo umestil v okolje svoje družine, da se bo naučil živeti z njo;

- da se bo naučil reševati jo v okviru svojih zmožnosti.

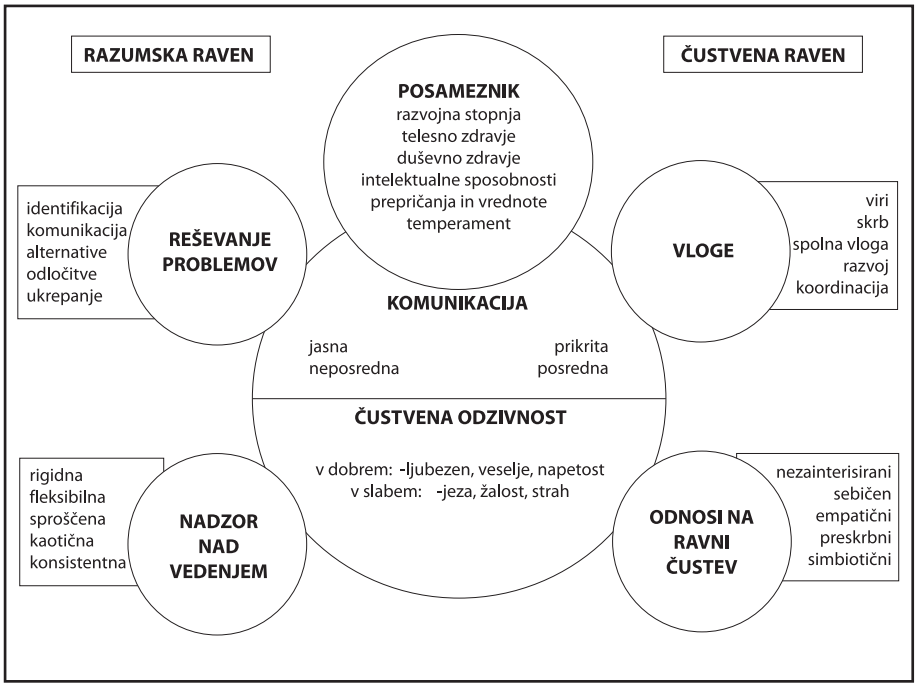
Zdravnik v tej vlogi nastopa kot »zdravilo«:
- Njegova vloga katalizatorja učinkuje zdravilno.
- S poslušanjem vseh družinskih članov jim omogoči, da 'prezračijo' svoje stiske in se pri tem sprostijo.
- Z veščim sporazumevanjem lahko uspešno zmanjša zaskrbljenost in tako pomaga družini, da laže vključi svoje sile pri spopadanju z lastnimi težavami.
- Pri tem se mora zavedati, da vsak ukrep vpliva na posameznega družinskega člana in hkrati na družino.

2.6 Ocena delovanja družine

Ocena delovanja družine združuje sistematično zbiranje, urejanje in uporabo podatkov o družini. Zdravniku pomaga razumevati zdravstvene težave v določeni družini in njen način, kako jih sama rešuje pri svojih članih oziroma načrtuje njihovo oskrbo, kadar potrebujejo pomoč drugega družinskega člana. Pri tem si pomaga s prostim opazovanjem, s strukturiranim zapisom družinskega drevesa, z risanjem družinskega kroga, z izpolnjevanjem družinskega APGAR-ja in z drugimi pomagali.

Vsaka družina mora izvrševati določene temeljne naloge:
- preskrbeti hrano,
- dajati zavetje,
- skrbeti za svoje člane.

Da bi omogočila ustrezno telesno in duševno skrb za posameznega družinskega člana, mora delovati na naslednjih področjih (slika 2.1):
- sposobna mora biti reševati nastale probleme, zato
    - o morajo družinski člani med seboj ustrezno komunicirati;
    - o izvrševati svoje vloge;
    - o biti čustveno ustrezno povezani in na ta način skrbeti drug za drugega ter
    - o nadzorovati vedenje ostalih družinskih članov.



Slika 2.1. McMasterjev model družinskega delovanja

2.6.1 Opazovanje družine

Zdravnik družinske medicine mora izrabiti vsak stik s posamezniki in še posebej s celotno družino za ugotavljanje lastnosti in posebnosti, ki bi mu utegnile pomagati pri obravnavi družinskih članov. **Opazovanje družine** in pogovori s posameznimi člani mu pomagajo ustvariti sliko in neredko odgovoriti na tri bistvena vprašanja:

1. Kaj (kdo) v družini dobro vpliva na zdravstveno stanje posameznika in celotne družine?
2. Kaj (kdo) v družini slabo vpliva na zdravstveno stanje posameznika in vse družine?
3. Kakšno vlogo imajo posamezni člani, kakšna je njihova medsebojna povezanost (neprenašanje) in kdo je glavni oskrbovalec bolnega (ali potencialno bolnega) člana?

Zdravnikova ocena je seveda obarvana subjektivno in jo je težko ponoviti. Pomembna pomanjkljivost različnih meril za ocenjevanje družine je, da pretežno slonijo na mnenju enega izmed družinskih članov. Prosto opazovanje pa ima prednost, da lahko zdravnik opazuje družinske člane tudi

med »igranjem« njihovih vsakdanjih vlog v družini. Tako je mogoče veliko laže oceniti delovanje družine in medosebne odnose.

Tabela 2.1 služi kot opomnik, na katera vprašanja želi zdravnik dobiti odgovore, če hoče obravnavati problem, za katerega meni, da je vzrok v družini.

1. Koliko je družinskih članov?
2. Kdo živi v družini?
3. V kateri fazi družinskega ciklusa je družina?
4. Kakšne probleme jim povzroča ta faza?
5. Kakšne stresne obremenitve je družina preživela v preteklosti (smrti, hudebolezni, ločitve, socialne stiske, finančne težave ipd.)?
6. Ali je družina te stresne okoliščine zadovoljivo rešila?
7. Ali obstajajo v družinski anamnezi alkoholizem, pretirano jemanje zdravil, nezakoniti posli?
8. Kdo ima v družini glavno besedo in kako sprejemajo važne odločitve?
9. Kaj vsak od staršev pričakuje od posameznega otroka (vsakodnevne dolžnosti in prihodnja pričakovanja)?
10. Kaj vsak otrok pričakuje od posameznega starša?
11. Ali so ta pričakovanja realna?
12. Kaj mora vsak od družinskih članov storiti, da bi si pridobil pozornost?
13. Kolikšna je strpnost do različnih interesov v družini?
14. Kakšni so cilji, interesi in vrednosti v družini?
15. Ali vsi družinski člani sodelujejo pri doseganju teh ciljev?
16. Kakšna je izobrazba staršev in kakšno je finančno stanje družine?
17. Ali so sorodniki družini v pomoč? Ali jim povzročajo težave?
18. Ali imajo družinski člani veliko prijateljev?
19. Kako pogosto družinski člani uporabljajo zdravstveno službo?
20. Ali je način njene uporabe smotrn ali ne?

Tabela 2.1. Priporočena vprašanja za preverjanje delovanja družine.

2.6.2 Bolnik v ambulanti

V našem okolju je **posvet v ambulanti** prevladujoča oblika **stikov** med bolnikom in zdravnikom družinske medicine. Čeprav dela v časovni stiski in nima vpogleda v bolnikovo domače okolje, zdravnik tudi v takih okoliščinah lahko najde kazalce motenega **družinskega delovanja**, vendarle si bo lahko v **družinsko drevo** vrisal bistvene podatke in ugotovil povezanost med posameznimi družinskimi člani. Oceni pogostnost obiskov in slabo opredeljene težave, ki so največkrat zelo številne.

2.6.3 Hišni obisk

Hišni obisk je poleg srečanj ob bolnišnični postelji ena redkih priložnosti, ko ima zdravnik družinske medicine možnost, da se sreča z vsemi ali vsaj večino družinskih članov hkrati. Dodatno prednost hišnega obiska je »naravnost« družinskega okolja.

Bolnik ali družina pokličeta zdravnika takrat, ko se je ravnovesje v njihovem družinskem sistemu v zvezi z zdravstvenim stanjem porušilo do tolikšne mere, da čutijo potrebo po zunanjem posredovanju. Družina je nastalo neravnovesje zaznala in ga morala priznati tudi navzven. Zdravnik družinske medicine je v našem kulturnem okolju za družino sprejemljiv zunanji posrednik, zato želja po hišnem obisku pomeni tudi obliko **klica na pomoč**. Hišni obisk nudi zdravniku družinske medicine izjemno možnost za opazovanje delovanja družine. Spozna jo v stanju, ki ga pogosto imenujemo »**družinska igra**«. To je obdobje, ko družinski člani opravljajo utečene družinske vloge, ne da bi zaradi vdora tujca (zdravnika) pravzaprav morali igrati igro za zunanji svet. Z neposrednim opazovanjem družine v tem »manj previdnem« obdobju se zdravniku ponuja izjemna priložnost za zaznavanje motenj v družinskem delovanju. Vsak bolnik živi v svojem svetu vrednot, želja in pričakovanj, obdan z neposrednim družinskim in širšim delovnim in družbenim okoljem. Zaradi tega lahko zdravnik na hišnem obisku še bolj kot v ambulanti poleg zdravstvenega stanja spoznava širši družbeni okvir bolezni.

Zdravnik vstopa v družino kot **začasni družinski član**. Njegova vstopnica v družino je bolezen enega od družinskih članov. Zaradi začasnosti svoje pripadnosti določeni družini lahko ohrani potrebno razdaljo, iz katere ocenjuje družinski ustroj, delovanje in stopnjo v družinskem ciklusu. Kljub temu ne more ostati popolnoma neprizadet, prav tako se pod vplivom njegove prisotnosti spreminja tudi družina. Na hišnem obisku se še bolj

kot v drugih oblikah stikov zdravnika z bolniki uresničuje podmena, da že zdravnik sam deluje kot zdravilo.

Različne oblike hišnih obiskov opravljamo v stanju različne zdravstvene prizadetosti bolnika in družine ali obeh. To ima za posledico tudi različne možnosti za opazovanje družine:

- Med **nujnim hišnim obiskom** ostaja le malo časa za opazovanje preostalih članov družine in oceno celotnega družinskega stanja. Zanima nas predvsem trenutna zmožnost vključevanja članov družine v reševanje nastale težave.
- **Hišni obisk** pri novonastali bolezni zahteva od zdravnika skrbno obravnavo. Poleg reševanja strokovnih vprašanj je pomembno ugotoviti zmožnost neposrednega bolnikovega okolja za oskrbo na domu. Med kontrolnim pregledom zdravnik preverja, ali se dejanske razmere v družini ujemajo z njegovimi pričakovanji.
- Med **zdravljenjem na domu** zdravnik:
    - spremlja družino v času oskrbe,
    - preverja psihofizično stanje oskrbovalcev, zlasti glavnega med njimi,
    - ugotavlja spremembe v zdravstvenem stanju in zmožnosti okolja za oskrbo pri spremenjenem zdravstvenem stanju,
    - spodbuja oskrbovanca in oskrbovalce in
    - posreduje, kadar pride do iztirjenja ravnovesja.

2.6.3.1 Spoznavanje družinskih zakonitosti na hišnem obisku

Zdravnik naj bi na hišnem obisku proučil:

- **ustroj družine** (*število in imena, kje živijo, vlogo posameznih družinskih članov, njihove bolezni, pomembne dogodke v družini, izobrazbo, zaposlitev, finančno stanje*);
- **delovanje družine** (*ali delajo in živijo z enakimi cilji, kdo živi v skupnem gospodinjstvu; povezanost in odbojnost med družinskimi člani, vpliv sorodnikov, povezanost z okolico, krog prijateljev in znancev*);
- na kateri stopnji družinskega kroga se družina nahaja (*kakšne težave imajo zaradi tega*);
- **vpliv družine na zdravstveno stanje** posameznih družinskih članov;
- **vpliv bolezni na družino** (*samopomoč, slog uporabe zdravstvene službe*),
- vlogo in naloge posameznih članov (*predvsem to, kdo je glavni oskrbovalec v primeru bolezni, kdo sprejema odločitve*).

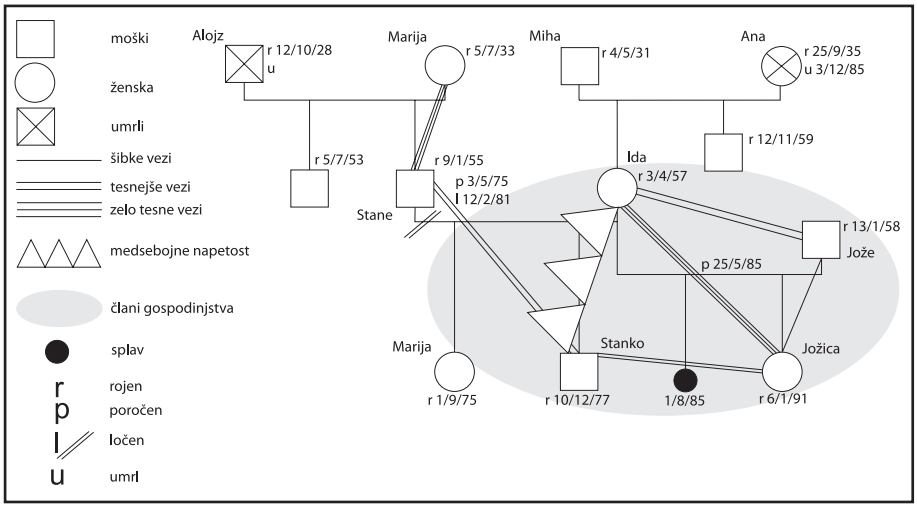
2.6.4 Družinsko drevo

Poročilo o družini, ki ga študenti pripravite, sestavljajo družinsko drevo, družinski profil in družinska problemska lista.

Iz **družinskega drevesa** mora biti razvidno **število družinskih članov**, njihova **starost** in **spol**, **poroke** in **ločitve**, njihove najpomembnejše **zdravstvene težave** oz. **dejavniki tveganja**, **smrti**, kdo živi **v skupnem gospodinjstvu** in najpomembnejši **odnosi** (navezanost, sovraštvo itd.). Kjer je le mogoče, morajo biti navedeni **datumi** dogodkov.

Družinsko drevo (angleško genogram) je ob uporabi standardiziranih znakov zanesljiv slikovni prikaz družinskega ustroja in delovanja (slika 2.2). Zdravniku omogoča, da shrani podatke, zbrane z opazovanjem, v enotno obliko, ki jo lahko s pridom uporabi tudi čez čas. Podatki so razumljivi tudi drugim zdravnikom ali sodelavcem, ko obravnavajo družino.

Družinsko drevo ponazarja družinske člane, njihove sorodnike, povezave med njimi, odnose in pomembne dogodke (npr. smrt, ločitev, odhod otrok od doma) ter bolezni, ki nas zanimajo zaradi dednosti (npr. podedovana hiperholesterolemija), njihovega prenašanja med člani družine (npr. klicenosec) ali vpliva družinskih navad (npr. debelost).



Slika 2.2. Primer družinskega drevesa, kjer je mati ločena in drugič poročena. V družini živi tudi otrok iz prvega zakona. V drugem zakonu se je po enem splavu rodila deklica. Ob prikazanih odnosih si lahko predstavljamo možne zdravstvene težave, ki se pri tem porajajo pri posameznih družinskih članih.

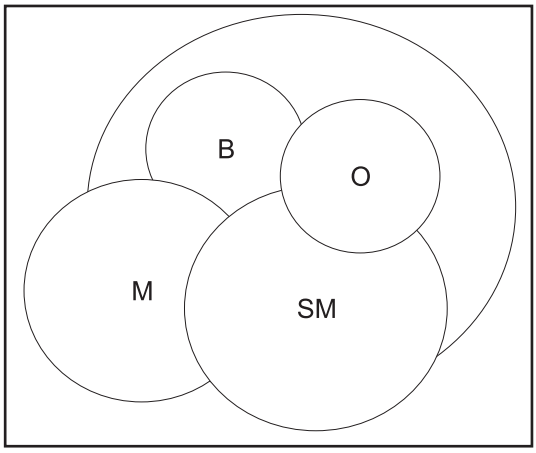
Družinsko drevo lahko zdravniku pomaga sestavljati eden izmed njenih članov. Dopolnjuje ga s podatki preostalih članov, z lastnim opazovanjem in s podatki patronažne medicinske sestre ali socialnega delavca.

2.6.5 Družinski krog

Družinski krog je slikovni način ugotavljanja družinskih odnosov, ki ga zdravnik opravi pri posameznem članu. Iz rezultatov sklepa na njegov odnos do drugih družinskih članov.

Zdravnik nariše večji krog in da bolniku navodila: Kot zdravnik družinske medicine me zanimate Vi, Vaša družina in vse, kar vam je pomembno. Ta krog naj vam predstavlja Vašo današnjo družino. Z manjšimi krogi narišite sebe in vse ljudi v družini ter vse druge, ki so Vam pomembni. Ljudje so lahko v krogu ali zunaj njega, se medsebojno stikajo ali pa so daleč narazen. Lahko so veliki ali majhni – odvisno od njihovega pomena ali vpliva. Če so še kateri drugi ljudje v Vašem življenju pomembni za Vas, jih vključite v risbo. Vsak krog označite z začetnicami imena. Ni niti pravih niti napačnih krogov.

Bolnik nariše v krog, ki predstavlja družino, manjše kroge, ki predstavljajo njega, druge družinske in nedružinske člane, ki se vpletajo v delovanje družine. Vrisani manjši krogi so lahko v večjem krogu, zunaj njega, se ga dotikajo ali pa ne (slika 2.3).



Slika 2.3. Družinski krog: v večji krog, ki ga nariše zdravnik, mora bolnik vrisati družinske člane z manjšimi krogi, ki so lahko v njem ali tudi zunaj njega. O = oče, M - mati, B - bolnik, S - sam bolnik, ki je narisal kroge, SM - stara mati).

Bolnik nato sliko razloži. Na podlagi razlage zdravnik oceni odnose v družini. Metodo je težko standardizirati, zato jo drug zdravnik brez razlage težko uporabi.

2.6.6 Družinski APGAR

Družinski APGAR je standardiziran vprašalnik o **družinskem delovanju** (APGAR I) in **podporni vlogi družine** (APGAR II). Izraz družinski APGAR nastane iz začetnic angleških besed (**a**daptacija/prilagoditev, **p**artnership/partnerstvo, **g**rowth/razvoj družine, **a**fekcija/čustvena sprejetost, **r**esolution/rešitev). Pet družinskih dejavnosti ocenimo z 0, 1, 2. **Normalno delovanje** družine prinaša točke od 8 do 10, **moteno delovanje** od 4 do 7, **močno moteno družinsko delovanje** pa od 0 do 3 točke. Družinski APGAR I (tabela 2.2) pomaga ugotoviti bolnikovo zadovoljstvo z družinsko vlogo, odgovori v družinskem APGARJU II (tabela 2.3), ki ga lahko imenujemo tudi prijateljski APGAR, pa poudarjajo bolnikov odnos s posameznimi družinskimi člani ali z drugimi osebami, ki so mu v oporo. Zdravnik lahko spozna osebe, ki jih lahko vključi v podporo, kadar je potrebno.

DRUŽINSKI APGAR **VPRAŠALNIK** **I. del**
Vprašalnik je bil sestavljen tako, da nam pomaga bolje razumeti Vas in vašo družino. Če želite, Vam lahko razložimo vsako posamezno vprašanje. V pripombah lahko navedete dodatne podatke ali pripombe na vprašanja. Prosimo, poskusite odgovoriti na vsa vprašanja. Družina so osebe, s katerimi navadno živite. Če živite sami, potem so člani Vaše družine tisti, s katerimi vas vežejo močnejše čustvene vezi.

Pri vsakem vprašanju obkrožite samo en odgovor!	SKORAJ VEDNO	VČASIH	SKORAJ NIKOLI
Zadovoljen/na sem, da se lahko obrnem na družino po pomoč, kadar me kaj obremenjuje. Pripombe:_____	2	1	0
Zadovoljen/na sem z načinom, kako moja družina govori o zadevah z mano in kako deli težave z mano. Pripombe:_____	2	1	0
Zadovoljen/na sem, da moja družina sprejme in podpira moje želje, da se oprimem novih dejavnosti in usmeritev. Pripombe:_____	2	1	0
Zadovoljen/na sem, kako moja družina izraža naklonjenost in kako odgovarja na moja čustva, kot so žalost, jeza in ljubezen. Pripombe_____	2	1	0
Zadovoljen/na sem z načinom, kako moja družina in sam/a preživimo čas skupaj. Pripombe:_____	2	1	0

Tabela 2.2. Prvi del standardiziranega vprašalnika družinski APGAR služi za oceno delovanja bolnikove družine, kot ga vidi anketirani bolnik. Ocenjujemo s točkami: skoraj vedno - 2, včasih - 1 in nikoli - 0. Seštevek točk 8 do 10 govori za normalno, 4 do 7 moteno in 0 do 3 močno moteno delovanje družine.

DRUŽINSKI APGAR
VPRAŠALNIK
II. del

Kdo živi pri Vas doma (dom je tisti kraj, kjer živite Vi z vašim soprogom/ z Vašo soprogo, z otroki, s partnerjem, s starši, s prijateljem)? Vpišite imena teh oseb in sorodstveno razmerje z Vami (partner /neporočen/, soprog/a, otrok, starši, stari starši).

V stolpcih **razumevanje** označite samo en predalček od treh možnih, ki najbolj ustreza odnosu, kako se razumete z vsakim članom družine, ki ste ga vpisali.

				RAZUMEVANJE		
Ime	Sorodstvo	Starost	Spol	Dobro	Še kar	Slabo

Če ne živite s svojo družino, vpišite osebe, na katere se najpogosteje obrnete po pomoč. Vpišite njihova imena in razmerje z Vami (družinski član, prijatelj, sodelavec, sosed). V stolpcih **razumevanje** označite samo en predalček od treh možnih, ki najbolj ustreza odnosu, kako se razumete z osebo, ki ste jo vpisali.

				RAZUMEVANJE		
Ime	Sorodstvo	Starost	Spol	Dobro	Še kar	Slabo

Tabela 2.3. Drugi del standardiziranega vprašalnika družinski APGAR, ki pove, katere osebe v bolnikovi družini ali v njegovi okolici nam lahko pomagajo, kadar je pomoč potrebna.

Razvili so še številne druge vprašalnike, ki pa jih je pri vsakdanjem delu zaradi dolžine pogosto težko uporabljati. Zato se razen pri raziskovalnem delu niso uveljavili. Prosto opazovanje tako še nadalje ostaja najpomembnejša metoda za zbiranje podatkov o družini.

Študenti se boste z zgradbo in delovanjem družine seznanili na hišnem obisku, na vajah s patronažno medicinsko sestro in pri terenskih vajah. Izdelali boste poročilo o družini.

2.7 Ocena možnosti oskrbe bolnika na domu

Kadar je v družini bolnik, za katerega bodo morali delno ali v celoti skrbeti drugi, mora zdravnik oceniti možnosti neposrednega okolja za oskrbo bolnika na domu.

2.7.1 Ocena zmožnosti neposrednega okolja za oskrbo bolnika na domu

Najpomembnejša je ocena **zmožnosti neposrednega okolja za oskrbo na domu**:

- Ugotoviti moramo, če bo imela oseba svojega **glavnega oskrbovalca**. S to osebo moramo vzpostaviti dobre odnose, saj bomo pogosto odvisni od zanesljivosti njegovih informacij, on pa bo naša podaljšana roka pri zdravstveni oskrbi in zdravstveni negi bolnega.
- **Glavnemu oskrbovalcu** morajo pomagati še drugi člani družine, sorodstva ali prostovoljci. Oskrbovancu in oskrbovalcu so v nujno oporo pri posameznih prvinah oskrbe na domu. Zlasti je pomembna družabna podpora v obliki pogovorov in obujanja spominov, ki prispevajo k bolnikovi miselni čilosti. Oskrbovanec, ki ima okoli sebe krog pozornih ljudi, se bo čutil sprejetega in potrebnega kljub temu, da je morda popolnoma betežen in nemočen.
- Kadar je najožje okolje nezadostno ali kadar je zdravstvena težava preveč zapletena, je treba oceniti tudi možnosti **zunanje pomoči**, ki jo vodijo socialna služba, prostovoljne organizacije in prostovoljci.

Pri ugotavljanju zmožnosti bolnikovega okolja si lahko pomagamo s preprosto tabelo (tabela 2.4). Potreben je dober pregled nad celostno oskrbo. Zelo pomembna, vendar žal pogosto zanemarjena, je družabnostna podpora, ki jo potrebuje bolnik. Kljub številnim možnostim različnih prostovoljcev je še vedno najpomembnejši

prispevek oskrbovančeve družine. Če slednja odpove na tem področju, njene vloge ne more nadomestiti nihče drug, bolni član družine, zlasti bolnik, bo kljub najboljši možni zdravstveni oskrbi in tehnično dovršeni oskrbi, ki jo nudijo oskrbovalec in njegovi pomočniki, slej ko prej pristal v domu starejših občanov. Zato je poleg oskrbovalčeve skrbi in psihološke podpore pomembno tudi delo z družino, da bo zmogla svojo naravno nalogo: sprejeti medse bolnika in mu tudi pokazati tako, da se bo počutil sprejetega.

	Prehrana	Osebna nega	Družabnost	Zdravljenje	Nadzor*
DA/NE					
oseba					

*Stalen nadzor je nujno potreben samo pri močno telesno ali duševno oslabelih.

Zdravnik ali patronažna medicinska sestra si z njo pomagata pri preverjanju, ali ima bolnik urejeno prehrano, osebno nego in oblačenje, izvajanje predpisanega zdravljenja, primerno družabnostno podporo in ustrezen (stalen) nadzor, kadar je telesno ali duševno tako oslabel, da tak nadzor potrebuje. Pri vsaki dejavnosti si zdravnik zapiše tudi ključnega oskrbovalca.

2.7.2 Ocena možnosti zdravstvene oskrbe na domu

Ko zdravnik oceni bolnikovo zdravstveno stanje in okoljske možnosti za sprejem bolnika doma, mora oceniti tudi možnosti nudenja zdravstvene oskrbe na domu. Zdravnik družinske medicine si mora pripraviti **seznam** vseh **služb in organizacij**, ki v njegovem okolju lahko sodelujejo pri oskrbi bolnikov na domu in pomoči bolnikom pri specifičnih zdravstvenih problemih. Izvedljivost **zdravljenja na domu** je lahko vprašljiva, kadar je njegov zdravnik družinske medicine dalj časa odsoten, a tudi v določenih organizacijskih pogojih, ki ne spodbujajo hišnih obiskov ali jih celo zavirajo. Oceniti moramo tudi možnost sodelovanja **patronažne medicinske sestre** pri zdravljenju na domu, ki povezuje zdravniško in socialno oskrbo. **Zdravstveno nego** pretežno opravljajo patronažne medicinske sestre, zato mora zdravnik pred njihovo vključitvijo natančno poznati njihove možnosti in poti sporočanja med posameznimi izvajalci.

Znaten del zdravstvene oskrbe (nadzorovanje jemanja zdravil, spremljanje zdravstvenega stanja) in znaten del zdravstvene nege lahko (in ponavadi tudi je tako) prevzame navadno glavni oskrbovalec. Včasih zaradi posebnih izkušenj ali usposobljenosti ta del odgovornosti prevzame kak drug oskrbovalec. S tem razbremeni zdravstveno službo in zdravstveno oskrbo približa bolniku.

Študenti se boste z možnostjo oskrbe na domu seznanili na hišnem obisku, na vajah s patronažno medicinsko sestro in pri terenskih vajah.

3 Vloga družinske medicine v sistemu zdravstvenega varstva

Namen poglavja je prikazati
- *organizacijo zdravstvene službe v Sloveniji,*
- *vlogo zdravnika družinske medicine kot vratarja v sistemu zdravstvenega varstva,*
- *tok bolnikov v sistemu zdravstvenega varstva,*
- *sodelovanje zdravnika v skupnosti,*
- *vzorčno ambulanto,*
- *sistem obvladovanja kakovosti v družinski medicini.*

Študent mora po študiju snovi tega poglavja
- *poznati organizacijo zdravstvene službe v Sloveniji;*
- *poznati vlogo zdravnika družinske medicine kot vratarja v sistemu zdravstvenega varstva;*
- *razumeti, kako bolniki iščejo zdravstveno pomoč in s kakšnimi tipi problemov se zdravstvena služba srečuje na različnih ravneh;*
- *znati poiskati ustrezne sodelavce izven zdravstvene službe v skupnosti;*
- *poznati organizacijo, opremo in sistem dela splošne ambulante;*
- *poznati sistem obvladovanja kakovosti v družinski medicini.*

3.1 Organizacija zdravstvene službe

3.1.1 Izbira osebnega zdravnika in vloga vratarja v sistemu zdravstvenega varstva

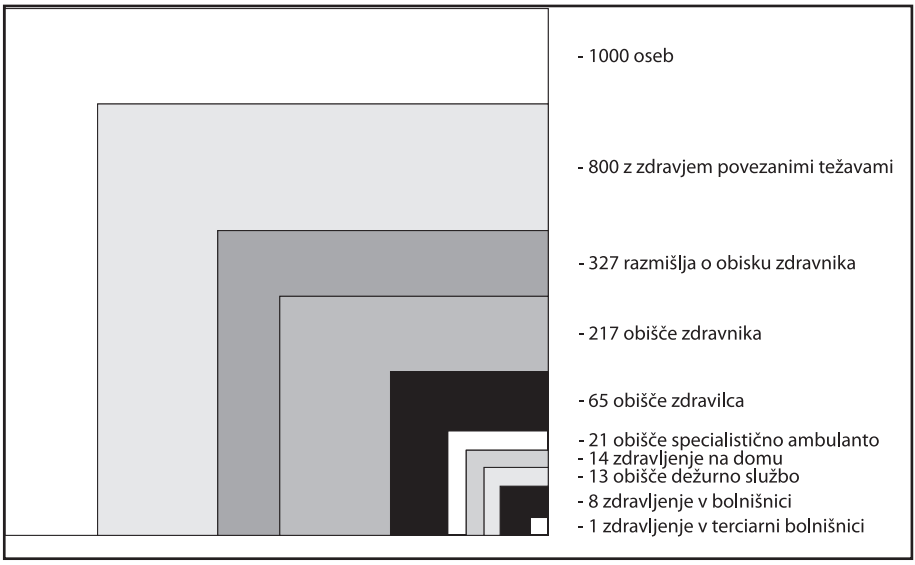
Večji del vloge družinske medicine v **sistemu zdravstvenega varstva** je opisan v poglavju 1.3 Vloga družinske medicine v sistemu zdravstvenega varstva in Pojavnost in pogostnost najpogostejših zdravstvenih težav skupaj s pojavnostjo in pogostnostjo zdravstvenih težav, ki jih obravnava. Zdravnik družinske medicine je **zdravnik prvega stika** za vse bolnike ne glede na naravo njihovih zdravstvenih težav. Preko **instituta izbranega osebnega zdravnika** ima v sistemu zdravstvenega varstva tudi vlogo **vratarja** in **koordinatorja**. Po veljavnih predpisih si mora vsak zavarovanec izbrati »izbranega osebnega zdravnika«, pri katerem lahko **uveljavlja svoje pravice iz zagotovljenega zdravstvenega zavarovanja**. Osebni izbrani zdravnik zdravi in je pooblaščen, da ugotavlja začasno nezmožnost za delo in druge razloge za zadržanost od dela do 30 dni, napotuje na zdravniško komisijo, h kliničnim specialistom in v bolnišnico, predpisuje v breme Zavoda za

zdravstveno zavarovanje zdravila na recept in vodi ter zbira zdravstveno dokumentacijo o zavarovani osebi.

Za razliko od tehnološko zahtevnejših področij ponuja družinska medicina oskrbo z manj tehnologije in več osebne povezanosti. Bolniki jo od zdravnika družinske medicine navadno pričakujejo in so tudi bolj zadovoljni, če so deležni take oskrbe. Na ta način sta dosežena dva cilja. Večja **povezanost med bolniki in zdravnikom** izboljša **zadovoljstvo bolnikov** z zdravstveno službo, kar posredno lahko prispeva k racionalnejši izrabi virov sistema zdravstvenega varstva. Po drugi strani pa zdravnik družinske medicine za sistem zdravstvenega varstva lahko predstavlja **enotno kontrolno mesto**, prek katerega je mogoče bistveno vplivati na porabo virov na osnovni kot tudi sekundarni ravni.

3.1.2 Tok bolnikov v sistemu zdravstvenega varstva

Za pridobivanja znanja in veščin vsakega bodočega zdravnika je nujen pouk tudi v splošni in urgentni ambulanti, saj se večji del bolnikovih zdravstvenih težav dokončno obravnava v osnovnem zdravstvu, do učne bolnišnice pa prispe le manjši delež težkih in zapletenih bolezni, ki ne morejo predstavljati obči model obravnave bolnikov. Slika 3.1 prikazuje, kaj se dogaja z zdravjem povezanimi težavami v splošni populaciji.



Slika 3-1. Pojavljanje zdravstvenih težav v splošni populaciji in iskanje zdravstvene pomoči.

Številne zdravstvene težave poskušajo bolniki rešiti **sami**, v krogu **družine** ali **socialne mreže**, v kateri živijo. Pri tem si nekateri pomagajo tudi s tradicionalno, s komplementarno in z alternativno medicino. Okoli 80 % bolnikov se vsako leto oglasi pri zdravniku v **osnovnem zdravstvenem varstvu** in v petih letih praktično vsi bolniki, ki so si ga izbrali za svojega zdravnika. To bolniku in zdravniku omogoča poglobljeno poznavanje, kar olajša **sporazumevanje**, spodbuja boljše sodelovanje pri zdravljenju in posredno manjše stroške. **Prvi stik** in obravnavno okoli 70 % zdravstvenih težav bolniki opravijo z zdravnikom družinske medicine. Praviloma stik z njim ni omejen niti časovno niti številčno, kar predstavlja precejšnje organizacijsko in delovno obremenitev.

Bolniki, ki jih zdravnik družinske medicine **napoti** h **kliničnemu specialistu** ali v **bolnišnico**, se spopadajo z drugačnimi problemi. Iz osnovnega zdravstva se bolnikova pot nadaljuje na **sekundarno raven**, tj. h kliničnim specialistom ali na zdravljenje v bolnišnici, kjer bolnikove zdravstvene težave bolj usmerjeno obravnavajo in izvajajo oskrbo, ki zahteva zahtevnejšo opremo, posebna znanja in veščine ali stalni nadzor nad bolnikom. Ker so te storitve dražje, je zmogljivost obravnave zanje omejena s sredstvi, ki jih država namenja za to dejavnost in je zato njihova dostopnost omejena. Osnovna omejitev so t.i. **čakalne vrste**, ki »prepuščajo« le toliko bolnikov, kolikor jih zdravstvena služba zmore obravnavati za dogovorjena sredstva. Načeloma bi bila edina bližnjica nujnost stanja.

Bolniki se iz sekundarne in **terciarne** obravnave vračajo nazaj k zdravniku družinske medicine v **dolgotrajno obravnavo** ali **zdravljenje na domu**.

Študenti se boste s tokom bolnikov seznanili z opazovanjem čakalnice, z obiskom vzorne ambulante, na vajah v splošni ambulanti in pri terenskih vajah. Opazujete ga lahko tudi med vajami na kliničnih oddelkih.

3.2 Zdravnik družinske medicine v skupnosti

Zdravnik družinske medicine se s **skupnostjo** srečuje na dva načina. Na eni strani je skupnost, predvsem neposredna, kjer dela, njegovo razširjeno delovišče, kjer mora kot medicinski strokovnjak sodelovati pri reševanju zdravstvenih vprašanj posameznikov in določenih skupin prebivalcev (npr. odvisniki, nezavarovani, ogrožene skupine prebivalcev). Na drugi strani pa mu skupnost nudi dodatne vire pomoči in opore pri reševanju zdravstvenih vprašanj, predvsem pa socialnih vprašanj, povezanih z bolnimi. Skupnost

si v tem pomenu predstavljamo kot **vladne in nevladne organizacije**, ki poklicno ali prostovoljno delujejo na področju socialnega in zdravstvenega varstva, pa tudi organizacije, ki s svojimi aktivnostmi posredno vplivajo na **zdravstveno stanje** in **kakovost življenja** ljudi.

Skupnost predstavlja kontekst dela zdravnikov in drugega zdravstvenega osebja. Celotna skrb za posameznike se postopoma prenaša s širše državne ravni tudi na ožjo skupnostno raven. Združenja za preprečevanje in zdravljenje različnih oblik zasvojenosti ter odvisnosti, skupine za samopomoč, **združenja bolnikov** z raznimi boleznimi, **centri za socialno delo**, **društva** za pomoč duševno motenim in tistim z motnjami v duševnem razvoju, verske dejavnosti itd., vse to je del skupnostne oskrbe posameznikov. Predvsem nevladne in neformalne organizacije ter dejavnosti so pomemben del ohranjanja in zagotavljanja skupnostnega zdravja.

S povezovanjem teh višjih organizacijskih ravni in nižjih, kot so družina, sorodniške ter prijateljske mreže, se izboljša kakovost skrbi za posameznike, kar ima posledično ugodne rezultate za delovanje celotne družbe. Načini obravnave posameznikov potrebnih pomoči se na skupnostni ravni lahko v večji meri prilagajajo uporabnikom, s čimer se možnosti za uspeh večajo.

Študenti se boste z nalogami, vlogo in delom zdravnika družinske medicine v skupnosti seznanili predvsem z vajami, ki jih boste imeli s patronažnimi medicinskimi sestrami, z obiskom družin in s terenskim delom v skupnosti. Pripravili boste poljudno predavanje, plakat, navodilo ali drug izdelek, namenjen bolnikom.

3.2.1 Ožja in širša delovna skupina zdravnika družinske medicine

Zdravnik družinske medicine je pri svojem delu vezan na sodelovanje v **ožji** in občasno v **širši delovni skupini**. Stalno delovno skupino sestavljata zdravnik in medicinska sestra. Občasno deluje zdravnik v širši delovni skupini, sestava je zelo različna in je odvisna od predstavljene zdravstvene težave.

3.2.1.1 Ožja delovna skupina zdravnika družinske medicine

V Sloveniji je v navadi, da zdravnik družinske medicine (in tudi večina drugih zdravnikov) dela **v skupini** z **medicinsko sestro**. To je najožja delovna skupina zdravnika družinske medicine. Vloge in naloge obeh so komplementarne, meje med njima pa navadno začrtane dogovorno glede na sposobnosti, voljnost in angažiranost zdravnika oz. medicinske sestre. Okvirno lahko naštejemo naloge enega in drugega. **Naloge medicinske**

sestre so:
- skrb za popolnjenost in brezhibno delovanje medicinske opreme,
- skrb za popolnjenost in neoporečnost sredstev za medicinsko delo,
- skrb za popolnjenost in neoporečnost sredstev za administrativno delo,
- skrb za hranjenje medicinske dokumentacije,
- skrb za brezhibno delovanje računalniške opreme in programov,
- skrb za popolnjenost in brezhibno delovanje sredstev za čiščenje in razkuževanje,
- nadzor nad higieno prostorov,
- nadzor nad sterilizacijskimi in hladilnimi napravami,
- nadzor nad varovanjem zaupnosti medicinske dokumentacije,
- sprejemanje bolnikov, njihove dokumentacije in plačilnih sredstev,
- vodenje poslovnega dela medicinske dokumentacije,
- zbiranje podatkov o bolnikih, zavarovanju, obiskih, posegih in plačilu,
- izdelava poročil o opravljenem delu in plačilih,
- čiščenje in prevezovanje primarnih in kroničnih ran samostojno in po navodilu zdravnika,
- izpiranje sluhovoda po navodilu zdravnika,
- dajanje injekcij, nastavljanje infuzij po navodilu zdravnika,
- priprava instrumentov in opreme za posege, ki jih izvaja zdravnik,
- pomoč pri posegih, ki jih izvaja zdravnik,
- izvajanje nekaterih posegov,
- naročanje bolnikov na preglede in
- druge naloge.

Naloge zdravnika so:
- posveti z bolniki,
- klinično delo z bolniki,
- izvajanje večine posegov,
- dajanje navodil za posege medicinski sestri,
- vodenje strokovnega dela medicinske dokumentacije,
- komunikacija z drugimi službami in drugimi strokovnjaki,
- odgovornost za strokovnost in kakovost dela.

K **delovni skupini** se glede na razmere in potrebe priključijo še **patronažna medicinska sestra**, **laborant**, **fizioterapevt** idr. Patronažna medicinska sestra je stalna sodelavka, ki večino časa dela samostojno in po zdravnikovih navodilih na terenu. Izvaja **nego** in del **zdravljenja na domu**.

Študenti se boste z nalogami, vlogo in delom članov delovne skupine zdravnika družinske medicine seznanili predvsem z vajami, ki jih boste imeli z asistenti, ko bodo obravnavali posamezne dejavnosti (laboratorij, fizioterapija), s patronažnimi medicinskimi sestrami, z obiskom vzorne ambulante, z vajami v splošni ambulanti in s terenskim delom v skupnosti.

K širši delovni skupini štejemo vse strokovnjake, ki sodelujejo pri obravnavi posamezne zdravstvene težave določenega bolnika. Problem **komunikacije** med njimi pogosto onemogoča učinkovitejše delo. K težjemu sodelovanju prispeva tudi prostorska oddaljenost med njimi. Idealno bi bilo, da bi se npr. kardiolog, anesteziolog, kardiokirurg, zdravnik družinske medicine, patronažna medicinska sestra in drugi, vpleteni v zdravljenje bolnika ob srčni operaciji, lahko sestali in skupno načrtovali celotno pot bolnika, a v ta namen ni predvidenih virov. Približek tega idealnega stanja so **klinične poti**, ki se vedno pogosteje pojavljajo tudi pri nas in nadomeščajo osebni stik. Podobno tudi sodobna tehnologija omogoča pogostejše in bolj vsebinske

Klinična pot je zapisan potek oskrbe določene zdravstvene težave skozi vse faze zdravljenja in opredeljuje naloge celotnega zdravstvenga tima.

stike med različnimi ravnmi zdravstvenega varstva in strokovnjakov, ki sodelujejo pri obravnavi posameznega bolnika. V delovni skupini po potrebi sodelujejo tudi farmacevt, socialni delavec in drugi strokovnjaki.

Študenti se boste z nalogami, vlogo in delom članov razširjene delovne skupine zdravnika družinske medicine seznanili predvsem z vajami v splošni ambulanti in s terenskim delom v skupnosti. Spremljali boste po enega bolnika skozi zdravstvene službe. V višjem letniku boste lahko pripravili klinično pot za posameznega bolnika.

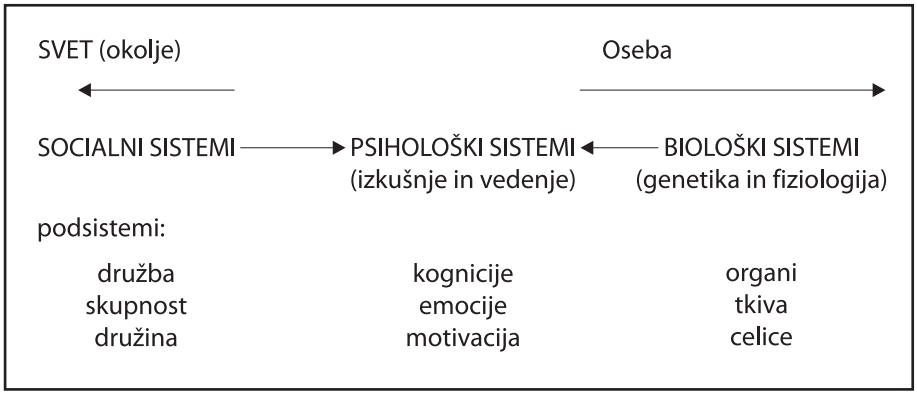
3.2.1.3 Pomen dela v skupini za kakovostno delo

Zdravnik družinske medicine lahko dela v **posamični ambulanti** ali **v skupini več ambulant**. V raziskavah so ugotovili prednosti, ki jih zdravniku nudi delo v skupini, ker mu omogoča večje število stikov s strokovnjaki svojega in sorodnih področij. Medsebojna srečanja so pomembna za prenos strokovnih informacij in izboljševanje kakovosti zaradi **vplivov kolegov** (**socialni oz. kolegialni pritisk**) in vodilnih predstavnikov v stroki. **Vodilni predstavniki v stroki** v določenem okolju poskušajo navadno zgodaj

vnesti nova spoznanja v vsakdanje delo. Preostali kolegi pod vplivom teh neformalnih vodij prevzamejo slog dela. Zdravniki, ki ne delajo v skupini, imajo nekaj slabše možnosti za kakovostno delo, ker imajo manj stikov s kolegi in tako v manjši meri sledijo priporočilom za delo in sploh manj sodelujejo pri različnih oblikah izboljševanja kakovosti. Če premostijo to vrzel v stikih, lahko bolnikom omogočajo večje zadovoljstvo, ker z veliko večjo odgovornostjo organizirajo svoje delo, so prizadevnejši pri sporazumevanju z bolnikom in omogočajo večjo trajnost odnosov. Delo v skupini je učinkovitejše, ker si sodelavci lahko razdelijo nekatere obveznosti, ki bi posameznika zlasti časovno preveč obremenjevale. Predvsem 24-urno pokrivanje registrirane populacije je tako lažje izvedljivo.

3.2.2 Sodelovanje z lokalnimi društvi in organizacijami za pomoč bolnikom

Družba na zdravje posameznika vpliva preko **vrednostnega sistema**, ki ga pogosto v obliki različnih sporočil posredujejo mediji. Posameznikovega **socialnega sveta** ne tvorijo le družinski člani, prijatelji ali znanci. Ljudje, s katerimi prihaja v stik, pripadajo neki skupnosti, kulturi, družbi, narodu – gre za različne nivoje in socialne sfere, vse v vzajemni povezanosti. Vsakdo živi v določenem **socialnem okolju**, vzdržuje stike s posamezniki in s skupinami ter je v stalnem medsebojnem sodelovanju z vsemi komponentami socialnega sveta (slika 1), čeprav se tega ne zaveda vedno, predvsem pa ne dejavno (slika 3.2).



Slika 3.2. *Vzajemna povezanost sistemov in podsistemov ali sistemov nižjega reda v biopsihosocialnem modelu. Oseba sestoji iz biološkega in psihosocialnega sistema, ki sta med seboj povezana, vsak od njiju pa zajema podsisteme. Oseba je povezana tudi s socialnimi sistemi zunanjega sveta. Vsi sistemi vplivajo eden na drugega.*

Socialna podpora je dinamični proces, prepleten s posameznikovim osebnostnim razvojem, s potrebami, z možnostmi in z zmožnostmi. Raziskovalci so identificirali nekaj dejavnikov, ki določajo dinamiko človekovega dajanja in/ali sprejemanja socialne pomoči:
- temperament,
- socialni interesi, količina in kakovost socialnih stikov, afiliacijski motivi.

Ljudje živimo v **družbeni mreži**, ki nam med drugim poleg institucionalizirane zdravstvene oskrbe ponuja tudi številne druge možnosti pomoči na različnih področjih življenja v primeru zdravstvenih težav. Sem sodijo:
- centri za socialno delo,
- domovi starejših občanov,
- občine (oddelki za socialo in zdravstvo),
- specializirane organizacije in agencije,
- društva in fundacije in
- prostovoljci.

Študenti se boste s socialno mrežo in socialno podporo v skupnosti seznanili s terenskim delom v skupnosti, kjer boste obiskali določeno skupnost, npr. sosesko, ali stanovanjski blok, ali skupino ljudi, naredili anamnezo skupnosti, načrtovali intervencije in jih v okviru svoje usposobljenosti izvedli. Izboljšali si boste znanje, veščine in motivacijo na področju študija in raziskovalnega dela. Prišlo bo do izboljšanega in poglobljenega odnosa študentov do bolnikov.

3.3 Vzorčna splošna ambulanta

3.3.1 Prostori

Za delo splošne ambulante potrebuje delovna skupina ustrezne prostore in opremo. Praviloma potrebujemo okoli 100 kvadratnih metrov skupne uporabne površine, da razmestimo vsaj naslednje prostore:
- vhod/vetrolov,
- čakalnico,
- sestrski prostor,
- prostor za posege,
- zdravniško ordinacijo,
- večnamenski prostor,
- sanitarije, ločene za osebje in bolnike.

Združevanje več ambulant v npr. zdravstvenem domu omogoča racionalnejšo

uporabo nekaterih prostorov, ki niso stalno zasedeni. Možna je skupna uporaba sanitarij, čakalnic in prostorov za posege za več ambulant, kar zmanjša investicijske in obratovalne stroške. Prostori morajo biti urejeni po gradbenih predpisih za zdravstvene ustanove. Vhod in prostori morajo biti ustrezno in vidno označeni. Prostori morajo biti vzdrževani in ustrezno urejeni, nabiralnik za pohvale in pritožbe mora biti na dostopnem mestu, prav tako urnik dela in zdravstveno vzgojno gradivo za bolnike.

3.3.2 Oprema

Na razpolago mora biti ustrezna oprema za vsakodnevno delo in oprema za nujne primere, tj. ampularij za anafilaktično reakcijo, kompleti za infuzijo, kisik, defibrilator, aspirator, ambu idr., kadar ambulanta ni v sklopu več ambulant, kjer imajo skupni prostor za nujne intervencije.

Študenti se boste s prostori in z opremo splošne ambulante seznanili ob obisku vzorne ambulante ter na vajah v splošnih ambulantah in ambulantah NMP.

3.4 Zagotavljanje kakovosti in nadzor nad zdravnikovim delom

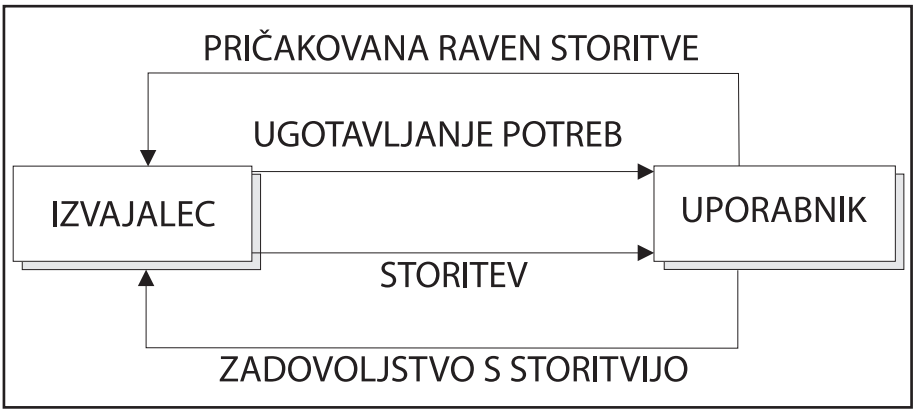
Izvajalci zdravstvene oskrbe so zdravstvene ustanove in zasebni izvajalci ter zaposleni v njih. Uporabniki zdravstvene oskrbe so prvenstveno bolniki, pa tudi javnost kot potencialni bolniki in celotna družba. V krogih, ki se ukvarjajo z ocenjevanjem kakovosti oskrbe, se je uveljavilo ločevanje zdravstvene oskrbe bolnika na tri sestavine:

- **pogoji**, v katerih poteka oskrba,
- **postopek** (zdravstveni ukrepi, storitve) nudenja določene zdravstvene oskrbe in
- **izid** zdravstvene oskrbe (izid zdravstvene storitve oziroma dosežena zdravstvena korist).

Kakovost pride do izraza vedno takrat, kadar je neko delo izvajalca izpostavljeno soočenju z **uporabnikom**. Kakovost se torej kaže ob vsakem "prehodu" med ljudmi in sistemi kjerkoli v celotnem postopku oskrbe in je bistvena sestavina vsake zdravstvene oskrbe (slika 3.3). Zagotoviti jo moramo pri izvajanju katerega koli zdravstvenega ukrepa. Bolnik in celotna skupnost imata koristi od zdravstvene službe, zato bolniki od sistema zdravstvenega varstva pričakujejo, da bodo "uslišane" vse njihove želje in potrebe po zdravstveni oskrbi. Uporabniki zdravstvene službe, bolniki in

organizacije potrošnikov izražajo vse večje potrebe in pričakovanja na račun zdravstvene oskrbe.

Zdravstvena oskrba je oblika storitvene dejavnosti. Za storitveno dejavnost je značilen tržni mehanizem uravnavanja potreb glede na finančne zmožnosti in zadovoljstvo uporabnika, ki pri porabi zdravstvenih storitev praviloma odpade. V večini primerov se namreč kot plačnik zdravstvene storitve namesto bolnika pojavi tretji udeleženec, ki plača "porabljene" zdravstvene oskrbe za bolnika – zavarovanca. Zavarovanec je pri plačilu soudeležen le pri solidarnostnem zbiranju sredstev v skupni zdravstveni sklad, iz katerega plačnik poravnava stroške zdravstvene oskrbe. Bolnik niti ne občuti cene porabljene zdravstvene oskrbe (svojih potreb po oskrbi) niti ni njegov prispevek odvisen od njegove porabe zdravstvenih storitev. Povratna zanka ni sklenjena, zato je zadovoljevanje bolnikovih želja, ki se odražajo v zadovoljstvu bolnikov, le del celovitega obvladovanja kakovosti. Pri razmišljanju o kakovosti zato lahko ločimo tri vidike: gospodarskega, družbenega in strokovnega. Gospodarski vidik kakovosti se nanaša predvsem na zagotavljanje pravičnosti in enakosti, ki ju merimo z dostopnostjo, dosegljivostjo in zmožnostjo posameznika ali skupine ljudi, da si lahko privoščijo (finančno) določeno obliko zdravstvene oskrbe. Z njim se ukvarja zdravstvena politika. Zagotavljanje in ocenjevanje strokovne kakovosti ostaja v domeni izvajalcev zdravstvene oskrbe samih z različnimi oblikami samonadzora, skupinskega obvladovanja kakovosti do različnih oblik presoje.



Slika 3.3. *Povratna zanka sooblikovanja kakovosti storitve med izvajalcem in uporabnikom.*

Družbeno kakovost lahko suvereno ocenjujejo predvsem primarni uporabniki – bolniki, saj je kakovost zdravstvene oskrbe kljub različnim načinom zagotavljanja javnosti dela, odgovornosti in kakovosti, zelo težko oceniti, ne da bi jo izkusili na lastni koži. Šele osebno izkustvo namreč omogoča dokončno oceno kakovosti. Temeljna želja vsake zdravstvene politike je, da so strokovna, gospodarska in družbena kakovost v pozitivni korelaciji.

3.4.1 Predpisovanje zdravil

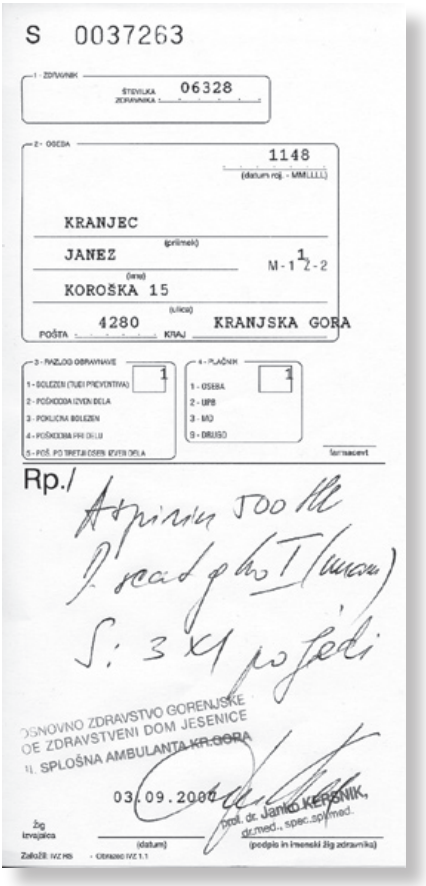
Odstopanja na področju kakovosti se lahko pojavljajo v treh oblikah: v pretirani rabi, premajhni rabi in neustrezni rabi zdravstvene oskrbe. Za **pretirano rabo** smatramo tiste storitve, kjer je tveganje (zavestno) večje od možnih koristi. V tem primeru lahko nastane škodljivost zaradi zavestno večjega tveganja ali zaradi opravljene oskrbe pri bolniku z večjim tveganjem. Npr. uporaba nesteroidnega antirevmatika za lajšanje bolečin v križu pri bolniku z anamnezo razjede na želodcu, ko bi se lahko uporabil paracetamol. Potrebno je vzporedno jemanje inhibitorja protonske črpalke, oz. obstaja velika verjetnost ponovitve želodčne simptomatike, v primeru, da se zaščito opusti. **Premajhna raba** je tista, kjer bi koristi presegale možna tveganja. Dosegljiva korist v tem primeru ni dosežena, npr. da bolnikom z veliko ogroženostjo za trobmotične zaplete ne predpišemo acetilsalicilne kisline. **Neustrezna raba** pa se pokaže pri slabo opravljenih, čeprav pravilno izbranih storitvah tako, da bolnik ni deležen vseh možnih koristi storitve. Zaradi teh odstopanj ne moremo doseči pričakovane koristi zdravstvenih storitev in se lahko pojavljajo različne oblike škodljivosti, npr. uporaba antibiotika širokega spektra pri streptokokni okužbi žrela.

Pri predpisovanju zdravila na recept moramo poleg strokovnih meril upoštevati tudi splošne predpise s tega področja in posebna pravila pri predpisovanju v breme **obveznega zdravstvenega zavarovanja**. V tem okviru izvaja ZZZS nadzor nad predpisovanjem zdravil, ki je na eni strani količinski glede na predvideni **indeks predpisovanja zdravil**, na drugi strani pa tudi neposredni nadzor nad izvajanjem predpisov glede predpisovanja določenih zdravil, ki imajo omejeno predpisovanje. Dokumenti, ki jih je potrebno pri tem upoštevati, so **register zdravil** in **razporeditev zdravil na liste**. V registru zdravil so zdravila med drugim razvrščena tudi glede **režima predpisovanja**. Skupino zdravil lahko bolnik dobi brez recepta **v prosti prodaji** v lekarni (ali specializirani trgovini) **ali na recept** v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Drugo skupino zdravil je mogoče dobiti **samo na recept**, a jih mora bolnik **plačati sam** ali ima za nekatere možnost poplačila v okviru nadstandardnega dodatnega zavarovanja. To so

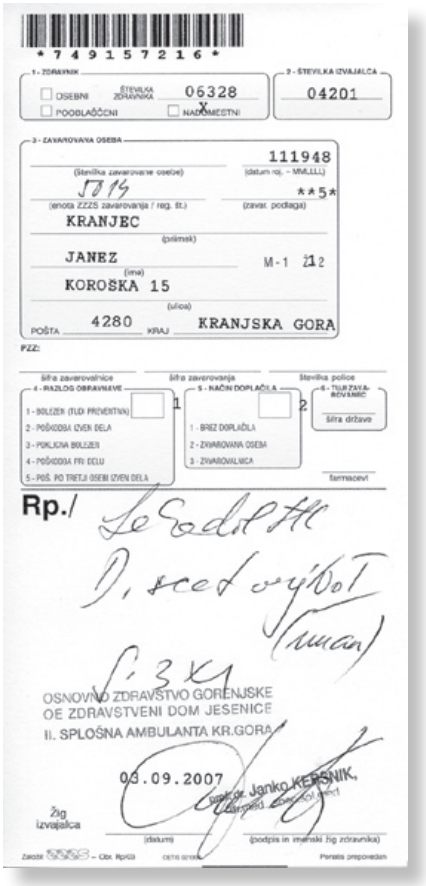
zdravila s t.i. **negativne liste**. Tretjo skupino zdravil pa dobi **na recept v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja**, ki krije strošek **v celoti**, kot npr. za nekatere bolezni – sladkorna bolezen, **ali** pa mora **doplačati** 15 % za zdravila na **pozitivni listi** oz. 50 % za zdravila na t.i. **vmesni listi**. Doplača lahko v gotovini ali pa mu to krije prostovoljno dodatno zavarovanje, če ga ima bolnik sklenjenega.

Režim izdaje	Osnovni plačnik	Doplača	Lista
prosta prodaja	sam ali nadstandardno zavarovanje		režim izdaje (tudi) brez recepta
na recept	sam ali nadstandardno zavarovanje		NEGATIVNA
	ZZZS plača 50 %	sam ali dopolnilno zavarovanje	VMESNA
	ZZZS plača 85 %	sam ali dopolnilno zavarovanje	POZITIVNA
	ZZZS plača v celoti		
v zdravstvenem zavodu	zdravstveni zavod v celoti		vse oblike

Za predpisovanje zdravil na recept imamo v Sloveniji dva obrazca, t.i. zeleni recept za predpisovanje v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja in t.i. beli recept za ostala zdravila, ki imajo režim predpisovanja na recept, pa jih bolnik ne more dobiti na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja, ampak jih mora plačati sam.



Slika 3.4. *Beli recept.*



Slika 3.4. *Zeleni recept.*

V Sloveniji se 58,1 % posvetov konča s predpisom vsaj enega recepta. V povprečju je **vsak obiskovalcev ambulante dobil 1,15 recepta** (od 0 do 10, SD 1,43 recepta). Med 7363 (58,1 %), ki so dobili recept, je bilo povprečno število predpisanih 1,97 receptov (od 1 do 10, SD 1,36). V tabeli 3.6 je prikazan odstotek receptov iz posamezne ATC (ATC - angl.: Anatomical Therapeutic Chemical Classification - je sistem za razvrščanje zdravil glede na organ ali organski sistem, na katerega učinkujejo, in/ali glede na zdravilne in farmakološke lastnosti) skupine zdravil.

Skupina zdravil	odstotek
Zdravila za zdravljenje bolezni prebavil in presnove	9,8
Zdravila za zdravljenje bolezni krvi	5,3
Zdravila za zdravljenje bolezni srca in ožilja	32,4
Zdravila za zdravljenje kože	4,4
Zdravila za zdravljenje bolezni sečil, spolovil in spolni hormoni	1,2
Sistemski hormoni (razen spolnih)	1,3
Zdravila za zdravljenje infekcij	8,2
Zdravila za zdravljenje novotvorb in imunomodulatorna zdravila	0,4
Zdravila za zdravljenje bolezni kostnomišičnega sistema	11,3
Centralno delujoča zdravila	17,2
Zdravila za zdravljenje parazitoz	<0,1
Zdravila za zdravljenje bolezni dihal	6,6
Zdravila za zdravljenje bolezni oči in ušes	2,1
Druga še neuvrščena zdravila	0,5

Večje število predpisanih receptov ob obisku napovedujejo naslednje neodvisne spremenljivke: ženski spol bolnika, višja starost bolnika, nižja izobrazba bolnika, večje število obravnavanih diagnoz ob obisku (sočasne bolezni in stanja), višja starost zdravnika, moški spol zdravnika, višji indeks predpisovanja zdravil in zasebnik s koncesijo.

3.4.2 Delovna zmožnost

Osebni izbrani zdravnik ima po veljavnih pravilih nalogo ugotavljati **začasno** in **trajno delovno nezmožnost**. Kadar pri bolniku ugotovi stanje, ki kaže na trajno izgubo delovne zmožnosti, ga napoti na oceno delazmožnosti zdravniški komisiji Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, t.i. invalidski komisiji. Slednja je poleg tega pristojna tudi za ugotavljanje stopnje telesne okvare in potrebe po dodatku za pomoč in postrežbo.

3.4.2.2 Začasna delovna zmožnost

Začasno delovno zmožnost do 30 delovnih dni ugotavlja samostojno; prav tako za nego ožjega družinskega člana, s katerim živi v skupnem gospodinjstvu, do 7 delovnih dni, nego otroka do 7. leta starosti do 15 delovnih dni, če nege ne more zagotoviti zakonec, ki je nezaposlen, upokojen ali lahko zagotavlja nego brez zadržanosti od dela. V primeru potrebe po daljši odsotnosti z dela

pa bolnikovo medicinsko dokumentacijo z obrazcem Predlog imenovanemu zdravniku pošlje **imenovanemu zdravniku** Zavoda za zdravstveno zavarovanje, ki odloča o ev. podaljšanju **zdravniško upravičene odsotnosti z dela**. V Sloveniji ima 28,3 % bolnikov, ki obiskujejo zdravnika družinske medicine, zdravniško upravičeno odsotnost z dela. To za zdravnike družinske medicine predstavlja precejšnje dodatno nepotrebno breme.

Višina nadomestila plače je odvisna od osnove za nadomestilo, vzroka za začasno zadržanost od dela ter načina valorizacije. Nadomestilo plače znaša 100 % osnove ob zadržanosti od dela zaradi poklicne bolezni, poškodbe pri delu, presaditve živega tkiva in organov v korist druge osebe, darovanja krvi, posledic dajanja krvi ter izolacije oziroma karantene; 90 % osnove ob zadržanosti od dela zaradi bolezni; 80 % osnove ob zadržanosti od dela zaradi poškodb izven dela, nege ožjega družinskega člana in spremstva ter v primerih odsotnosti zaradi usposabljanja staršev otrok s težjo okvaro oziroma poškodbo možganov ali hrbtenjače in otrok s kroničnimi boleznimi ali okvarami za poznejšo rehabilitacijo na domu, ko ima eden od staršev pravico do bivanja v bolnišnici.

3.4.2.2 Trajna delovna zmožnost, telesna okvara in dodatek za pomoč in postrežbo drugega

Zavarovanca, ki je zadržan od dela zaradi začasne nezmožnosti za delo, osebni zdravnik oz. zdravniška komisija napoti na **invalidsko komisijo** Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, ko oceni, da ni pričakovati povrnitve delovne zmožnosti, v vsakem primeru pa po enem letu nepretrgane zadržanosti od dela oziroma od dela s krajšim delovnim časom. Invalidska komisija lahko zavrne predlog kot neutemeljen, predlaga ponovni pregled po končanem zdravljenju ali dodeli eno od kategorij in predpiše omejitve za delo. Zavarovanec lahko poda predlog neposredno invalidski komisiji.

Invalidnost kot zavarovani primer je podana, če se zaradi sprememb v zdravstvenem stanju, kot posledice poklicnih (poškodba pri delu, poklicna bolezen) in nepoklicnih vzrokov (poškodba izven dela, bolezen) za nastanek invalidnosti, ki jih ni mogoče odpraviti z zdravljenjem ali ukrepi medicinske rehabilitacije, zavarovancu (stopnjo zmanjšanja oziroma izgubo se ocenjuje) zmanjša zmožnost za zagotovitev oziroma ohranitev delovnega mesta oziroma za poklicno napredovanje. Po tej definiciji je kategorizacija invalidnosti taka:

- I. kategorija (polna upokojitev) – splošna invalidnost, ko zavarovanec ni več zmožen opravljati organiziranega pridobitnega dela, ali če je pri njem podana poklicna invalidnost, nima pa več preostale delovne

zmožnosti,
- II. kategorija (upokojitev npr. za 4 ure – 4 ure še opravlja svoje delo) – poklicna invalidnost, ko je zavarovančeva delovna zmožnost za njegov poklic zmanjšana za 50 % in več,
- III. kategorija, ko je pri zavarovancu podana
  - zmanjšana zmožnost za delo, če zavarovanec predhodno poklicno rehabilitacijo ali brez nje ni več zmožen za delo s polnim delovnim časom, lahko pa opravlja svoje ali drugo določeno delo vsaj polovico polnega delovnega časa in
  - omejena zmožnost za delo, če je zavarovančeva delovna zmožnost za njegov poklic zmanjšana za manj kot 50 %, ali če zavarovanec lahko dela v svojem poklicu s polnim delovnim časom, ni pa zmožen delati na delovnem mestu, na katerega je razporejen v času nastanka invalidnosti (po veljavni ureditvi III. kategorija invalidnosti).

Preostala delovna zmožnost se ugotavlja v vsakem primeru pri II. in III. kategoriji invalidnosti. Opredeljena je z zakonom, in sicer kot:
- zmožnost zavarovanca, da dela s polnim delovnim časom na drugem delovnem mestu, ki ustreza njegovi strokovni izobrazbi oziroma usposobljenosti (z delovnim naporom, ki ne poslabša stopnje njegove invalidnosti) ali
- če se s poklicno rehabilitacijo lahko usposobi za delo na drugem delovnem mestu s polnim delovnim časom ali
- če zavarovanec lahko opravlja določeno delo vsaj polovico polnega delovnega časa.

Zavarovanci, ki so utrpeli izgubo organa ali dela telesa oz. jim v skladu s Seznamom telesnih okvar pripada **denarno nadomestilo za telesno okvaro**, imajo pravico, da sami ali njihov osebni zdravnik vložijo vlogo na invalidsko komisijo Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje za priznanje telesne okvare. Do nadomestila so upravičeni, ko je skupna vrednost priznanih telesnih okvar 60 % ali več. V tem primeru so osebe upravičene tudi do pridobitve znaka invalida in drugih ugodnosti iz tega naslova, kar s potrdilom osebnega zdravnika o višini telesne okvare uredijo na svoji upravni enoti.

Do **dodatka za pomoč in postrežbo drugega** so upravičene osebe, ki deloma ali v celoti ne morejo več opravljati vsakdanjih življenjskih opravil, tj. hranjenja, umivanja, oblačenja, obuvanja, zadrževanja blata ali urina, so slepi ali potrebujejo stalni nadzor drugega zaradi duševne bolezni. Oseba, ki skrbi za takega bolnika, se lahko zaposli na domu in namesto dodatka

bolniku, se sredstva za pomoč izplačujejo temu oskrbovalcu.

3.4.3 Napotitve

Napotitev je zdravstveni ukrep, s katerim zdravnik **preda pooblastila in nalogo drugemu ustrezno strokovno usposobljenemu in opremljenemu zdravniku ali instituciji**, da **nadaljuje ali izvaja oskrbo bolnika**. Razlikovati jo moramo od izdaje napotnice, ki predstavlja izvedbo strokovne odločitve, kadar je le-ta posledica posveta bolnika in zdravnika ali pa administrativni ukrep značilen za naš zdravstveni sistem, ki od osebnega zdravnika zahteva izdajo napotnice tudi, kadar je bil bolnik pred tem že obravnavan pri istem kliničnem specialistu in je medtem potekla časovna omejitev iz prejšnje napotnice oz. največ eno leto. Za naš sistem zdravstvenega varstva je namreč značilno, da je za obisk pri kliničnem specialistu (razen za izbranega ginekologa, psihiatra in okulista, kadar bolnik potrebuje le pregled ostrine vida) ter za vse nenujne sprejeme v bolnišnico potrebna napotnica, ki jo izda zdravnik v osnovni zdravstveni dejavnosti.

Napotnica je pisni dokument, s katerim bolnik po Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja uveljavlja svoje pravice do obravnave na sekundarni ravni. Dostop do kliničnega specialista brez napotnice je v nenujnih primerih možen le, če bolnik pregled plača sam. **Nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč pa lahko opravi zdravnik specialist brez napotnice**. Osebni izbrani zdravnik z izdajo napotnice svoja pooblastila glede diagnostike in zdravljenja, vključno s predpisovanjem zdravil na recept, kot tudi na napotitev na bolnišnično zdravljenje, prenese na ustreznega kliničnega specialista. Poleg strokovnega dela napotnice mora zato podrobno izpolniti obseg in časovno obdobje izdaje pooblastila.

Ta vidik boste študenti spoznali in vadili v učnih ambulantah.

3.4.3.1 Nujnost napotitve

Po strokovni plati zdravnik družinske medicine lahko predvideva takšen potek bolezni ali pa obstaja nevarnost za odlašanje z ukrepanjem, da je napotitev **nujna**. V zadnjih dvanajstih letih pa se je bistveno povečal tudi delež tistih, ki so bili iz primarne ravni napoteni k specialistu, in sicer od 5,5 % leta 1990 do 14,8 % leta 2001. V istem času se delež napotenih v bolnišnico ni bistveno spremenil in znaša nekaj manj kot 1 %. V Sloveniji se po podatkih

presečne študije 20,2 % stikov konča z izdajo napotnice. Obrazec Napotnica sicer ne pozna rubrike o nujnosti napotitve, zato to besedo zapiše na vidno mesto na obrazec in se zraven podpiše. S tem usoda bolnika še ni rešena in je potrebno poznati posebnosti institucij, kamor bolnika z oznako nujno pošiljamo. Kadar gre za resnično potrebo po hitrem nadaljnjem ukrepanju, je kljub napotnici bolje pot zgladiti tudi po telefonu. Vse ostale napotitve so »**nenujne**« in se morajo odvijati glede na organizacijo dela in čakalne vrste. **Čakalne vrste** so v planskem sistemu zdravstvenega varstva, kakršen je slovenski instrument za uravnavanje ponudbe, povpraševanja in zmožnosti financiranja določene dejavnosti. Nujnost je tudi pogosto zlorabljena s strani bolnikov in tudi sprejemnih ambulant, ki s tem izgovorom sprejemajo mimo čakalne vrste. Razmerje med nenujnimi in nujnimi napotitvami v Sloveniji je v korist nenujnih; v 83 % napotitev ni nujnih.

3.4.3.2 Vrste napotitev

Zdravnik bolnika lahko napoti
- **na diagnostične preiskave,**
- h kliničnemu specialistu **v ambulantno obravnavo** ali
- **v bolnišnico** na zdravljenje oz. na rehabilitacijo.

Zdravnik družinske medicine izda napotnico za enkraten pregled bolnika ali pa izdana napotitev velja za daljši čas oz. obdobje več mesecev, do največ enega leta. Ob tem pooblašča specialista za samostojno odločanje o nadaljnjih diagnostičnih in terapevtskih postopkih ter tudi za sprejem v bolnišnico. Specialist določi tudi nadaljnje kontrolne preglede v okviru časovnega pooblastila z napotnice, oz. zahteva novo, če bo pregled izven obdobja pooblastila.

3.4.3.3 Tip napotitev

Glede na tip delimo napotitve na **prve** in **ponovne**. Kar 51,5 % je ponovnih napotitev. Slednje predstavljajo tiste napotitve, pri katerih je bil bolnik zaradi iste težave že pregledan pri istem kliničnem specialistu. Ponovne napotitve obsegajo napotitve po odločitvi zdravnika ali na predlog specialista klinične stroke oziroma na zahtevo imenovanega zdravnika in zdravniške ali invalidske komisije. Zdravnik družinske medicine vpliva predvsem na napotitve na prvi pregled h kliničnemu specialistu, pri ponovnih pa ima pomembnejšo vlogo zdravnik specialist, ki bolniku sam priporoči kontrolo

Zdravniki so bolnika na svojo pobudo napotili v 46 %, na pobudo kliničnega specialista v 32 %, na pobudo bolnika v 12 %, v 8 % pa se ni dalo opredeliti, čigava pobuda je prevladovala pri končni odločitvi. Najpogostejše so bile napotitve k internistom v 6,3 % (najpogosteje h kardiologu v 2,1 %), h kirurgom v 5,4 % (najpogosteje k travmatologu v 1,8 %), k oftalmologu 2,1 %, k ortopedu 1,6 % in k otorinolaringologu v 1 %. Ostale napotitve so bile redkejše.

Napotitve pa delimo tudi na **neposredne** in **posredne**. Pri neposredni napotitvi je zdravnik družinske medicine ugotovil, da zdravstveno stanje bolnika potrebuje obravnavo na sekundarni ravni pri specialistu s področja bolnikovega zdravstvenega problema. Pri posrednih napotitvah pa lahko imamo napotitev:

- po izteku pooblastila,
- na predlog enega specialista k drugemu specialistu,
- na predlog kliničnega specialista na diagnostične preiskave,
- na predlog kliničnega specialista za sprejem v bolnišnico,
- na predlog bolnišnice na diagnostične preiskave pred sprejemom v bolnišnico,
- na predlog bolnišnice na kontrolni pregled.

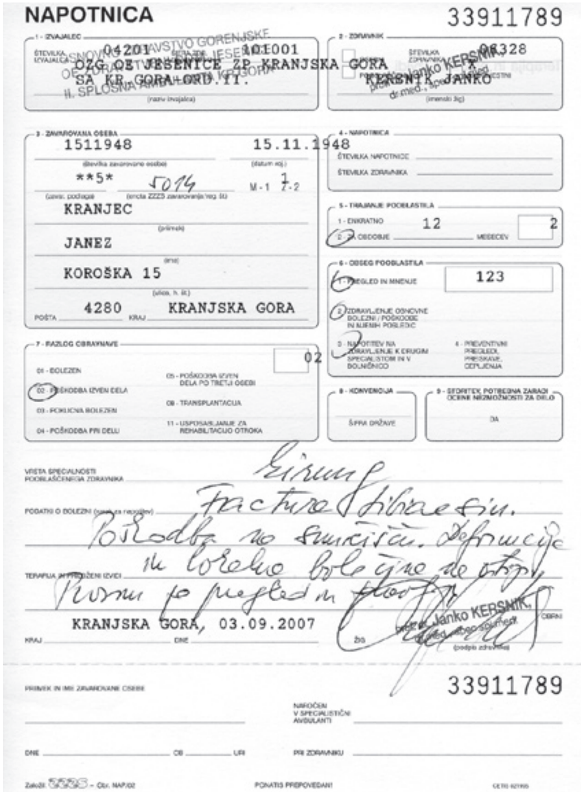
Tako število kot tudi kakovost napotitev h kliničnemu specialistu sta v določeni meri odvisna tudi od zdravnika družinske medicine. Seveda obstajajo razlogi tudi na strani bolnika (npr. večja osveščenost) in v sistemu (npr. napredek medicine z večjimi diagnostičnimi možnostmi, staranje prebivalstva in z njim povezano večje število kroničnih bolnikov itd.). Dandanes še vedno veliko bolnikov meni, da le pregled pri kliničnem specialistu zagotavlja bolj kakovostno obravnavo njihove bolezni, v ambulanto zdravnika družinske medicine pa pridejo le po napotnico. Zaradi tega je potrebno vplivati na miselnost ljudi in jih na podlagi dobrih rezultatov obravnav v družinski medicini prepričati, da je tudi oskrba na osnovni ravni kakovostna in v veliki večini primerov popolnoma zadostna. Na povečanje števila napotitev močno vplivajo naslednja dejstva:

- večanje števila bolnikov na izbranega zdravnika,
- večanje obsega in nove diagnostične preiskave,
- večanje dostopnosti diagnostičnih preiskav,
- organizacijsko tehnične spremembe osnovnega zdravstva,
- večanje administrativnih zahtev ZZZS,
- nestimulativen odnos do zdravnikovega dela s strani plačnika zdravstvene storitve,
- pritisk javnosti in medijev na odgovornost zdravnika – defenzivna medicina.

Študenti boste pri pouku sporazumevanja vadili pogovor z bolnikom, ki zahteva napotnico in se pri vajah naučili pisanja napotnic ter spoznali dileme v zvezi z napotitvami.

K izboljšanju kakovosti napotitev veliko prispeva tudi pravilno izpolnjena **napotnica**. Napotnice so pomemben medij za prenos informacij o bolnikih, pa tudi za ustvarjanje in vzdrževanje profesionalnih odnosov s kolegi. Napotnica je v večini primerov edini stik med zdravnikom družinske medicine in kliničnim specialistom.
Značilnosti dobre napotnice so:
- čitljivost,
- določa vrsto kliničnega specialista, ki naj bi bolnika obravnaval,
- pojasnjuje ugotovitve in potek obravnave bolezni pred napotitvijo (npr. opis stanja, zdravljenja, posegov in diagnoze),
- vsebuje pomembne podatke o bolniku (npr. dotedanje bolezni),
- zajema zbrane predhodne izvide o opravljenih pregledih – izvide zdravnik družinske medicine priloži ali na kratko strne,
- kliničnemu specialistu zastavlja jasno vprašanje, ki odraža, kaj osebni zdravnik pričakuje od njega (npr. vzrok napotitve, želje po potrebnih pregledih),
- označeno je, katera pooblastila zdravnik družinske medicine prenaša na specialista (npr. pregled in mnenje, zdravljenje osnovne bolezni/poškodbe in njenih posledic, napotitev na zdravljenje k drugim specialistom in v bolnišnico itd.) ter za kakšno dobo (npr. enkraten pregled ali za obdobje do največ enega leta),
- ponovna napotnica opisuje bolnikov napredek v obdobju od prejšnjega pregleda,
- napisana je vljudno, kar kaže na kulturo medčloveških odnosov.

Do sedaj so izdelana **navodila za pripravo bolnika pred operacijskim posegom v anesteziji** in **navodila na prvo nenujno napotitev**.



NAPOTNICA 33911789

1 - IZVAJALEC
ŠTEVILKA IZVAJALCA 04201 101001
OZG OE JESENICE ZP KRANJSKA GORA
SA KR. GORA-ORD.II.
(naziv izvajalca)

2 - ZDRAVNIK
ŠTEVILKA ZDRAVNIKA 08328
KERSNIK JANKO
(ime in priimek)

3 - ZAVAROVANA OSEBA
1511948 (številka zavarovane osebe)
15.11.1948 (datum roj.)
**5* (zavar. podlaga)
5014 (enota ZZZS zavarovanja/reg. št.)
M-1 Ž-2 1
KRANJEC (priimek)
JANEZ (ime)
KOROŠKA 15 (ulica, h. št.)
POŠTA 4280 KRAJ KRANJSKA GORA

4 - NAPOTNICA
ŠTEVILKA NAPOTNICE
ŠTEVILKA ZDRAVNIKA

5 - TRAJANJE POOBLASTILA
1 - ENKRATNO
2 - ZA OBDOBJE 12 MESECEV 2

6 - OBSEG POOBLASTILA 123
1 - PREGLED IN MNENJE
2 - ZDRAVLJENJE OSNOVNE BOLEZNI / POŠKODBE IN NJENIH POSLEDIC
3 - NAPOTITEV NA ZDRAVLJENJE K DRUGIM SPECIALISTOM IN V BOLNIŠNICO
4 - PREVENTIVNI PREGLEDI, PREISKAVE, CEPLJENJA

7 - RAZLOG OBRAVNAVE 02
01 - BOLEZEN
02 - POŠKODBA IZVEN DELA
03 - POKLICNA BOLEZEN
04 - POŠKODBA PRI DELU
05 - POŠKODBA IZVEN DELA PO TRETJI OSEBI
08 - TRANSPLANTACIJA
11 - USPOSABLJANJE ZA REHABILITACIJO OTROKA

8 - KONVENCIJA
ŠIFRA DRŽAVE

9 - SPORITEV POTREBNA ZARADI OCENE NEZMOŽNOSTI ZA DELO
DA

VRSTA SPECIALNOSTI POOBLAŠČENEGA ZDRAVNIKA
PODATKI O BOLEZNI
TERAPIJA IN PRILOŽENI IZVIDI

KRAJ KRANJSKA GORA, DNE 03.09.2007
Janko KERSNIK
(podpis zdravnika)

33911789

PRIIMEK IN IME ZAVAROVANE OSEBE
NAROČEN V SPECIALISTIČNI AMBULANTI
DNE OB URI
PRI ZDRAVNIKU

Obr. NAP/02
PONATIS PREPOVEDAN!

Slika 3.6. *Napotnica.*

3.4.3.3.1 Priprava bolnika na načrtovan operativni poseg

Navodila upoštevajo starost, spremljajoče bolezni in dodatno zdravljenje bolnika. Izbrani osebni zdravnik posreduje anesteziologu kar največ dodatnih informacij, ki jih zabeleži na spremnem dopisu, kot je objavljeno v nadaljevanju. Zdravnik osnovne ravni opravi dogovorjene preiskave, ki se lahko na sekundarni ravni po potrebi in smiselno dopolnijo. Seznam preiskav velja za celotno Slovenijo, ne glede na bolnišnico, v katero je bolnik napoten (tabela 3.2). Predstavlja kompromis med možnostmi osnovne ravni in zahtevami anesteziologov. Osebni zdravnik ga dopolni, če je to glede na zdravstveno stanje bolnika potrebno. Priloži tudi vse izvide drugih opravljenih preiskav in pregledov. Osebni zdravnik poda komentar preiskav, katerih vrednosti so izven referenčnih območij (tabela 3.3). Če je osnovna bolezen stabilna, so lahko RTG-slike pljuč in srca stare do enega leta. O sposobnosti bolnika za operacijski poseg odločata anesteziolog in operater.

Osebni zdravnik o tem ne daje mnenj. Navodila se bodo dopolnjevala glede na potrebe v praksi.

PRIPRAVA BOLNIKA V OSNOVNEM ZDRAVSTVU ZA OPERATIVNI POSEG V ANESTEZIJI

Predoperacijsko stanje	hemo-gram	krvni sladkor	kreatinin	kalij	AST alk. fosf.	urin	EKG	RTG p/c
STAROST								
Otroci od 6 M naprej	+							
Odrasli pod 40 let	+							
Odrasli od 40 - 60 let	+	+	+				+	
Odrasli nad 60 let	+	+	+				+	+
SPREMLJAJOČE BOLEZNI								
Srčnožilna bolezen			+	+			+	+
Pljučna bolezen							+	+
Urejena sladkorna bolezen		+	+	+			+	
Jeterna bolezen					+			
Ledvična bolezen			+	+		+		
Rakava bolezen								+
Levkemije								+
Obsevalna terapija							+	+
ZDRAVILA								
Diuretiki			+	+			+	
Steroidi p/o		+		+				

Tabela 3.2. *Seznam preiskav za poseg v splošni anesteziji, ki jih opravi osebni zdravnik, osebni pediater ali osebni ginekolog.*

Spoštovana kolegica, spoštovani kolega!

Po pripravi Vam pošiljam bolnika na poseg v anesteziji.
Prosim, da bolnika prevzamete in po potrebi dopolnitepredoperativno diagnostiko.
S kolegialnimi pozdravi!

OSEBNI PODATKI BOLNIKA, BOLNICE:

Priimek in ime:

Rojen/a: Naslov:

NAPOTNA DIAGNOZA:

SPREMLJAJOČE BOLEZNI:

ZDRAVILA:

DIETE:

ALERGIJE:

RAZVADE:

PREJŠNJI POSEGI V ANESTEZIJI IN MOREBITNI ZAPLETI:
DATUM IN OPIS:

KOMENTAR PRILOŽENIH IZVIDOV:

OSTALE PRIPOMBE:

Kraj: Datum: Žig in podpis izbranega zdravnika:

Tabela 3.3. *Spremno pismo izbranega zdravnika ob napotitvi bolnika na operativni poseg v anesteziji.*

3.4.3.3.2 Priprava bolnika na prvo nenujno napotitev

Želje in pričakovanja kliničnih specialistov o obsegu opravljenih preiskav pred prvim pregledom so različna. Obseg je odvisen tudi od stanja, zaradi katerega bolnika napotimo. Tako npr. za prvi pregled pri tirologu zaradi motenega delovanja ščitnice zadoščajo patološki izvidi ščitničnih hormonov ali na otip povečana ščitnica, za pregled pri pulmologu pa je predvidenih precej več preiskav (tabela 3.4, tabela 3.5).

OBRAVNAVA BOLNIKA PRI IZBRANEM ZDRAVNIKU PRED PRVO NENUJNO NAPOTITVIJO K NAPOTNEMU ZDRAVNIKU

Bolezen ali skupina bolezni	SR*	hemo-gram	DKS	urin**	krvni slad kor	bili-rubin	AST ALT gGT	seč-nina	krea-tinin	seč-na ki-slina	kalij	TG hol.	EKG	UZ treb-uha	dru-go
Bolezni KVS		+		+	+				+	+	+	+	+		rtg pc
Arter. hipertenzija		+		+	+				+	+	+	+	+	+	
Sladkorna bolezen				+	+				+			+			
Bolezni prebavil		+				+	+							+	alkal. f.
Hematol. bolezni	+	+	+												
Nefrološke bolezni		+		+				+	+	+	+			+	
Revmatol. bolezni	+	+													CRP
Ščitnične bolezni															TSH
Urološke bolezni		+		+					+					+	
Ginekol. bolezni		+		+											
Infekcijske bolezni	+	+	+	+											CRP

*SR se počasi nadomešča s CRP ***urin-sladkor, BRB, ketoni, spec.teža, kri, pH, proteini, urobilinogen, nitriti, levkociti, sediment.

Bolezni, pri katerih izbrani zdravnik ne opravlja specfičnih preiskav (ob napotitvi priloži izvide že opravljenih preizkav):

Pljučne bolezni	Nevrološke bolezni	Ortopedske bolezni	Bolezni dojk	Psihiatrične bolezni
Dermatološke bolezni	Rakave bolezni	Očesne bolezni	ORL bolezni	

Tabela 3.4. *Seznam preiskav, ki jih opravi izbrani zdravnik pred prvo nenujno napotitvijo k napotnemu zdravniku.*

SPOŠTOVANA KOLEGICA, SPOŠTOVANI KOLEGA!

Pošiljam Vam bolnika/bolnico zanadaljnjo diagnostiko in vodenje.
Prilagam opis bolezni oz. problema in izvide opravjenih preizkav.

OSEBNI PODATKI BOLNIKA, BOLNICE:

Priimek in ime:
Rojen/a: Naslov:

NAPOTNA DIAGNOZA:

OPIS PROBLEMA IN ŽELENI POSTOPKI PRI VAS:

DOSEDANJI UKREPI IN ZDRAVLJENJE OBRAVNAVANE BOLEZNI OZ. PROBLEMA:

SPREMLJAJOČE BOLEZNI:

STALNA TERAPIJA:

DIETE:

ALERGIJE:

RAZVADE:

KOMENTAR PRILOŽENIH IZVIDOV:

OSTALE PRIPOMBE:

Kraj: Datum: Žig in podpis izbranega zdravnika:

Tabela 3.5. *Spremno pismo izbranega zdravnika napotnemu zdravniku ob prvi nenujni napotitvi.*

3.4.4 Notranji nadzor v zdravstveni ustanovi

Podlaga je Zakon o zavodih (UL RS, št 12/91) in 77. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti (UL RS št. 9/9.2) ter Statut vsakega zavoda in Pravilnika o notranjem (internem) (strokovnem) nadzoru, ki ga mora na podlagi omenjenih predpisov imeti vsak zavod.

3.4.4.1 Namen notranjega nadzora

Notranji strokovni nadzor se izvaja z namenom, da se

- zagotavlja in stalno izboljšuje kakovost storitev za bolnike;
- nadzoruje strokovnost dela zdravstvenih delavcev in sodelavcev;
- nadzoruje organiziranost dela, opremljenost in higienski režim v posameznih ambulantah, službah, organizacijskih enotah in v zavodu kot celoti;
- spremlja racionalno predpisovanje zdravil, laboratorijskih storitev, fizioterapije in uporaba drugih virov;
- nadzoruje in spremlja ustreznost kadrovske zasedbe delovnih mest;
- nadzoruje izvajanje letnega načrta strokovnega izobraževanja in izpopolnjevanja;
- nadzoruje izvajanje letnega načrta notranjih nadzorov;
- ugotavlja izvajanje strokovnih smernic in navodil vodij služb, vodij enot, strokovnih svetov enot, strokovnih kolegijev dejavnosti v zavodu, strokovnega vodje, strokovnega sveta, direktorja zavoda in drugih institucij, ki imajo splošno veljavo za dejavnosti, ki se izvajajo v zavodu in jih sprejmejo ustrezni organi zavoda.

3.4.4.2 Oblike notranjega nadzora

Notranji strokovni nadzor se izvaja kot redni strokovni nadzor in kot izredni strokovni nadzor.

Redni strokovni nadzor se izvaja po načrtu, ki ga za vsako leto sproti sprejmejo za svoje področje dela vodje služb v sodelovanju s strokovnim svetom enote in z vodjo enote na ravni enote in strokovni svet v sodelovanju s strokovnim vodjem na ravni zavoda. Načrte služb, enot in kolegijev na ravni zavoda uskladi strokovni vodja oz. kolegij strokovnega vodje in predloži v potrditev strokovnemu svetu, ki s potrditvijo načrta pooblasti predvidene izvajalce nadzorov.

Izredni strokovni nadzor se izvede v primeru suma, da je pri delu prišlo

do zdravstvene napake (npr. pritožba bolnika, odškodninski zahtevek zavarovalnice, izjemen dogodek).

3.4.4.3 Redni strokovni nadzor

Redni nadzor se izvaja v obliki **samonadzora** in **vodstvenega nadzora**. Organizacija je različna glede na strukturo zdravstvenega zavoda. Prikazan je na primeru zavoda z več organizacijskimi enotami.

3.4.4.3.1 Samonadzor

Samonadzor je zagotavljanje in izboljševanje lastnega dela. Temelji na **strokovni usposobljenosti** in na **poklicni oz. strokovni integriteti** vsakega zaposlenega. Izvaja ga vsak zase **v skladu** z veljavnimi smernicami in **s strokovnimi spoznanji**, ki veljajo za določen poklic oziroma delo.

Pri tem se zaposleni vključujejo v delo strokovnih kolegijev v svoji službi, enot, zavodu in izven zavoda, sodelujejo v krožkih kakovosti, zbirajo podatke za ocenjevanje kakovosti dela in se vključujejo v druge projekte, ki so namenjeni zagotavljanju in izboljševanju kakovosti na svojem strokovnem področju. Vodje služb, vodje enot, vodje kolegijev ali strokovni vodja od posameznika lahko zahtevajo predložitev osebnega načrta izobraževanja in poročilo o izvajanju dejavnosti s področja samonadzora.

Če delavec ugotovi, da je prišlo pri njegovem delu ali delu njegovih sodelavcev do zdravstvene napake oz. sumi, da bi opazovane nepravilnosti lahko pripeljale do zdravstvene napake, je dolžan:
- tem obvestiti svojega predpostavljenega in
- v skladu s svojim znanjem in usposobljenostjo ukreniti vse potrebno za odpravo napak ali nepravilnosti in tudi morebitnih posledic.

Vsak delavec ima pravico opozoriti vodstvo zavoda na nepravilnosti pri strokovnem delu svojega predpostavljenega.

Izvajanje samonadzora ocenjevalec oceni na podlagi naslednjih elementov:
- število kreditnih točk, doseženih s strani ZZS priznanih izobraževanj,
- ev. aktivna ali pasivna udeležba pri drugih oblikah s strokovnim delom povezanih izobraževanj (npr. predavanja za laike, mednarodna srečanja, nastopi v medijih ipd.), pri čemer se vsaki aktivnosti lahko pripiše 1 dodatno kreditno točko,
- evidentirana udeležba na uradno sklicanih strokovnih sestankih enote, oddelka, kolegija ali zavoda (načeloma vsaj 4 letno in 75 % prisotnost),

kjer se obravnavajo strokovna in organizacijska vprašanja izvajanja zdravstvene dejavnosti (npr. raporti, sestanek strokovnega kolegija ipd.),
- sodelovanje pri nacionalnih projektih kakovosti (tj. izpolnjevanje ob razcev
oz. posredovanje podatkov v okviru državnega projekta o spremljanju kazalcev kakovosti),
- sodelovanje v drugih dokumentiranih oblikah zagotavljanju kakovosti (npr. priprava smernic, kliničnih poti, krožki kakovosti ipd.),

Integriteta je most med značajem in dejanji. Osebno integriteto predstavljajo človekovi osebni moralni standardi in vrednote, ki jim je zvest. Poklicno integriteto pa dodatno zaokrožajo strokovni in etični standardi določenega poklica. Pogosto je prisoten razkorak med osebno in poklicno integriteto (npr. debel zdravnik mora svetovati o zdravi in uravnoteženi prehrani, zdravnik kadilec mora odsvetovati kajenje, zdravnik alkoholik ali pretiran pivec mora svetovati o manj tveganem uživanju alkohola ipd.), pri čemer mora zdravnik pri delu z bolniki vedno slediti strokovnim in etičnim merilom v medicini.

3.4.4.3.2 Nadzor vodij služb

Vodje služb skrbijo za strokovnost dela delovnih skupin, ki jih vodijo. Nadzor opravljajo v skladu s smernicami, s sodobnimi strokovnimi spoznanji, z navodili organov zavoda in z dogovori znotraj skupine. S svojimi delovnimi skupinami imajo v skladu z načrtom notranjih strokovnih nadzorov redne sestanke vsaj štirikrat letno. Za sestanek pripravijo dnevni red in vodijo zapisnike o prisotnih, obravnavanih temah in sklepih. Ob polletju in ob koncu leta pripravijo poročilo o dejavnostih v zvezi z nadzorom, s katerimi seznanijo vodje in ustrezni strokovni kolegij dejavnosti v zavodu oz. strokovnega vodjo, če za njihovo področje ni kolegija na ravni zavoda. Vsako leto pripravijo načrt dejavnosti za zagotavljanje, izboljševanje in nadzor kakovosti dela, ki ga na ravni enote uskladijo s strokovnim svetom enote, na ravni zavoda pa s kolegijem zavoda na svojem strokovnem področju.

O morebitnem sumu zdravstvene napake ali o okoliščinah, ki bi do nje lahko privedle, poročajo vodji enote ali drugemu ustreznemu organu zavoda in o dogodku obvestijo strokovnega vodjo zavoda, ki je zadolžen za stike za javnostjo. V skladu s svojim strokovnim znanjem so v primeru zdravstvene napake dolžni takoj ukreniti vse, kar je v njihovi moči in pristojnosti, za preprečitev posledic in vse potrebno, da ne bi prišlo do ponovitve napake.

3.4.4.3.3 Nadzor vodij enot in strokovnih kolegijev osnovne enote

Vodja enote (kadar gre za večji zavod z več enotami), ki je tudi vodja strokovnega sveta enote, skrbi za strokovnost dela celotne organizacijske enote. Nadzor opravlja v skladu s sodobnimi strokovnimi spoznanji in strokovnimi načeli. Pripravi letni načrt izvajanja dejavnosti na področju zagotavljanja in izboljševanja kakovosti ter izvajanja notranjega nadzora v enoti, ki ga posreduje strokovnemu vodji zavoda. O kakovosti dela poroča na strokovnemu svetu vsaj enkrat letno, ob koncu leta. V nujnih primerih, ko gre za sum zdravstvene napake, lahko poroča neposredno strokovnemu vodji zavoda ali direktorju zavoda.

Vodja enote sklicuje strokovni svet enote najmanj dvakrat letno. Strokovni svet enote spremlja in ocenjuje opravljeno strokovno delo, obravnava zahtevnejše pritožbe uporabnikov nad organizacijo dela, nad odnosom zdravstvenih delavcev in sodelavcev enote in o tistih strokovnih vprašanjih, ki ne kažejo na možnost zdravstvene napake. Sestanki se sklicujejo pisno, vsaj 7 dni pred sklicem. Za sestanek se pripravi dnevni red in vodi zapisnik o prisotnih, obravnavanih temah in sklepih.

Pri odkrivanju nepravilnosti, ki bi lahko vodile v zdravstvene napake, si vodja enote pomaga s pritožnim sistemom in sistemom zbiranja podatkov o izjemnih dogodkih v svoji enoti.

V primeru ugotovljenih zdravstvenih napak ali nepravilnosti pri delu enote je vodja enote dolžan:
v skladu s svojim strokovnim znanjem narediti vse za preprečitev posledic in da ne bi prišlo do ponovitve napake oz. nepravilnosti,
v primeru ugotovljenih napak ali nepravilnosti, ki bi lahko vplivale na zdravje posameznika ali skupnosti, motile normalno delo celotnega zavoda ali škodovale ugledu zavoda, je dolžan takoj obvestiti direktorja zavoda in strokovnega vodjo zavoda.

Vodja enote samostojno ali v sodelovanju z vodji služb ali glavne sestre obravnava pritožbe bolnikov, ki se nanašajo na organizacijo dela v enoti, na odnos zaposlenih do bolnikov ali na nezadovoljstvo z opravljeno storitvijo. Kadar se pritožba nanaša na strokovno delo zdravnika, vodja enote z vsebino pritožbe in z okoliščinami dogodka seznani strokovnega vodjo, ki izvede potrebna opravila.

Ob polletju in ob koncu leta vodja enote ali vodja za kakovost enote pripravi poročilo o dejavnostih v zvezi z nadzorom, s katerimi seznani direktorja zavoda in strokovnega vodjo zavoda. Vsako leto v sodelovanju vodij služb (članov strokovnega sveta enote) pripravi načrt dejavnosti za zagotavljanje, izboljševanje in nadzor kakovosti dela za tekoče leto.

3.4.4.3.4 Nadzor strokovnih kolegijev dejavnosti v zavodu

Vodje posameznih služb iz posameznih enot se lahko glede na potrebe in interese v zavodu združujejo v **strokovne kolegije dejavnosti** na ravni zavoda. Člani strokovnega kolegija dejavnosti v zavodu zastopajo svojo enoto in so se o delu strokovnega kolegija dolžni posvetovati z direktorjem enote in s strokovnim svetom svoje enote. V okviru svojih dejavnosti, v soglasju s strokovnim vodjem zavoda, pripravijo in sprejmejo navodila ter letni načrt rednih strokovnih nadzorov in drugih dejavnosti za zagotavljanje in izboljševanje kakovosti v okviru svoje stroke (dejavnosti) v celotnem zavodu, ki ga posredujejo strokovnemu vodji zavoda in o njem seznanijo direktorje svoje enote. Strokovni kolegiji dejavnosti v zavodu izvajajo strokovni nadzor na naslednje načine:

- z individualnim svetovanjem zaposlenemu na njegovem delovnem mestu,
- z oceno vodenja zdravstvene dokumentacije pri zaposlenem in v določeni službi,
- z oceno organizacije, opreme, prostorov in protokolov za varno in kakovostno delo ambulante ali enote,
- z oceno zadovoljstva zaposlenih,
- z oceno zadovoljstva in drugih mnenj bolnikov,
- z oceno kakovosti dela z zbranimi podatki na druge načine,
- z obiskom pri izvajalcu (vizitacija),
- z izvedo nadzora z dva- ali tričlansko komisijo in
- na druge dogovorjene načine.

Strokovni kolegiji dejavnosti v zavodu posredujejo polletna in letna poročila o izvajanju rednih strokovnih nadzorov in drugih dejavnosti za zagotavljanje in izboljševanje kakovosti v okviru svoje stroke (dejavnosti) strokovnemu vodji zavoda.

Pooblastila za izvajanje strokovnih nadzorov izvajalcem nadzorov izda direktor zavoda.

Vodje strokovnih kolegijev tvorijo kolegij strokovnega vodje, na katerem usklajujejo načrte in obravnavajo poročila o izvajanju dejavnosti v zvezi z zagotavljanjem izboljševanjem kakovosti ter nadzora.

3.4.4.3.5 Nadzor strokovnega sveta

Strokovni svet zavoda je kolektivni poslovodni ali posvetovalni organ zavoda. Sprejema in ocenjuje izvajanje načrt notranjega strokovnega dela v zavodu, polletno in letno poročilo o zagotavljanju in izboljševanju kakovosti ter izvajanju notranjega nadzora v zavodu.

3.4.4.3.6 Nadzor strokovnega vodje zavoda

Po zakonu o zavodih, zakonu o zdravstveni dejavnosti in v skladu s statutom zavoda, vodi strokovno delo zavoda v primeru, da direktor zavoda po osnovni izobrazbi ni zdravnik, **strokovni vodja**, ki je odgovoren za strokovnost dela v zavodu, zato opravlja notranji strokovni nadzor samostojno in s pomočjo drugih organov zavoda s tem, da koordinira načrtovanje in preverja izvajanje s tem pravilnikom določenega notranjega strokovnega nadzora.

O svojem delu je dolžan najmanj enkrat letno, po potrebi pa pogosteje, poročati svetu zavoda, direktorju zavoda in strokovnemu svetu zavoda ter javnosti.

Obravnava pritožbe uporabnikov na strokovno delo zdravstvenih delavcev in sodelavcev zavoda ter sprejema poročila o nepravilnostih, ki bi lahko vodila v zdravstveno napako. Kadar se zadeve nanašajo na strokovna vprašanja dela zaposlenih, direktorju zavoda predlaga izredni strokovni nadzor in izvede potrebna opravila v zvezi z imenovanjem komisije za izredni strokovni nadzor in z določitvijo njenih nalog, pristojnosti in roke za izvedbo.

Vse te oblike nadzora skupaj imenujemo vodstveni nadzor in je razvejan toliko, kolikor je kompleksna organizacija zavoda in kakor zahteva tradicija tovrstne dejavnosti.

Ta element ocenjevalec oceni na podlagi naslednjih elementov:

- dokumentirano izvedeno individualno svetovanje zaposlenemu na njegovem delovnem mestu, ki ga opravi vodstveni delavec ali z njegove strani imenovani svetovalec,
- dokumentirana ocena vodenja zdravstvene dokumentacije pri zaposlenem ali v določeni službi,
- dokumentirana ocena organizacije dela, opreme, prostorov in protokolov za varno in kakovostno delo ambulante ali enote,
- dokumentirana ocena zadovoljstva in drugih mnenj bolnikov na podlagi izvedene ankete o zadovoljstvu, odsotnosti pritožba ali pozitivni rešitvi pritožb,
- dokumentirana ocena kakovosti dela in doseganja plana svoje dejavnosti z zbranimi podatki o opravljenem delu, registriranih bolnikih, opravljenih posegih, naročanjem laboratorijskih preiskav, napotitev na sekundarno raven, predpisovanje zdravil ter podatki ev. drugih nadzorov, kot npr. finančni nadzor ZZZS ali upravni nadzor MZ idr.

3.4.4.3.7 Nadzor direktorja zavoda

Direktor zavoda je ne glede na svojo osnovno izobrazbo odgovoren za strokovnost dela v zavodu s tem, da skrbi za to, da ima zavod ustrezne predpise, jih izvaja (predvsem redni strokovni nadzor) in da pooblašča

odgovorne za izvajanje vseh oblik notranjega strokovnega nadzora.

3.5 Pravice bolnikov

Bolniki imajo pravico do kakovostne zdravstvene oskrbe blizu svojega stalnega prebivališča vedno, ko jo potrebujejo. To jim zagotavlja teritorialno enakomerno razporejena mreža ambulant v osnovni zdravstveni dejavnosti in 24-urna dostopnost osnovnozdravstvenih storitev. Bolnik je v sistemu zdravstvenega varstva aktivni udeleženec in hkrati osrednji cilj delovanja zdravstvenih ustanov. Celotna zdravstvena dejavnost se namreč odvija zaradi bolnikov, zato je pomembno njihovo mnenje o kakovosti dela zdravstvene službe in še zlasti zdravnika kot nosilca dejavnosti. Zdravstvena politika želi z vpletanjem tržnih načel v sistem povečati konkurenčnost, ki vodi k večji kakovosti. Bolnikom zato dajejo večje možnosti pri izbiri med izvajalci, kar posredno zahteva izboljšanje kakovosti dela. Njihovo vključevanje v samo zdravljenje je ključnega pomena za uspešnost zdravljenja. O njihovih izkušnjah z zdravstveno službo lahko izvemo z anketiranjem ali uporabo pritožnega sistema.

3.5.1 Pomen bolnikovega mnenja

Mnenje bolnikov o kakovosti oskrbe je nepogrešljivo v vsakem sistemu kakovosti. Bolniki imajo glede postopka in izida svoje zdravstvene oskrbe svoje poglede in ocenjujejo druge vidike kakovosti, kot zdravniki in drugi v zdravstvu. Bolniki imajo z zdravstveno oskrbo posamične, kvalitativne in subjektivne izkušnje, nimajo ustreznega strokovnega znanja iz medicine, zato jim je tudi po izkustvu določene oskrbe težko podati ustrezno oceno. Kljub temu mnenje bolnikov predstavlja dragoceno sredstvo za načrtovanje sprememb in izboljšav.

- Bolnikovo zadovoljstvo nam služi
  - pri odkrivanju težav v oskrbi, na osnovi katerih izbiramo prednostne naloge izboljševanja kakovosti,
  - kot kazalec kakovosti pri ocenjevanju ravni kakovosti in
  - za načrtovanje oskrbe, ki bo zadovoljila potrebe uporabnikov.
- Bolnikova pritožba nam pomaga odkrivati napake, ki jih povzročajo škodljivosti in ustrezno ukrepati.

3.5.2 Načini vključevanja bolnikov v diagnostiko in zdravljenje

Zdravstvena politika v številnih državah vedno bolj poudarja vključevanje

bolnikov v načrtovanje, izvajanje in ocenjevanje zdravstvene oskrbe. Bolniki se v načrtovanje in izvajanje oskrbe lahko vključujejo na tri načine:
- vnaprej,
- med oskrbo,
- po oskrbi.

3.5.2.1 Vključevanje vnaprej

Vključevanje "vnaprej" dosežemo z ugotavljanjem potreb in želja celotne ali ciljne skupine prebivalcev že pred načrtovanjem in samo izvedbo oskrbe. Pomembno vlogo pri tem lahko odigrajo organizirane skupine bolnikov in potrošnikov ter predvsem množična občila. Izvajalci za želje in potrebe svojih bolnikov lahko največ izvedo iz pritožnega sistema. Kljub temu ostanejo mnogi pogledi neizraženi, zato imajo pomembno vlogo pri ugotavljanju želja in potreb bolnikov tudi raziskave o prioritetah bolnikov, ki posredujejo na sistematičen način ugotovljene želje in potrebe vseh ljudi.

3.5.2.2 Vključevanje med oskrbo

V odločanje o oskrbi se med samo oskrbo bolnik vključuje s poučenim pristankom in sodelovanjem pri zdravljenju. Bolniku je potrebno zagotoviti možnost, da se o izbiri preiskav in zdravljenja lahko odloča čim bolj avtonomno. Temelj sodelovanja in soodločanja so dobri medosebni odnosi in ustrezno sporazumevanje.

3.5.2.3 Vključevanje po oskrbi

Ocene, ki nam jih posreduje bolnik po oskrbi, so primerjava bolnikove izkušnje z njegovimi pričakovanji. Po oskrbi mora bolnik imeti možnost spregovoriti o svojih izkušnjah z izvedbo oskrbe in primerjavi s pričakovanji. To mu omogoča pritožni sistem. Bolnik, ki s svojim zdravnikom ni zadovoljen, mora imeti možnost, da si izbere drugega zdravnika. Zamenjave zdravnika nam lahko služijo kot približna ocena nezadovoljstva z zdravnikom. Poglobljeno analizo bolnikovih izkušenj pa je mogoče opraviti le s sistematičnim merjenjem zadovoljstva.

3.5.3 Pritožni sistem

Pritožni sistem je sistematičen način zbiranja, obravnavanja, reševanja in uporabe bolnikovih stališč o oskrbi za izboljšanje kakovosti dela po oskrbi.

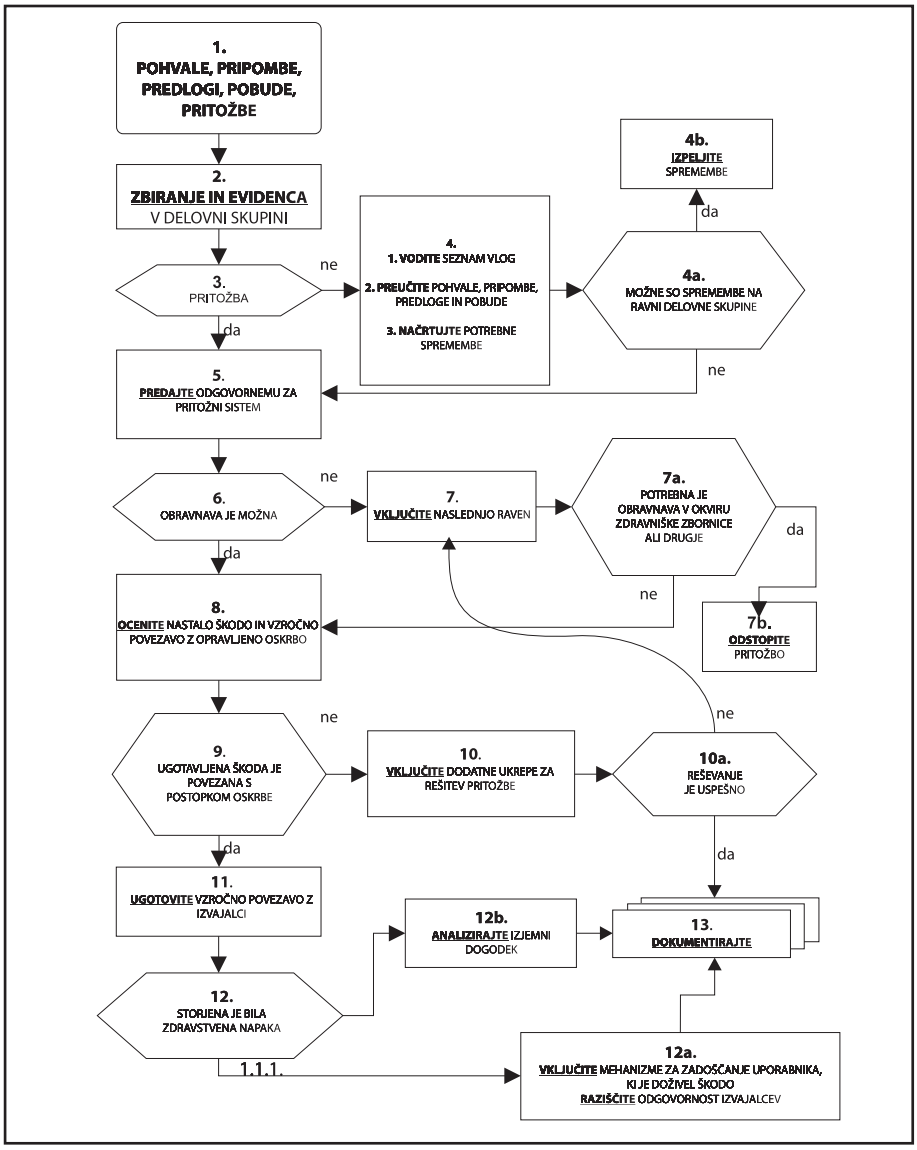
Ima naslednje vloge:
- Bolnikom omogoča, da izrazijo svoje mnenje o izkušnjah z oskrbo.
- Omogoča jim zadoščenje zaradi občutene krivice ali škode, ki je nastala zaradi zdravstvenih ukrepov.
- Izvajalci tako pridobijo vpogled v težave pri oskrbi in mnenje bolnikov o oskrbi. To jim omogoča izbiro prednostnih nalog, ki bodo kar največ prispevale k izpolnjevanju potreb in želja uporabnikov pri stalnem izboljševanju kakovosti njihovega dela.

Cilj pritožnega sistema je ugotavljanje bolnikovih pogledov in pomanjkljivosti, ki jih ugotavlja bolnik, in jih ni mogoče ugotoviti z drugimi metodami. Gre za učenje iz »napak«, ki bi drugače ostale pozabljene in neizrabljene za preprečevanje novih različkov in odstopanj. Pritožba ne sme ostati sama sebi namen. Poleg bolnikovega zadoščenja je pritožni sistem za izboljševanje kakovosti neizčrpen vir za izbiranje prednostnih nalog. Da bi lahko izrabili potencial pritožnega sistema, morajo biti bolniki seznanjeni s svojimi pravicami in z možnostmi njihovega uresničevanja. Najučinkoviteje jih seznanjamo s plakati in z zloženkami. K njihovemu oblikovanju je treba pritegniti tudi uporabnike.

Prvine pritožnega sistema so bolnikove **pripombe, pritožbe, pohvale, pobude in predlogi** (**5 P**), vprašalnik o zadovoljstvu, zbiranje, obdelava, reševanje in odgovori na pritožbe. Obrazce in navodila lahko najdete tudi na spletni strani Združenja zdravnikov družinske medicine. Uporabnike zdravstvene službe je treba spodbujati k sporočanju svojega mnenja. Pomembno jih je spodbujati tudi k sporočanju pozitivnih izkušenj in predlogov za izboljšave, ne zgolj k tožarjenju ali izražanju nezadovoljstva. Bolnik mora imeti na razpolago ankete o zadovoljstvu, da lahko svoje mnenje sporoči v strukturirani obliki. Zagotoviti je treba tudi možnost zbiranja drugih mnenj. Vsak izvajalec mora imeti nabiralnik za zbiranje pripomb, pritožb, pohval, pobud, predlogov in anket o zadovoljstvu. Vsaka delovna skupina vodi seznam pritožb.

Pritožni sistem mora biti organiziran tako, da omogoča reševanje vprašanj na najnižji možni ravni (slika 3.7). Posredovanje pritožb mora biti zagotovljeno v vsaki zdravstveni ustanovi čim bliže mest, kjer se izvaja oskrba. Vse vloge morajo biti evidentirane in zagotovljena mora biti navpična razvidnost pritožb. Zdravstvena ustanova mora določiti tudi odgovorno osebo za obravnavo mnenj, ki jih delovna skupina sama ne zmore rešiti oz. posegajo na strokovno področje in tako zahtevajo širše reševanje. Sistematičnost reševanja zagotavlja uporabnikom, da bo vsaka njihova vloga rešena z

največjo pozornostjo na način, ki zagotavlja zadoščenje ob možni krivici, mnenje uporabnikov bo uporabljeno za izboljševanje kakovosti na ravni celotne zdravstvene ustanove. Zdravstvena ustanova je dolžna obravnavati tudi anonimne pritožbe s to razliko, da »oškodovani« ne more dobiti neposrednega zadoščenja.



Slika 3.7. *Organizacija pritožnega sistema na ravni zdravstvene ustanove: 1 – Pripombe, pritožbe, pohvale, pobude in predlogi (5 P) – izpolnjeni vprašalniki o zadovoljstvu se zbirajo v posebnem nabiralniku.*

3.5.4 Ekonomske omejitve in etične dileme sistema zdravstvenega varstva

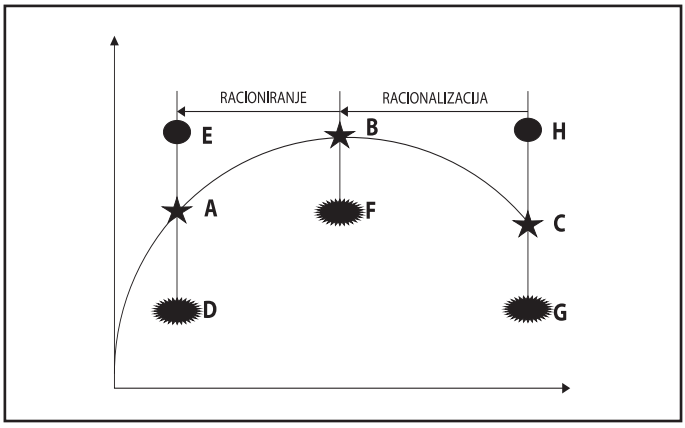
Zdravstvena oskrba je zaradi vedno večjih možnosti in velike učinkovitosti različnih postopkov postala tako draga, da si je tudi najbogatejše države ne morejo privoščiti v neomejenem obsegu. Vsi skupaj občutimo pritiske omejenih sredstev zaradi relativno in absolutno nizkega deleža prispevkov, namenjenih za izvajanje zdravstvenega varstva. Vendar so sredstva, ki se zbirajo preko javnih financ, vedno končno omejena in ne morejo zagotavljati celotnega pokrivanja potreb dragega zdravstvenega varstva. Iz izkušnje so nam znani različni ukrepi pri financiranju izvajanja zdravstvenega varstva, s katerimi naj bi pocenili njegovo izvajanje. Z omejitvami nikoli ne morejo biti vsi zadovoljni.

Uspešnosti sistema zdravstvenega varstva zagotovo ne moremo meriti samo s finančno učinkovitostjo ali samo z učinkovitostjo zdravstvene službe. Kadar želimo govoriti o uspešnosti sistema zdravstvenega varstva, moramo vedno upoštevati doseženo učinkovitost posameznih podsistemov (predvsem zdravstvene službe) v primerjavi z razpoložljivimi viri (delež bruto narodnega dohodka, kadri, materialni pogoji). Med merili učinkovitosti sistema zdravstvenega varstva poznamo predvsem kazalce vitalne statistike, kot so umrljivost, zbolevnost. Zdravstvena politika države v politiki skrbi za ravnotežje med prevladujočim ekonomskim interesom gospodarskih subjektov v državi in deklarirano pravičnostjo v zdravju svojih državljanov. Njen ugled in moč znotraj sistema zdravstvenega varstva odločata, ali bo prevladujoči vzorec zdravstvene politike naravnan bolj v liberalistično ali socialnodemokratsko smer. Zdravstvena politika ima zato odločilno vlogo pri oblikovanju ustreznih pogojev kakovosti celotnega sistema zdravstvenega varstva in s tem tudi kakovosti konkretne zdravstvene oskrbe državljanov.

Zaradi drugačne zasnove poslovanja se doslej pri nas nismo srečevali z ekonomsko uspešnostjo zdravstvenih organizacij in zasebnikov. Slej ko prej pa se bomo srečali z istimi vprašanji kot v ZDA in večjem delu Evrope. Zaradi različnih postavk pri plačevanju storitev zdravstvene oskrbe so v vsakem sistemu plačevanja vedno možnosti ali opuščanja ali pretirane rabe ali zlorabe plačljivih in neplačljivih storitev. Zato je ključnega pomena vsakega sistema zdravstvenega varstva ne samo, da nadzoruje porabo javnih sredstev, ampak tudi, da preko različnih mehanizmov skuša zagotoviti, da se t.i. zdravstveni denar porablja racionalno in da se hkrati ne odstopa od sodobnih smernic zdravstvene oskrbe. Zavedati se moramo, da dražje ni vedno boljše in tudi cenejše ne vedno slabše. Kakovost je uporaba učinkovitih

postopkov zdravstvene oskrbe pri pravih bolnikih v danih razmerah na učinkovit način.

Z omejevanjem sredstev (racioniranjem) lahko močno okrnemo kakovost oskrbe, vendar pa večanje sredstev preko določene meje prav tako ne prispeva več nujno k dvigu kakovosti. Pri večji porabi sredstev se lahko zgodi, da pride do take oskrbe (pretirane rabe z več (tudi iatrogenimi) škodljivostmi, večjo tesnobo uporabnikov in večjimi stroški), ki ne prinaša koristi. S tem se kljub večjim stroškom raven kakovosti niža (slika 3.8).



Slika 3.8. Prikaz odnosa med kakovostjo in stroški oskrbe. Če za oskrbo namenimo premalo sredstev (točka A), ne moremo doseči želene kakovosti (točka E), ki jo lahko dosežemo z uporabo večjih virov (točka B). Pri porabi sredstev preko določene meje večanje stroškov ne prispeva k izboljšanju kakovosti, temveč lahko celo povzroči poslabšanje kakovosti (iatrogeni učinki, nepotrebna oskrba, stranski učinki nepotrebnih zdravil itd.) (točka C). Zaželeno raven kakovosti (točka H) je mogoče doseči le ob dodatnih naporih in še večji porabi virov. Točke D, F in G predstavljajo nezaželeno raven kakovosti. Vsakdanja zdravstvena oskrba se neprestano giblje nekje med zaželeno ravnijo kakovosti (točke E, B, H) in nezaželeno ravnijo (točke D, F, G). Z racionalizacijo lahko kljub manjšim stroškom dosežemo enako želeno raven kakovosti (točka B), kot bi jo drugače ob večjih stroških (točka H). Z nadaljnjim zmanjševanjem stroškov (racioniranjem) se raven kakovosti oskrbe začne zmanjševati.Za

zdravnika je osnovna etična dilema med nudenjem najboljše možne oskrbe posamezniku, čemur je tudi prisegel pri Hipokratu, in racionalnim slogom dela, ki naj bi omogočal pravične deleže oskrbe celotni skupnosti.

Študenti se boste spoznali s problemom omejenih sredstev na vajah.

4 Veščine sporazumevanja

Namen poglavja je prikazati,
kako ustrezno voditi:
- *posvet z bolnikom v neposrednem stiku,*
- *posvet z bolnikom po telefonu,*
- *posvet z bolnikovimi svojci oz. družino,*
- *posvet z bolnikom po spletu,*
- *posvet z bolnikom po spletu;*

kako sporočiti slabo novico;
kako vključiti bolnika v lastno zdravljenje;
in kako vzpostaviti ustrezen
- *medosebni odnos in*
- *povezanost.*

Študent mora po študiju snovi tega poglavja
- *poznati veščine besednega in nebesednega sporočanja*

znati ustrezno voditi:
- *posvet z bolnikom v neposrednem stiku,*
- *posvet z bolnikom po telefonu,*
- *posvet z bolnikovimi svojci oz. družino,*
- *posvet z bolnikom po spletu,*
- *posvet z bolnikom po spletu;*

znati sporočiti slabo novico;
znati vključiti bolnika v lastno zdravljenje
in znati vzpostaviti ustrezen
- *medosebni odnos in*
- *povezanost.*

4.1 Sporazumevanje z bolnikom

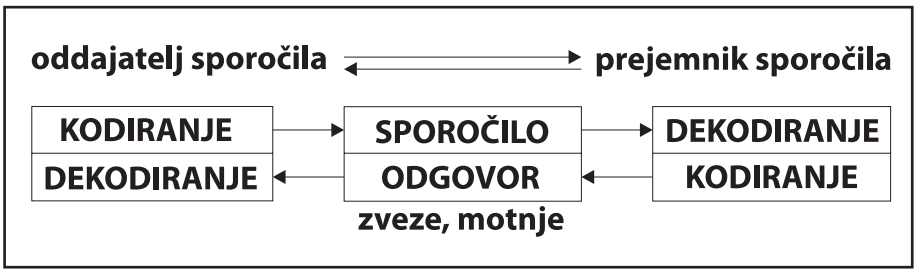
Klinično znanje predstavlja vsebino, sporazumevanje pa obliko oz. orodje uporabe kliničnega znanja pri bolnikih. Sporazumevanje (angl. communication) predstavlja besedne in nebesedne odnose med bolnikom in izvajalcem med posvetom in posledično ukrepanje, upoštevanje navodil in izvajanje zdravljenja s strani bolnika po stiku z zdravnikom. Pri tem pride do besednega (slušnega/govornega ali pisnega), nebesednega (vidnega) sporočanja. Vsak način ima svoje zakonitosti, prednosti in slabosti.

4.1.1 Sporočanje

Vse, kar počnemo, pa tudi tisto, česar ne počnemo, drugim predstavlja neko **sporočilo**. Sporočanje je sestavni del vsakega stika bolnika z zdravnikom. Predstavlja najvažnejši pripomoček za postavitev diagnoze, bistveni del načrta zdravljenja in nujno potrebno sredstvo za sodelovanje s kolegi in sodelavci. Sporočanje med bolnikom in zdravnikom se pretežno vrši na domačem terenu zdravnika. Bolniku je okolje zdravstvene ustanove tuje in neprijazno. Naloga zdravnika je, da spozna stisko in bolnika pomiri. Le sproščen bolnik bo posredoval in sprejel neokrnjeno sporočilo.

Sporočanje je **oddajanje**, **prenos**, **sprejem** in **obdelava** sporočila ter **odgovor** na sporočilo. Sporočanje poteka med dvema subjektoma: **oddajateljem sporočila** in **prejemnikom sporočila** (slika 4.1). Namen sporočanja je dosežen, če **prejemnik** sporočilo prejme, ga razume, uporabi in nanj odgovori.

Trije različni pogledi na sporočanje so:
- *kibernetični, matematični: prenos sporočila med izvorom sporočila in prejemnikom sporočila;*
- *medosebni: namerno ali nenamerno, zavestno ali nezavedno, načrtno ali nenačrtno oddajanje, sprejemanje in učinek sporočil pri medosebnih odnosih dveh ali več oseb;*
- *sociopsihološki: medsebojni vpliv ljudi z uporabo simbolnih sredstev.*



Slika 4.1. *Ponazoritev sporočanja. Sporočanje poteka med dvema subjektoma (oddajateljem sporočila in prejemnikom sporočila) izmenično. Pri tem uporabljata določene zveze. Do motenj lahko prihaja na zvezah, pri kodiranju ali dekodiranju sporočila. Sporočanje se vedno odvija v določenem okolju.*

Sestavine vsakega sporočanja so **sporočilo**, **subjekti** (oddajatelj in prejemnik), **zveze** (medij, kanal) in **okolje**, v katerem se sporočanje vrši. Sporočilo je en ali več podatkov (informacij) iz vsebine, ki jo uporabljamo

v konkretnem postopku sporočanja. Izkušnje, znanje in razumevanje se lahko v naši zavesti nahajajo v obliki enostavnih podatkov ali kompleksnih miselnih in čustvenih skupkov. Oddajatelj izbere želeni del podatkov in jih pretvori (kodira) v simbole (šifre oziroma kode, obema poznan jezik), ki so primerni za posredovanje. Sporočilo je lahko besedno ali nebesedno. Pri tem uporabljamo znan jezik, znane izraze in običajne besedne zveze za opredelitev določenih pojmov. Ostali del slušnega sporočanja so še dodatni šumi, glasovi, vzdihi in podobno, ki lahko spremljajo govorjenje ali se pojavijo neodvisno od govorjenja kot samostojni del sporočanja. Medmeti zanikanja, odobravanja, spodbujanja in čustvenega počutja sodijo v to obliko sporočanja. Bolnik, ki sedi v ambulanti, lahko svojo bolečino pokaže (izrazi) na več načinov:

- Pove: *"Boli me!"*
- Spušča besede: *"Auu, uf, eh!"*
- Spušča glasove: *kot sikanje zraka ipd.*
- Z grimasami na obrazu.
- Z antalgično držo ali s kretnjami, iz katerih se da razbrati, da jih opravi zaradi bolečin drugače, kot bi jih brez njih.

Nebesedno (vidno) sporočanje obsega cel spekter: drža, gibi, hoja, hotne in nehotne kretenje, grimase, odzivi na način oblačenja. Nebesedni signali so označevalci, ponazorjevalci, izrazi čustev, usmerjevalci in prilagojevalci. Čeprav se zdi, da smo za to obliko sporočanja nedovzetni, ker si je večinoma niti ne zapomnimo, znatno vpliva na celotni kontekst naših odnosov.

Tako oblikovano sporočilo preko **zveze** (med običajnim posvetom je to zvok, ki potuje po zraku v določenem okolju ambulante ali doma) odda z namenom, da bi ga prejemnik prejel.

Prejemnik prenesene podatke spet dekodira, spremeni v njemu razumljive in predstavljive enostavne ali zapletene miselne zveze. Pri tem lahko pride do nesporazumov, če se kode oddajatelja in prejemnika ne ujemajo popolnoma. Na to vplivajo razlike v znanju, izkušnjah, razumevanju in kulturi oddajatelja in prejemnika. Pride do pomenskih motenj.

Pomenske motnje nastanejo zaradi uporabe šifer, ki imajo za različne udeležence sporočanja lahko drugačen pomen ali kak sopomen. Pri medosebnih stikih so zveze oziroma poti prenašanja podatkov manj pomembne, kot so pomembne oblike sporočanja. Oddajatelj in prejemnik sporočila sta navadno osebno prisotna, tako da je prenos sporočila poenostavljen. Hkrati pa lahko sproti razčistita možne nejasnosti.

MISLI: *Sladkornemu bolniku želim povedati, da je pri 95 kilogramih in 170 centimetrih predebel ter ima zato tudi zvišan holesterol in visok krvni sladkor in zvišan krvni tlak.*
OPREDELITEV: *Hujšanje kot prvi in najučinkovitejši ukrep. V naslednji fazi moram sporočilo preoblikovati (kodirati) v prejemniku razumljiv in sprejemljiv jezik.*
KODIRANJE:
1. varianta (občutljiv bolnik);
»Ali ste že kdaj razmišljali, da bi morda shujšali kak kilogram ali dva?«
2. varianta (z bolnikom se dobro poznata):
»Kilogrami nama pa kar pošteno nagajajo. Nekaj bova morala ukreniti v zvezi s tem. Kaj imate v načrtu vi?«
3. varianta (medicinska):
»Za svojo višino ste predebeli. Do naslednje kontrole čez tri mesece morate shujšati vsaj 5 kilogramov.«

Razumljivo je, da se pojavijo težave med oddajateljem (bolnikom) sporočila in prejemnikom (zdravnikom) le-teh, bolj ko so ti znaki drugačni od ustaljenih pomenskih zvez. Na razlago vplivajo kulturna, socialna in izobrazbena bližina ali prepad med izvajalcem in bolnikom ter ne nazadnje zdravstveno stanje ali dogodki, kot npr. sporočanje slabe novice ob smrti bližnjega.

Poleg motenj v **kodiranju** in **dekodiranju** (pomenskih motenj) do motenj (šumov) lahko prihaja tudi na zvezah. Mehanične motnje so:
- **del sporočila je neslišen zaradi tihega glasu oddajatelja (bolnik je hripav, ima traheostomo, govorno napako);**
- **del sporočila ne pride do prejemnika zaradi naglušnosti prejemnika;**
- **sporočilo je lahko nerazumljivo zaradi razlik v jeziku oddajatelja in prejemnika (bolnik in zdravnik ne govorita istega jezika (tujci), razlike v narečju so prevelike, zdravnik uporablja medicinsko latovščino);**
- **sporočilo je okrnjeno zaradi sredstva prenosa (telefon, pismo, splet) ali posrednika prenosa sporočila (svojca, medicinske sestre);**
- **oddajatelj in prejemnik zaradi sredstva prenosa nimata možnosti spremljati nebesednih sporočil, ki podpirajo ali zanikajo sporočeno.**

Pisno sporočanje je veliko bolj neosebna oblika sporočanja, vendar ima prednost v trajnosti, čeprav zaradi tega ni nujno bolj natančno. Pisno sporočanje je bolj skopo od govornega: papir nas oropa možnosti opazovanja

vedenja poročevalca in nam ne omogoča sprotnega razjasnjevanja. Zato moramo biti pri pisanju toliko bolj tankočutni, saj neposredne, strokovno toge besede bolnika, ki bo prebral sporočilo, lahko po nepotrebnem vznemirijo. Pisno sporazumevanje sega tudi na področje odgovorov na spletu, kjer moramo biti pri odgovorih dodatno previdni zaradi številnih uporabnikov sporočil.

Sporočanje po telefonu predstavlja pogosto in dobrodošlo bližnjico za posredovanje določenih in omejenih sporočil. Pozorni moramo biti na identiteto klicočega, da ne kršimo medicinske etike. Pri posredovanju občutljivih informacij pa moramo paziti tudi na odziv prejemnika, ki ga po telefonu teže nadziramo kot v neposrednem stiku. Pri dobri povezanosti med zdravnikom in bolnikom in pri stalnosti zdravnika je sporočanje po telefonu olajšano.

4.1.2 Posvet

Posvet (*angl. consultation*) je taka oblika stika, kjer je bolnik v stiku z zdravnikom osebno ali preko posrednika oz. medija (telefon, pismo, splet). Pri posvetu je zdravnikovo posredovanje sporočil, znanja in spretnosti neposredno izpostavljeno bolnikovim zaznavam. Posvet predstavlja ključno obliko odnosov med bolnikom in izvajalci. Ima svojo značilno zgradbo, vsebino in namen (glej poglavje *5 Veščine vodenja posveta*).

Študenti se boste učili sporazumevanja z video-snemanjem, s simuliranimi bolniki, z igranjem vlog, z opazovanjem učiteljev veščin in s samostojnim vodenjem posvetov z bolniki. Učili se boste tudi sporočanja po telefonu in s pomočjo virtualne ambulante pisanja odgovorov na vprašanja po spletu.

4.2 Povezanost med zdravnikom in bolnikom

4.2.1 Medosebni odnosi

Medosebni odnosi oskrbe so poleg strokovnosti oskrbe, prostorov in opreme bistveni del pogojev kakovostne oskrbe naših bolnikov. **Odnosi** se vzpostavijo, oblikujejo in vzdržujejo s pomočjo posvetov med bolnikom in zdravnikom. Zato sodi oblikovanje odnosov med "stranske učinke" posveta. Z ustreznim pristopom k reševanju bolnikove zdravstvene težave hkrati ustvarjamo ustrezne odnose. "Vstopno mesto" za oblikovanje odnosov je bolnik, ki ga tako postavljamo v središče naših prizadevanj. Bolezen je le ena izmed lastnosti bolnika, to je tista, ki ga je prignala iskat pomoč. Na

oblikovanje odnosov vplivajo

1. okoliščine, v katerih poteka posvet,
2. lastnosti bolnika,
3. lastnosti zdravnika,
4. potek samega posveta.

Za lažje razumevanje moramo omeniti tri oblike odnosov, ki imajo pri tem svojo vlogo. Osebni odnosi so zaznave, spomini, čustva in telesna občutja. Medosebni odnosi se kažejo kot sodelovanje ali tekmovanje. Najpomembnejši so nadosebni odnosi, ki se dogajajo med dvema osebama na osnovi vživljanja drugega v drugega. Medicina je pod vplivom filozofskega dualizma in vpliva empirične znanosti poudarjala predvsem telesne razsežnosti bolezni in zdravljenja. Duševnost je ostajala v ozadju. V zadnjem času prihaja do preraščanja klasične predpostavke medicine v celostni pristop k reševanju zdravstvenih težav.

4.2.2 Vživljanje v drugega

Vživljanje (empatija) je zmožnost zdravnika, da se poistoveti z bolnikom in občuti njegovo bolečino. Empatični odgovor ne pomeni, da sogovornik občuti ista čustva. Pomeni, da ta čustva deli z bolnikom na tak način, da jih razume. Če bi se znašel v istem položaju kot bolnik, bi verjetno doživljal ista čustva. Empatija je časovno omejen, vendar pozitiven odgovor na čustva drugega, ne glede na to, ali bolnik svoja čustva očitno izraža ali prikriva. To ni niti indifirentna vzvišenost ali odkrito zavračanje bolnikovih čustev niti ni nekritična pridružitev (simpatija) v čustvih, temveč je izražanje razumevanja in pospeševanja odkritosti in topline med sogovornikoma.

Bolnik ne išče zdravniške pomoči le zaradi ureditve napak v svojih biokemičnih in fizioloških procesih. Prihaja predvsem zaradi vpliva teh motenj nanj. Vpliv bolezni moramo poleg tega opazovati še v okviru družine, delovnega okolja, naravnega okolja, kulture in povezanosti bolnika z drugimi ter z okoljem. Bolezen lahko vpliva na varnost, omaja občutek nadzora nad svojo usodo, povzroči občutek odtujevanja sebi, družini, okolici in povzroča finančne in eksistencialne stiske. Bolečine, izguba funkcije in druge oblike motenj zmanjšajo ali prekinejo običajne možnosti za stike z drugimi. S tem se poveča občutek neželene osamljenosti, kar je v nasprotju s težnjo po povezanosti z drugimi. Bolnik se lahko počuti nemočnega, obupanega in demoraliziranega. Zdravnik se bolniku pokaže kot alternativa za izgubljeno povezanost s svetom. Bolniku nudi občutek **povezanosti** s pozornim poslušanjem in z razumevanjem bolnikovih težav. To bolniku zmanjša občutek osamljenosti

in dvigne obrambne sposobnosti. Bolniki med zdravnikovimi lastnostmi najviše cenijo skrb in pripravljenost poslušanja.

Čeprav redko, se najde kak bolnik, ki ob koncu posveta prizna: *»Gospod doktor. Vem, da mi ne morate pomagati. Ampak veliko lažje mi je, ker sem vam lahko povedal, kar mi je ležalo na duši. Hvala vam! Ali lahko še kdaj pridem k vam, če se bom tako počutil?«* Kdo ve, koliko naših bolnikov odhaja od nas s takimi občutki, le da mi ne vemo zanje in menimo, da je bil posvet neuspešen, ker nismo uspeli razrešiti bolnikovih medicinskih težav.

4.2.3 Povezanost

Povezanost spoznamo po posebnem globljem občutku, ki ga doživimo ob vživljanju v drugega (empatiji). Nekateri to opisujejo kot srh ali kurjo polt kot zunanje zaznavanje notranje izpolnitve. Občutek je lahko kratek, vendar ima dolgotrajen učinek.

Ob bolezni se bolnik sprašuje tudi o svojem smotru. Zato bolnik potrebuje za svoje stanje pojasnilo, ki povezuje njegove izkušnje z njegovim širšim, kulturno pogojenim modelom. Kadar se bolnikov pogled ne more prilagoditi bolezni, se lahko sooči s krizo, z ugotovitvijo, da svet ne deluje po dotlej veljavnih (bolnikovih) načelih. Bolnik lahko izgubi zanimanje za bolezen in upanje na ozdravitev. Ob izgubi smotra je zelo pomemben občutek povezanosti z zdravstvenim strokovnjakom ali nekom, ki je bolniku blizu.

Na drugi strani včasih bolezen nudi izziv za odkrivanje osebnega smotra, dostojanstva in vrednosti. Naš smoter, biti zdravnik, nam dajejo bolniki. Medicina nam omogoča, da s posvečanjem bolnikom, presegamo sami sebe in gradimo svoje osebnosti. Zdravimo, da bi bili ozdravljeni. Če se počutimo povezane z našimi bolniki in z našim delom, nam bodo dolge ure, težke odločitve in mnoge druge zahteve vir izpolnitve in zadovoljstva. Nasprotno lahko ob istih zahtevah popolnoma "izgorimo".

Odnos je sredstvo za zbiranje podatkov, dajanje nasvetov in zdravilno sredstvo samo po sebi. Zato je vzpostavitev dobrega odnosa med bolnikom in zdravnikom temeljna naloga v ozadju vsakega posveta. Zdravnik posodi svojo moč ali "celoto" bolniku, ki je zaradi bolezni izgubil ali ima omajan nadzor nad svojim življenjem.

4.2.3.1 Kako do povezanosti?

4.2.3.1.1 1. Vzpostavitev odnosa

- Bolnik bo sodeloval pri oblikovanju odnosa, če mu to omogočimo. Omogočiti mu moramo, da pove celotno zgodbo brez nepotrebnih prekinitev. Izbrskati moramo vse njegove skrbi v zvezi s predstavljeno zdravstveno motnjo.
- Kazati moramo izrecno zanimanje za njegove težave in ga podpirati pri pripovedovanju.
- Opazovati moramo bolnikovo držo, kretnje, vzorec in tok govora.
- Bolnika neprestano vpletamo v razmišljanje o diagnozi in možnih alternativah nadaljnjega postopka.

4.2.3.1.2 2. Utišanje našega notranjega odgovora

- Bolnikovo pripovedovanje nas včasih sili k takojšnjim odgovorom. Svoje izjave moramo zadržati do konca bolnikove uvodne pripovedi.
- Med poslušanjem počakamo z oblikovanjem lastnih misli in ne hitimo z odgovorom. To nam omogoča boljše razumevanje bolnikovega pripovedovanja.

4.2.3.1.3 3. Dostop do nezavednih procesov

Nezavedni procesi silijo bolnika k razkrivanju vzrokov bolezni, zdravljenju in razlagam svojega stanja. To omogoča bolniku in zdravniku, da najdeta povezave med občutji, čustvi in življenjskim dogodkom, ki so jima bile dotlej nejasne.
Vprašati se moramo: *Zakaj mi pripoveduje vse to? Zakaj je uporabil prav določeno besedo? Kaj je bolnik zamolčal?*

4.4.3.1.4 4. Kazanje razumevanja

- Bolniku kažemo razumevanje na različne načine:
    - z empatijo: »Resnično ste dosti pretrpeli!«
    - s priznanjem: »Razumem, zakaj vam je bilo zardi tega hudo.«
    - s samoizpostavljanjem: »Sam sem bil na tem.«
    - s povzetkom: »Naj vidim, če sem vas pravilno razumel.«
    - s takojšnjim odzivom: »Hudo mi je, ko vas takole poslušam.«

Ko bolniku jasno pokažemo, da smo sprejeli njegovo zgodbo, dobi bolnik občutek, da smo ga razumeli. Ta občutek je osnova uspešne empatije in pogosto vzbudi globok občutek povezanosti. Osrečuje tudi občutek, da smo bolniku omogočili razumevanje naših besed.

Poleg občutka povezanosti bolnik pogosto potrebuje tudi to, da ga sprejmemo takšnega, kot je. Pri tem se moramo zavedati, da gre za bolnika in njegovo bolezen. Zato bi bilo krivično do njega, da mu ne bi pomagali razumeti njegovo stanje.

4.2.3.2 Pasti povezanosti

Povezanost prinaša tudi nekatere pasti.

4.2.3.2.1 Odvisnost in moč

Bolnik prenese na zdravnika večino odgovornosti za svoje težave. Pojavi se nevarnost regresije in idealizacije zdravnika. Vedno se moramo zavedati, da je bolnik sodelavec. Spodbujati moramo njegovo samostojnost na tistih področjih, kjer je sprejemljivo in mu pomagati na tistih področjih, kjer je pomoči potreben.

4.2.3.2.2 Spolna privlačnost

Spolna privlačnost je pogost sopotnik tesnih odnosov. Kljub temu, da čustev ni pametno potlačiti, moramo biti pri izražanju in udejanjanju spolne privlačnosti pazljivi. Bolnik je v takem odnosu vsaj v začetku v podrejenem položaju. Čustva je bolje premleti z dobrimi kolegi in preusmeriti v druge dejavnosti. Spolni odnosi z bolniki pa so zakonsko prepovedani in moralno-etično zavržni.

4.2.3.2.3 Dojemanje bolnikovega trpljenja kot svojega

Empatija lahko povzroči, da bolnikove opise trpljenja občutimo in dojemamo kot svoje. K temu nas spodbujajo lastna nerešena eksistencialna vprašanja. Pomoč nam lahko nudijo zaupni kolegi.

Študenti boste vadili vzpostavljanje ustreznega odnosa med zdravnikom in bolnikom na video-snemanju, s simuliranimi bolniki in ga v praksi preizkusili na vajah v splošnih ambulantah.

4.3 Vključevanje bolnika v diagnostiko, zdravljenje in vodenje bolezni

4.3.1 Opredelitev vključevanja bolnika v lastno zdravljenje

Časi, ko smo imeli bolnika za poslušnega izpolnjevalca zdravnikovih navodil in smo ga očetovsko karali, če se jih ni držal, so že davna zgodovina. Danes vedno bolj govorimo o dogovoru oz. soglasju med zdravnikom in bolnikom, o dogovornem sporazumevanju (sporazumevanju s soglasjem) in o vključevanju bolnikov v lastno zdravljenje. **Bolnikovo vključenost ali sodelovanje pri zdravljenju** oz. zavzetost za zdravljenje (*angl. patient's compliance, concordance, adherence*) opredelimo kot stopnjo, do katere se obnašanje osebe v smislu jemanja zdravil, izvajanja diete in spremembe življenjskega sloga) ujema z zdravstvenimi priporočili. Opredelitev temelji na predpostavki, da je zdravniški nasvet brez izjeme dober za bolnika in da dobro sodelujoči bolnik povsem sledi temu nasvetu. Dobro sodelovanje lahko opredelimo tudi z vidika izida zdravljenja in ga predstavlja najmanj tisti odstotek upoštevanja navodil in rednega jemanja zdravil, ki še zagotavljata dober izid zdravljenja.

4.3.2 Sodelovanje pri zdravljenju

Sodelovanje pri zdravljenju opredelimo tudi kot aktivno, prostovoljno vključevanje bolnika v zdravljenje njegove bolezni tako, da sledi skupnemu soglasnemu načrtu zdravljenja ter da si bolnik in zdravstveni delavec pri tem delita odgovornost. Gre za aktiven, odgovoren in prilagodljiv proces, v katerem si bolnik v sodelovanju z zdravstvenim osebjem prizadeva za doseganje zdravja, namesto da bi preprosto sledil rigidnim predpisanim pravilom. Sodelovanje bolnika predstavlja ključno povezavo med zdravljenjem in njegovim izidom, prispeva k boljši kakovosti zdravljenja in ima merljive medicinske in ekonomske posledice. Ob učinkovitem zdravljenju je izid boljši pri bolnikih, ki pri zdravljenju dobro sodelujejo.

4.3.3 Nesodelovanje pri zdravljenju

Nasprotje sodelovanju je nesodelovanje, ki ga prepoznamo kot
- prepozno iskanje zdravstvene pomoči,
- nesodelovanje v programih zgodnjega preprečevanja in odkrivanja bolezni,
- opuščanje kontrolnih pregledov in

- neizpolnjevanje navodil zdravnika.

Primarno nesodelujoč bolnik je tisti, ki prejme recept, vendar zdravila ne dvigne iz lekarne, jemlje nepravilne odmerke, jemlje odmerke zdravil ob nepravem času, neredno jemlje zdravila ali prezgodaj preneha z jemanjem predpisanih zdravil. Sekundarno nesodelujoč bolnik je tisti, ki ne pride iskat ponovnega recepta za nadaljevanje zdravljenja. Nesodelovanje je lahko hoteno (najpogosteje se bolnik zaradi dobrega počutja odloči, da zdravil ne bo več jemal) ali nehoteno (pozabljivost, nerazumevanje navodil). Vzpostavitev sodelovanja pri zdravljenju zato zahteva zavestno spremembo v obnašanju.

V primeru kroničnih bolezni večina študij ocenjuje, da 30-50 % bolnikov ne upošteva zdravnikovih navodil in neredno jemlje predpisana zdravila. Najslabše je pri priporočenih spremembah življenjskega sloga, saj kar 75 % ali več bolnikov ne uspe upoštevati zdravnikovih navodil. Ocenjujejo celo, da tretjina bolnikov jemlje zdravila tako, da resno ogrožajo svoje zdravje. Spremenljivke, ki vplivajo na sodelovanje pri zdravljenju sladkorne bolezni, lahko uvrstimo v štiri skupine: značilnosti zdravljenja in bolezni, sociodemografske značilnosti bolnikov, medosebni odnosi in dejavniki okolja.

4.3.3.1 Značilnosti zdravljenja in bolezni

V splošnem velja, da bolj zapletenemu režimu zdravljenja bolnik manj verjetno sledi (več dnevnih odmerkov zdravila, več različnih zdravil). Pri sladkorni bolezni se je npr. izkazalo, da bolniki slabše sodelujejo pri zdravljenju, tem dlje imajo bolezen. Bolnik mora biti zelo dobro poučen o naravi bolezni, načinu zdravljenja in njegovi učinkovitosti, saj tako bolje sodeluje pri zdravljenju. Bolniki sledijo samo navodilom, ki jim verjamejo, in tistim, ki so jih sposobni izvajati. Pomembna so tudi bolnikova prepričanja o zdravilih in medicini na splošno. Od sodelovanja pri zdravljenju bolnike odvračajo stranski učinki ali strah pred njimi. Ugotavljajo tudi, da imajo med starejšimi velik vpliv na slabo sodelovanje pri zdravljenju tudi sami stroški zdravljenja (plačevanje zdravstvenih storitev, zdravstveno zavarovanje, cena zdravil).

4.3.3.2 Sociodemografske značilnosti bolnikov

4.3.3.2.1 Starost

V primeru bolnikov s tipom 1 SB so mlajši bolniki pogosteje telesno dejavnejši kot starejši. Starejši adolescenti pogosteje izpuščajo odmerke inzulina kot mlajši otroci, mlajši hkrati pogosteje spremljajo nivo glukoze v krvi ter bolj upoštevajo navodila glede telesne dejavnosti kot starejši. Velja pa, da so psihosocialne značilnosti posameznika bolj pomembne za sodelovanje pri zdravljenju kot njegova starost. Starejši odrasli bolje vodijo svojo bolezen kot mlajši odrasli.

4.3.3.2.2 Spol

Moški s tipom 1 SB se sicer pogosteje telesno udejstvujejo, vendar se bolj nezdravo prehranjujejo.

4.3.3.2.3 Samopodoba

Pri bolnikih s tipom 1 SB se je izkazalo, da so tisti z boljšo **samopodobo** telesno dejavnejši in bolje prilagajajo odmerke inzulina potrebam, slabša samopodoba pa vodi v manj pogosto merjenje vrednosti glukoze v krvi.

4.3.3.2.4 Samo-učinkovitost

Tisti posamezniki, ki verjamejo v **lastno učinkovitost** (angl. self-efficacy) pri zdravljenju, bodo bolje sodelovali pri zdravljenju. Uspeh zdravljenja je odvisen od lastnih pričakovanj. Psihosocialne variable bolje napovedo sodelovanje pri zdravljenju z inzulinom in samokontrole krvnega sladkorja kot pri izvajanju diete ali telesnih aktivnosti. Sodelovanje pri predpisanem zdravljenju je boljše, kadar imajo bolniki občutek, da je njihova bolezen resna, ko povežejo bolezen s simptomi, ki jih občutijo, kadar zdravila odstranijo simptome, če verjamejo, da bo priporočeno zdravljenje preprečilo ali zavrlo razvoj zapletov sladkorne bolezni, kadar je bolnik prepričan v svojo ranljivost oziroma dovzetnost za bolezen in njene posledice ter v to, da upoštevanje zdravstvenih navodil zmanjšuje ali odstranjuje grožnjo bolezni.

4.3.3.2.5 Stres in čustvene težave

V splošnem negativno vplivajo na sodelovanje pri zdravljenju.

4.3.3.2.6 Depresija

Depresija je povezana s slabšim sodelovanjem pri zdravljenju in slabšimi izidi zdravljenja. Zdravljenje z antidepresivi izboljša depresijo in glikemično kontrolo.

4.3.3.2.7 Škodljiva raba alkohola

Škodljiva raba alkohola vodi v slabše sodelovanje pri zdravljenju.

Poleg teh so preučevali tudi zakonski stan, izobrazbo, socialne razmere ali število ljudi v skupnem gospodinjstvu, ki pa nimajo napovedne vrednosti za sodelovanje pri vodenju sladkorne bolezni. Sodelovanje pri zdravljenju je lahko odvisno tudi od nacionalnosti bolnika, kulture in subkulture.

4.3.3.3 Medosebni odnosi

Dobro sporazumevanje med bolnikom in zdravstvenim osebjem vodi v boljše sodelovanje pri zdravljenju. Zdravniki pogosto uporabljajo strokovne medicinske izraze, bolniki pa so preveč zavrti, da bi povprašali po dodatni razlagi, celo nasprotno, v znak razumevanja kimajo, čeprav ne razumejo. Nasprotujoče si informacije ali zdravniška navodila slabo vplivajo na sodelovanje. Na sodelovanje pri zdravljenju vplivajo tudi število ambulantnih obiskov, število terapevtov, čakalne dobe, časovni razmiki med kontrolami. Večjo podporo družine ima sladkorni bolnik, bolje bo sodeloval pri zdravljenju.

4.3.3.4 Dejavniki okolja

Okolje s svojimi ekonomskimi, agrikulturnimi, političnimi, zdravstvenimi, ekološkimi in kulturnimi spremembami vpliva na vedenje ljudi. Okolje sladkornega bolnika se lahko spreminja in zahteva prilagajanje spreminjajočim se zahtevam in prioritetam. Bolnik je postavljen pred odločitev, kaj je njegova prioriteta. Nekateri avtorji opisujejo sedanje okolje kot škodljivo okolje zdravemu načinu življenja. Visok porast pojavnosti debelosti in sladkorne bolezni v razvijajočih se državah gre verjetno pripisati urbanizaciji, mehanizaciji transporta in spremembam v preskrbi s hrano. Isti vzroki, ki pripeljejo do same bolezni, bolniku hkrati otežujejo sodelovanje pri zdravljenju.

4.3.4 Ustrezno vključevanje bolnika

Preproste formule, kako in v kakšnem obsegu bolnike dejavno vključiti v lastno zdravljenje, ni. Najenostavneje si lahko obseg vključenosti predstavljamo v obratnem sorazmerju z nujnostjo ukrepanja. Če je v urgentnih in življenje ogrožajočih stanjih vključenost majhna (v primeru nezavesti celo popolnoma odsotna), pa je vključenost pri obravnavi nejasnih in kroničnih stanj bistvenega pomena za uspeh zdravljenja.

Bolnikom pri uresničevanju njihovih pravic do vključenosti v lastno zdravljenje pomagamo s pripomočki v obliki informativnih zloženk in opomnikov, predvsem pa z ustreznim sporazumevanjem.

Študenti se boste z vključevanjem bolnikov v lastno zdravljenje spoznali med videosnemanjem, opazovanjem učitelja veščin in z lastnim delom z bolniki.

4.4 Upoštevanje socialnih, etničnih, kulturnih in drugih razlik bolnikov pri iskanju zdravstvene pomoči in izvajanju zdravljenja

Bolnik je socialno in kulturno določeno bitje, njegovo osebno izkustvo pa vsebinsko opredeljuje bolezen. Kulturni okvir določa pomembne emocionalne in estetske dimenzije katere koli izkušnje. Kulturni okvir deluje posredno – preko socialnih dejavnikov in demografskih značilnosti. Kot komponenta človekove identitete deluje podobno kot druge spremenljivke: spol, starost, socioekonomski status ipd. in je lahko povezana s prepoznavnimi vzorci bolezni.

Kulturni dejavniki se prenašajo z generacije na generacijo. Gre za rezultate socialnega učenja – jezik, prevzemanje običajev, navad in ritualov socialnega okolja. V evoluciji je kultura ogromno prispevala k pridobivanju znanja o okolju (učenje) in v spletu zapletenih procesov vplivala na fiziološko regulacijo.

Tako ima vsako telesno stanje zasebni, intimni pomen, ki ga do neke mere določa tudi socialna in kulturna realnost posameznika. Zato lahko govorimo o simboliki bolezni (kaj bolezen za določeno osebo v določenem okolju predstavlja) in o kulturnih dimenzijah bolezni. Pri tem moramo povezati kulturne vidike bolezni s psihofiziološkimi spremenljivkami.

Udejanjenje kulture kot prepričanje o bolezni sega v antropološka dela petdesetih, šestdesetih in zgodnjih sedemdesetih let. Kultura določa specifične interpretacije o pomenu jaza, telesa, zdravja in določenih bolezni. Različni vrednostni sistemi in prepričanja konstruirajo raznolike sisteme atribucij vzročnosti, patofiziologije, nozologije in zdravljenja – pač glede na druge kulturne kategorije, kot so religija, družina, sorodstvo in podobno. Tudi iskanje pomoči (kot posledica bolezni) se umešča v sistem kulturno različnih prepričanj o bolezni.

Sodobni pristopi povezujejo kulturne orientacije (prepričanja in verovanja) z razrednimi, s starostnimi, z religioznimi, s spolnimi in s političnimi sloji znotraj družbe. Te sheme so več kot konvencija – niso le kognitivne strukture, ampak tudi afektivne, estetske in moralne sheme. Zlasti pomembno je osebno izkustvo (občutki navade, vsakdanje dejavnosti), ki jih napolnjuje.

Kultura je vključena v vse procese socialne izmenjave, saj sooblikuje zaznavanje, emocije in strategije obvladovanja stresa. V tem smislu sta tudi bolezen in trpljenje, povezano z njo, enako kot ostala eksistencialna stanja, kulturno določena vzorca zasebnega izkustva. Zato zahteva vsako razumevanje psihosomatskih procesov, ki vodijo v fizični distres in naprej v bolezen, skrbno proučevanje učinkov socialnega konteksta. Bolezen ni preprost biološki ali psihosomatski proces, ima namreč tudi pomembno socialno konotacijo.

Kultura, ki nadvse visoko ceni trdnost, moč, učinkovitost in dosežke, rada odklanja znake ranljivosti in občutljivosti, med katere lahko uvršča tudi nekatere bolezni. Večina kultur goji različna pričakovanja do moških in žensk, kar izhaja iz stereotipov moške in ženske spolne vloge ter postavlja različne regulative za moške na eni strani in ženske, neredko skupaj z otroki, na drugi strani. V tem smislu je tudi vedenje, povezano z boleznijo, navadno bolj dopustno za ženske kot za moške.

Socialno okolje po eni strani določa težavnost simptomov – subjektivno doživetje distresa je lahko zato izničeno ali poudarjeno, stanje se izboljša ali poslabša glede na naravo in število pomembnih dogodkov in težav v življenjskem okolju osebe, povezano je z emocionalno klimo in namerami, ki vodijo bolnika v umik iz socialnega življenja ipd. Pri sociosomatski opredelitvi gre za dialektični odnos med osebo, njeno boleznijo in okoljem.

Po drugi strani pa somatskega stanja ne določajo le dogodki, ampak tudi posameznikova zmožnost trpljenja in sposobnost izkoriščanja ali predelave različnih socialnih izkušenj. Bolezen povzroči številne spremembe v okolju – težave v službi, stigmatizacija in/ali zavračanje bolnika s strani družine in prijateljev, ki lahko osebo potisnejo v vlogo žrtve ali pasivnega sprejemnika,

nemočnega zaradi dogodkov, ki so jih »zakrivili« drugi.

Oseba lahko zavzame tudi bistveno bolj dejavno držo ter tvorno poseže v okolje. Sčasoma tako pasivna kot tudi dejavna vloga sooblikujeta niz dogajanj (dogodkov, povezanih z boleznijo), ki jih je mogoče opisati kot socialni potek bolezni.

Socialna komponenta bolezenskega procesa ima tako dva pomena – po eni strani dogodki in procesi v socialnem okolju vplivajo na simptome (sociosomatski vidik), po drugi strani pa simptomi sami sooblikujejo strukturo socialnega sveta. Ko govorimo o socialnem poteku bolezni, govorimo o kulturno utemeljenih vzorcih strukturiranja sveta medosebnih izmenjav (odnosov), ki določa in je določen s posameznikovim doživljanjem telesnega distresa. Takšna razlaga združuje duševno, telesno in družbeno plat v smiseln ter empirično preverljiv koncept, ki zahteva integracijo biomedicinskih in psihosocialnih pristopov.

Bolezen je žal eno od neizogibnih življenjskih dejstev. Vsako **socialno okolje** in vsaka **kultura** ima do bolezni poseben, določen, uveljavljen odnos, ki vpliva tudi na vrednotenje in odzivanje na bolezen neke osebe. Ta odnos je povezan še z drugimi kulturnimi vrednotami in preferencami – povezuje se z vrednotenjem šibkosti, občutljivosti in zdravja ter z normativnimi oblikami izražanja in obvladovanja čustev in zasebnih (intrapsihičnih) težav.

Študenti se boste s socialnimi, z etničnimi, s kulturnimi in z drugimi razlikami bolnikov pri iskanju zdravstvene pomoči in izvajanju zdravljenja srečali na vajah v splošnih ambulantah ter med terenskim delom v skupnosti.

4.5 Ocenjevanje sporazumevanja

Sporazumevanje lahko ocenjujemo na številne načine. Najpogosteje uporabljamo vprašalnike o zadovoljstvu bolnikov, kar pa za neposredno oceno študenta ni najbolj primerno orodje, zato bomo uspešnost sporazumevanja ocenjevali glede na to, v kakšni meri je študent med posvetom izvedel določeno nalogo.

4.5.1 Uvod

- Ustrezno pozdraviti bolnika.
- Ugotoviti vzroke za obisk.
- Sestaviti seznam problemov, potrebnih obravnave *(tj. »Še kaj*

drugega?«, zdravstvene težave, zaporedje težav).
- *Med posvetom vzpostaviti osebno povezanost (tj. poleg aktualnih zdravstvenih težav).*
- Poskrbeti za bolnikovo zasebnost *(npr. zapre vrata ordinacije).*

4.5.2 Ponovni posvet
- Omeniti prejšnjo pritožbo in prošnjo za pomoč.
- Omeniti že sklenjeno soglasje in preveriti izvajanje.
- Vprašati o poteku bolezni oziroma pritožbe.

4.5.3 Zbiranje informacij
- Pozanimati se za bolnikove poglede na zdravstvene težave in/ali razvoj le-teh, razjasniti prošnjo za pomoč, želje ali pričakovanja.
- Raziskati telesne in duševne dejavnike težav.
- Raziskati psihosocialne/čustvene dejavnike *(tj. bivalne pogoje, družinske odnose, stresne dejavnike).*
- Pogovoriti se o predhodnem zdravljenju *(tj. samozdravljenje, o prejšnjem obisku, druge oblike zdravljenja).*
- Pogovoriti se o vplivu zdravstvenih težav na bolnikovo življenje *(tj. o kakovosti življenja).*
- Zanimati se (vprašati) za bolnikovo počutje, razpoloženje in čustva.
- Dojeti bolnikovo počutje, razpoloženje in čustva.
- Pogovoriti se o življenjskem slogu, preventivnih ukrepih *(tj. dejavniki tveganja, tvegano vedenje).*
- Izogibati se »direktivnih« – usmerjevalnih – zavajajočih (zaprtih) vprašanj.
- Bolniku dati možnost/čas, da razloži svoje zdravstvene težave.
- Poslušati. Posvetiti vso pozornost bolniku *(tj. gledati bolnika, besedno pritrjevati, nebesedno spodbujati).*
- Preveriti/razjasniti bolnikove navedbe *(tj. povzemati povedano, dodatno vprašati »Kako zelo?«).*
- Držati se logičnega reda vodenja pogovora.
- Ustrezno uporabiti čas posveta.
- Uporabiti primeren glas, kretnje in stik z očmi.
- Bolniku pustiti dovolj časa in prostora.
- Brez odrezavega prekinjanja bolnika.
- Znati izluščiti prvine, ki se nanašajo na družino in družinske odnose.
- Razumeti dinamiko odnosov med družinskimi člani.

4.5.4 Pregled bolnika
- Pojasniti namen pregleda in pregleda določenih telesnih delov.

- Pridobiti bolnikovo privolitev za telesni pregled (posamezne telesne dele).
- Bolnika seznaniti s postopki pri pregledu.
- Bolniku dati navodila za pregled.
- Bolnika pregledati spoštljivo in skrbno.

4.5.5 Posredovanje in podajanje informacij

- Pojasniti razloge za diagnostične postopke *(tj. teste, preiskave, preglede)*.
- Bolnika poučiti o njegovih/njenih izvidih *(tj. pojasniti izvide testov, preiskav in pregledov)*.
- Posredovati povezavo med ugotovitvami, delovnimi diagnozami in najbolj verjetno(imi) diagnozo(ami).
- Posredovati pričakovani potek bolezni in napoved.
- Bolnika spodbujati, da vpraša, česar ne razume/preveriti bolnikovo razumevanje informacij.
- Prilagoditi se bolnikovi ravni sposobnosti razumevanja *(tj. izogibati se medicinski latovščini, strokovnim medicinskim izrazom in pojasniti neznane izraze)*.
- Podajati informacije v majhnih (obvladljivih) količinah.
- Doseči soglasje o načrtu zdravljenja bolezni.
- Doseči soglasje o načrtu vodenja/spremljanja bolezni.
- Doseči soglasje o kontrolnem pregledu.

4.5.6 Razumevanje bolnikovih pogledov

- Preveriti, če je bolnik razumel svoje stanje, razlage, navodila in naloge.
- Pohvaliti bolnikove dosežke, napredek, izzive.
- Upoštevati, da je moral bolnik čakati.
- Izražati skrbnost, zanimanje in se vživet v bolnika.
- Vzdrževati spoštljiv odnos.
- Ustrezno ukrepati v zvezi z bolnikovim počutjem, razpoloženjem in čustvi.

4.5.7 Končevanje posveta

- Na kratko natančno povzeti pogovor.
- Vprašati, če je še kaj drugega, o čemer bi se bolnik rad pogovoril.
- Z bolnikom pregledati naslednje korake.

4.5.8 Če je predlagal nov ali spremenjen načrt zdravljenja/ preventive

- Razpravljati o bolnikovih pričakovanjih/ciljih glede zdravljenja/ preventive.

- Z bolnikom doseči soglasje o načrtovanih postopkih *(tj. možnostih, razlogih*).
- Razložiti pričakovane koristi možnosti, o katerih sta se pogovarjala.
- Razložiti možne stranske učinke, o katerih sta se pogovarjala.
- Dati podrobna navodila glede načrta.
- Razpravljati o bolnikovih zmožnostih, da izpolni načrtovano.
- Razpravljati o pomenu bolnikove vloge pri zdravljenju/preventivi.

Študenti boste imeli možnost ocenjevanja sporazumevanja med opazovanjem demonstracij sporazumevanja, igranjem vlog, snemanja in opazovanja kolegov ter učiteljev veščin pri posvetih z bolniki. Študenti se boste ocenjevali med seboj in dobili ocene asistentov in učiteljev veščin, ki jih boste vodili pri učenju sporazumevanja.

5 Veščine vodenja posveta

Namen poglavja je prikazati:
- *ugotavljanje razlogov za posvet;*
- *jemanje in razlago usmerjene anamneze za nekaj določenih najpogostejših zdravstvenih težav na osnovni ravni;*
- *izvedbo in razlago najdb telesnega pregleda za nekaj določenih najpogostejših zdravstvenih težav na osnovni ravni;*
- *naročanje in razlago laboratorijske preiskave za nekaj določenih najpogostejših zdravstvenih težav na osnovni ravni;*
- *naročanje in razlago dodatnih preiskav za nekaj določenih najpogostejših zdravstvenih težav na osnovni ravni;*
- *postavljanje diagnoze in načrtovanje zdravljenje v sodelovanju z bolnikom za nekaj določenih najpogostejših zdravstvenih težav na osnovni ravni;*
- *pospeševanje zdravja in izvajanje priložnostne preventivne dejavnosti v ambulanti na osnovni ravni;*
- *zapisovanje zdravstvenega kartona v papirni ali elektronski obliki.*

Študent mora po študiju snovi tega poglavja
- *znati ugotoviti razloge za posvet;*
- *znati vzeti in pojasniti usmerjeno anamnezo za nekaj določenih najpogostejših zdravstvenih težav na osnovni ravni;*
- *znati opraviti in pojasniti telesni pregled za nekaj določenih najpogostejših zdravstvenih težav na osnovni ravni;*
- *znati naročiti in razložiti laboratorijske preiskave za nekaj določenih najpogostejših zdravstvenih težav na osnovni ravni;*
- *poznati pospeševanje zdravja in izvajanje priložnostne preventivne dejavnosti na ravni ambulante na osnovni ravni;*
- *znati voditi zdravstveni karton v papirni in elektronski obliki,*
- *znati meriti krvni tlak;*
- *znati posneti in narediti osnovno interpretacija EKG-ja;*
- *znati izmeriti in odčitati PEF-a;*
- *znati izpolniti napotnico pri odločitvi za prvo napotitev;*
- *znati napisati recept;*
- *poznati načela cepljenja proti tetanusu;*
- *poznati pomen priložnostnega merjenja krvnega tlaka;*
- *znati zapisovati zdravstveni karton,*
- *znati opraviti preventivni pregled za srčno-žilne bolezni.*

5.1 Ugotavljanje razloga(ov) za posvet

Na prvi pogled se zdi ta naloga na moč preprosta. Pogovor, ki sledi uvodnemu pozdravu, da bolnik pove težavo, zaradi katere je prišel v ambulanto. Pričakovali bi, da bolniki vedo, zakaj gredo k zdravniku in da bodo to znali tudi jasno povedati. Pogosto je to tudi res, vendar ljudje ob enem obisku pri zdravniku odprejo tudi več zdravstvenih vprašanj hkrati. Včasih je **razlog za prihod** tudi resnična težava, s katero naj bi se zdravnik ukvarjal (*npr. povišana telesna temperatura in bolečine v žrelu, zvin gležnja*), pogosto pa je samo **vstopnica**, za katero se skrivajo druge težave, za katere bolnik misli, da ni primerno, da bi jih povedal takoj ob prihodu. Sem sodijo *npr. glavoboli ob družinskih nesoglasjih, bolečine v žlički zaradi težav v službi.* Bolnik ne bo rekel, da ima težave v službi ali da se je sprl z ženo, ampak da ga bolita želodec ali glava. Določene teme so pripravljeni odpreti **šele proti koncu posveta**, ko so preverili, da jih bo zdravnik poslušal in vzel njihovo pritožbo resno. Prave bolnikove težave se pogosto pokažejo šele takrat, ko bolnik odhaja in z roko na kljuki začne stavek z besedami: *"Mimogrede, doktor..." ali »Pa še to, doktor...«.*

Pomembno je ustrezno ukrepanje zdravnika in predvsem **aktivno poslušanje** ter iskanje **iztočnic**, ki nam jih bolnik ponuja. **Nebesedna sporočila** igrajo zelo pomembno vlogo pri **dajanju občutka, da si je zdravnik vzel čas** zanj. Ena pogostih napak zdravnika je, da ne vidi ali noče videti preko razloga za prihod. Tako se pogosto zgodi, da zdravimo trdovratne abdominalne kolike, bolnike pošiljamo na vse mogoče drage in včasih nevarne preiskave, ob tem pa se ne vprašamo o ozadju težav. Raziskave kar po vrsti ugotavljajo, da večino časa v ambulanti govori zdravnik, manj pa bolnik in da večina časa odpade na pojasnjevanje problema. Štiri ključne naloge zdravnika med vsakim posvetom (obravnava akutnih zdravstvenih težav, vodenje kroničnih bolezni in stanj, vpliv na navade pri iskanju zdravniške pomoči in priložnostno zdravstveno prosvetljevanje) so prikazane v tabeli 1.1 in razložene v prvem poglavju *1 Zgodovina in področje družinske medicine.*

Zdravniki se v pogovorih najlaže zaustavimo na točkah A in B, ki predstavljata medicinski model razmišljanja. Medicinski model pa je razširjen s točko C in D. Točka B predstavlja modifikacijo medicinskega modela s poudarkom na dobrih medosebnih odnosih. Vseh štirih področij ne moremo vedno obdelati v prav vsakem stiku z bolnikom. Skozi več stikov, ki so v osnovnem zdravstvu kar pogosti, lahko izvršimo prav vse naloge. Pri tem igrajo pomembno vlogo **stalnost zdravnika**, **časovni dejavnik** in dobro **vodenje zdravstvenega kartona**.

5.1.1 A. Odkrivanje in obravnava predočenih zdravstvenih težav

To je osrednji del vsakega posveta. Običajno zaporedje nalog pri tem je:

- **Ugotovitev razloga(ov) za obisk:**
    - o Poslušanje bolnikove zgodbe. Izogibamo se prehitri prekinitve bolnikovega uvodnega nagovora.
    - o Opazovanje bolnikovega vedenja, da se nam razkrije, če ima bolnik še kaj povedati, in čaka na ugoden trenutek za to.
    - o Ugotavljanje okoliščin, ki vplivajo na trenutno stanje.
    - o Poizvedovanje za spremljajočimi in drugimi težavami.
- **Izluščenje težav:**
    - o Ugotavljanje resnosti težave.
    - o Odkrivanje bolnikovih predstav o bolezni in zdravljenju, skrbi in pričakovanj.
    - o Odgovor na vprašanje,: zakaj je bolnik poiskal pomoč ravno zdaj.
    - o Razmislek o primernem načrtu obravnave.
- **Razlaga ugotovitev:**
    - o Zdravnik poskuša doseči skupno razumevanje in reševanje bolnikove težave in reševanja težave.
    - o Zdravnik mora razlago prikrojiti bolnikovim potrebam in biti pripravljen na pogajanja z bolnikom.
    - o Zdravnik mora vzpodbujati bolnika, da sprejema odgovornost.
    - o Zdravnik mora preveriti, če je bolnik razumel in sprejel razlago.
- **Učinkovita izraba posveta:**
    - o Potrebna je učinkovita izraba razpoložljivih virov. Viri, ki jih imamo na voljo, so čas, preiskave, sodelavci in zdravila. Pomemben vir je stalnost, ki nam omogoča, da naloge lahko v kasnejših posvetih dopolnimo.
    - o Vzpostavitev uspešnih odnosov z bolnikom.

Ne glede na dolžino sodelovanja (le en posvet ali pričakovano daljše obdobje) je ob vsakem posvetu potrebno graditi dobre **medosebne odnose**. S tem, ko zdravnik **vplete bolnika v sprejemanje odločitev**, postanejo bolnikove težave zdravniku jasnejše in bolnik je bolj vesten pri upoštevanju nasvetov. Izid tega je bolj zadovoljen bolnik, ki bo bolj verjetno upošteval dana zdravnikova navodila in nasvete.

5.1.2 B. Vodenje kroničnih bolezni in stanj

Zdravnik družinske medicine svojim bolnikom nudi **stalno oskrbo pri kroničnih boleznih** in stanjih. Kot stalnost oskrbe se navadno označujejo naslednje razsežnosti:

1. Povezanost posameznikov in družin z **istim zdravnikom (osebna stalnost)**, ki je zagotovljena z možnostjo obiskovanja vedno (ali skoraj vedno) istega zdravnika skozi daljše časovno obdobje.
2. Povezanost posameznikov in družin z **delovno skupino (izvajalska stalnost)**, ki je zagotovljena z možnostjo, da kronični bolnik pri svoji obravnavi ob kontrolnih pregledih naleti vsaj na enega predstavnika delovne skupine, ki spremlja njegovo kronično bolezen.
3. Povezanost posameznikov in družin z **lokacijo oskrbe (strokovna stalnost)**, ki je zagotovljena z organizacijo naročanja na redne kontrolne preglede, urejeno medicinsko dokumentacijo, usposobljenim osebjem, ustrezno opremo in ustrezno dostopnostjo.

Zdravnik pri obravnavi vsake **predočene težave** pokaže zanimanje tudi za **kronične zdravstvene** in **socialne težave bolnika**, pozanima se o **razvadah**, spremembah v **počutju** ipd. Na ta način zdravnik pridobiva podatke o bolniku, ki mu bodo lahko pri delu v prihodnje koristili, in obenem zveča bolnikovo pripravljenost za sodelovanje pri obravnavi predočene težave.

5.1.3 C. Priložnostna preventivna dejavnost

Vsak pogovor nudi priložnost za **pospeševanje zdravja**, **zdravstveno prosvetljevanje**, **preprečevanje** in **zgodnje odkrivanje bolezni**. Potrebna je prava mera med zanimanjem zdravnika in potrebami bolnika ter interesi javne zdravstvene politike. Pri ocenjevanju verjetnosti nastopa nekega dogodka pri določenem bolniku nam pomaga znanje iz epidemiologije in statistike. Zdravnik igra pri zdravstvenem prosvetljevanju pomembnejšo vlogo kot številne brošure, plakati ali javna občila.

Tipičen primer priložnostnega pospeševanja zdravja in preprečevanja bolezni je preverjanje cepilnega status proti tetanusu ob vsakem obisku bolnika pri zdravniku. Če ima zdravnik na zbirniku napisan datum zadnjega popolnega cepljenja, je preverjanje opravljeno hitro. Dodatno so v računalniške programe lahko vključeni opomniki za izvedbo določenih ukrepov, ki se nanašajo na določene vrednosti ali časovne okvire.

Kot primer zgodnjega odkrivanja bolezni je priložnostno merjenje krvnega tlaka, ki

ga izvajamo pri vseh bolnikih po dvajsetem letu starosti ne glede na razlog obiska vsaj vsako drugo leto.

5.1.4 D. Spreminjanje bolnikovega sloga iskanja zdravstvene pomoči

Današnji bolniki so si izoblikovali določen **slog iskanja zdravniške pomoči**, ki v spremenjenih ekonomskih in organizacijskih razmerah ne ustreza več. Zdravnik lahko vpliva na pretirano pogostost obiskovanja zdravnika in tudi na preredko obiskovanje. Bolniku mora pojasniti, kdaj je zanj primerneje, da išče zdravniško pomoč in kdaj ne, kdaj je smiselno, da ostane bolnik pod zdravniškim nadzorom. S podporo bolnikovim odločitvam pri **samozdravljenju** in **lastnem vodenju kronične bolezni** zdravnik zmanjšuje pritisk na ambulanto. Sem sodi tudi racionalno predpisovanje zdravil, naročanje preiskav in napotitev h kliničnemu specialistu. Edino zdravnik (zlasti v osnovnem zdravstvu) ima možnost vpliva na zmanjšanje naraščajoče porabe denarja za zdravstvo. Administrativni ukrepi se že doslej niso nikoli izkazali za pretirano uspešne.

5.2 Jemanje in razlaga usmerjene anamneze na osnovni ravni

V splošni ambulanti skoraj nikoli ne vzamemo popolne anamneze, kot je to značilno za bolnišnični oddelek. Na podlagi **predočene težave** poizvemo o podatkih, ki nam pomagajo pri potrditvi delovnih diagnoz in pri izključitvi možnosti nevarnega poteka trenutnega stanja.

V primeru, ko nam bolnik pove, da prihaja zaradi pred kratkim zvišane telesne temperature in znakov okužbe zgornjih dihalnih poti, bomo naša vprašanja posvetili potrditvi ene od najpogostejših in najverjetnejših diagnoz infekcijskih bolezni zgornjih dihal, pri katerih ne moremo specifično ukrepati (prehlad, infekcija več lokacij zgornjih dihal) ali zdravljivih bolezni tega področij (streptokokni faringitis ali tonzilitis, sinusitis, vnetje srednjega ušesa...) in preverili podatke, ki govorijo proti ogrožajočim ali nevarnim boleznim tega področja, ki imajo lahko podobne znake (meningitis...). Pomembni podatki so med drugimi:

- *popis vseh težav, ki jih navede bolnik v svojem jeziku (ne prevajamo v medicinski žargon),*
- *višina in nihanje vročine,*
- *prizadetost drugih delov telesa (npr. izpuščaj, glavobol...),*
- *čas trajanja posameznih znakov,*
- *ev. bolniki z enakimi znaki v domačem in delovnem okolju,*
- *učinek že ev. uporabljenih zdravil,*

- *spremljajoče bolezni (npr. kronično vnetje srednjega ušesa...),*
- *razvade (npr. kajenje...)...*

V zdravstveni karton ali drugo obliko evidentiranja stikov bolnikov z zdravstveno službo zapišemo vse **pozitivne navedbe** in **pomembne negativne**, ki nam omagajo pri načrtovanju pregleda in diferencialni diagnozi bolezni. Pri zapisovanju navedb bolnika uporabljamo bolnikove izraze in jih šele kasneje razložimo s svojimi mnenji in z opažanji.

Posebno mesto zasedajo anamneze ob poškodbi, nasilju ali duševnih težavah, o čemer bo več govora v višjem letniku. Študenti se boste učili jemanja anamneze s pomočjo igranja vlog na simuliranih bolnikih, z video-snemanjem, z opazovanjem zdravnika pri delu in z lastnim delom z bolniki na vajah.

5.3 Izvedba usmerjenega telesnega pregleda in razlaga ugotovitev

V splošni ambulanti skoraj nikoli ne izvedemo celotnega telesnega pregleda, kot je to značilno za bolnišnični oddelek. Na osnovi izluščene bistvene težave se odločimo za obseg in vsebino **usmerjenega pregleda**. Nekaj pogostejših sklopov se nanaša na najpogostejše zdravstvene težave, ki jih obravnavamo v splošnih ambulantah.

V gornjem primeru bolnika z vročino in znaki okužbe zgornjih dihalnih poti bomo naš pregled posvetili potrditvi ene od najpogostejših in najverjetnejših diagnoz infekcijskih bolezni zgornjih dihal, pri katerih ne moremo specifično ukrepati (prehlad, infekcija več lokacij zgornjih dihal) ali zdravljivih bolezni tega področij (streptokokni faringitis ali tonzilitis, sinusitis, vnetje srednjega ušesa...) in preverili podatke, ki govorijo proti ogrožajočim ali nevarnim boleznim tega področja, ki imajo lahko podobne znake (meningitis...). Pregledali bomo med drugimi

- *nos (prehodnost, izcedek),*
- *žrelo (pordelost), mandeljne (velikost, pordelost, obloge), ev. bočenje žrelne stene, jezik, jeziček, glas (hripav),*
- *obraz (barva, otekline, bolečine na otip),*
- *vrat (tipno povečane bezgavke, ev. bolečnost na otip),*
- *pljuča (glasnost dihalnih šumov, druge dihalne pojave /poki, piski/, fremmitus, osnovnica, poklep),*
- *ušesa (bobnič, sluhovod),*
- *ev. meningealne znake (otrplost tilnika, pojav »trinožnika«, zenice, poklep svoda).*

V zdravstveni karton ali drugo obliko evidentiranja stikov bolnikov z zdravstveno službo zapišemo vse **pozitivne ugotovitve** in **pomembne negativne**, ki potrjujejo odklonitev nevarnega poteka bolezni. Pozitivne najdbe nam omogočajo zožitev kroga **možnih diagnoz** in ev. načrtovanje **dodatnih preiskav**, ki bi nam pomagale pri **dokončni diagnozi**. Če predvidevamo, da testi ne bodo vplivali na odločitev o zdravljenju, jih praviloma ne naročamo in se za zdravljenje odločimo na podlagi anamneze in telesnega pregleda (klinične slike).

Pomemben del zdravljenja je spremljanje poteka bolezni. Glede na najbolj verjetno pričakovani potek bolezni se z bolnikom dogovorimo o ukrepanju, če bo šlo vse po pričakovanjih in na ukrepanje, če bi prišlo do ev. zapletov. Bolniku najbolj verjetne možne zaplete in nevarne poteke razložimo in se dogovorimo glede ukrepanja v primeru le-teh. Vse to skrbno zapišemo.

Študenti se boste učili usmerjenega pregleda z opazovanjem zdravnika pri delu in z lastnim delom z bolniki na vajah. Pomemben del je 20 zapisov o pregledu bolnikov, ki jih opravi vsak študent in o katerih se pogovori z asistentom in/ali učiteljem veščin. V nadaljevanju je naštetih nekaj veščin, ki jih boste osvojili pri pouku.

5.3.1 Usmerjen zapis o posvetu

Problemsko usmerjen vodeni zapis (*angl. problem oriented medical record – POMR*) posveta med bolnikom in zdravnikom upošteva praktično iste sklope, kot so že predvideni na dosedanjem vložnem listu (slika 5.1). Posamezne črke postavljamo tudi na začetek zapisa vsakega sklopa.

S – subjektivni podatki, ki jih zvemo od bolnika
O – objektivne najdbe, ki jih dobi zdravnik s pregledom, izvidi, preiskavami ipd.
A – zdravnikova ocena razloga za obisk ali diagnoza ugotovljenega stanja
P – načrt *D – načrt za potrditev ali postavitev diagnoze*
E – nasveti bolniku *T – načrt (predpisovanje) zdravljenja*

Slika 5.1. *SOAP – postopek zapisovanja srečanja med bolnikom in zdravnikom (Smith 1983): S – oporne točke, iz tistega, kar nam bolnik o svojem stanju pove, bolnikov razlog obiska, anamnestični podatki; O – vse pozitivne ugotovitve in za zadevo bistvene negativne ugotovitve iz našega pregleda, testov, izvidov; A –*

zdravnikova ocena ali razlog za obisk ali bolezni; P – načrt, ki zajema tri razločljive dele: D – načrt nadaljnje diagnostike, E – svetovanje bolniku in T – predpisano in svetovano zdravljenje.

Postopek SOAP pri zapisu sledi štirim sklopom, ki se delno prilagajajo analogiji anamneza, status, diagnoza, zdravljenje, vendar so po svojem delovnem pomenu le nekoliko različni. Namen te oblike zapisa je predvsem zmanjšati obseg zapisa, da je bolj pregleden in sistematičen. Podatki morajo biti natančni, berljivi in razumljivi vsakemu zdravniku.

Pod S (subjektivni podatki; *angl. subjective information)* povzamemo bistveno iz bolnikove pripovedi o težavah, ki so ga pripeljale na pregled k zdravniku. Sem sodi tudi naša ugotovitev bolnikovega razloga za posvet.

Pod O (objektivne najdbe; *angl. objective data*) vpišemo vse pozitivne najdbe, pomembne negativne ugotovitve, značilnosti problema, rezultate preiskav, mnenja drugih zdravnikov in izvide.

Oznaka A (zdravnikova ocena stanja, diagnoza; *angl. assessment*) je namenjena oceni razloga, zaradi katerega se je bolnik odločil obiskati zdravnika; prav tako zdravnikovi oceni bolnikove težave oziroma diagnozi bolezni ali stanja, ki naj bi botrovalo tokratnemu obisku.

P pomeni načrt (*angl. plan*), ki je razdeljen na tri razdelke. Prvi je namenjen predvidenim diagnostični postopkom, ki bodo pojasnili bolnikovo zdravstveno stanje (*angl. diagnostic planning*); drugi (E) so nasveti bolniku v zvezi z boleznijo in zdravljenjem (*angl. patient education*); tretji (T) zajema načrt zdravljenja, predpisana zdravila, fizioterapijo, čas zdravljenja, pričakovani izid zdravljenja (*angl. therapeutic planning*).

5.3.2 Merjenje krvnega tlaka

1. Priprava bolnika:
   - Bolnik naj trideset minut pred merjenjem ne kadi, pije kave ali alkohola.
   - Pet minut pred merjenjem naj sedi, po možnosti v mirnem prostoru.
   - Roka, kjer bomo merili, naj bo podprta v višini srca, npr. na mizi.
   - Oblačila ne smejo stiskati nadlahti, zato preverimo tesnost rokava na nadlahti.
2. Priprava sfigmomanometra:

- Živosrebrni sfigmomanometer postavimo na vodoravno površino (če še ni nameščen).
- Odpremo pokrov in odpremo povezavo s stolpcem na merilnem delu.
- Izberemo primerno manšeto glede na obseg nadlahti. Standardna manšeta za odrasle za obseg nadlahti 30 cm je široka 12 cm, gumijasti pa 24 cm. Pri večjem ali manjšem obsegu nadlahti od 30 cm moramo uporabiti širšo in daljšo manšeto. Če ustrezne manšete nimamo, korigiramo izmerjeni krvni tlak po priporočilih Ameriškega kardiološkega združenja. Približni odbitek je 1 mmHg sistoličnega tlaka pri 1 cm večjem obsegu in obratno pri manjšem obsegu nadlahti. Pri sistoličnem krvnem tlaku sta pribitek in odbitek za tretjino manjša.
- Odpremo ventil na balončku.
- Iztisnemo ev. odvečni zrak iz manšete.

3. Namestitev manšete:
   - Manšeto namestimo 2 – 3 cm nad komolčno kotanjo, tako da cevki kotanjo oklepata.
   - Manšete ne smemo oviti preohlapno, da ne zdrsne, a tudi ne pretesno; pač pa tako, da lahko pod njo vtaknemo dva prsta.
   - Bolniku svetujemo, naj sprosti roko.
   - Zapremo ventil na balončku.
4. Izvedba meritve:
   - Bolnika vprašamo o njegovih običajnih vrednostih krvnega tlaka ali pa jih preverimo v zdravstvenem kartonu.
   - Manšeto napihnemo 30 mmHg nad pričakovano vrednostjo sistoličnega krvnega tlaka, oziroma nad vrednostjo, ki smo jo ocenili s predhodno palpacijo radialne arterije. Ocena s palpacijo radialne arterije izgleda takole: manšeto napihnemo na vrednost 70 mmHg, nato pa postopoma napihujemo manšeto in palpiramo radialno arterijo; zapomnimo si vrednost, kjer pulz izgine (ocena sistoličnega tlaka).
   - Membrano fonendoskopa namestimo nad brahialno arterijo (navadno na ulnarni strani komolčne kotanje).
5. Počasi (s hitrostjo 2 mmHg na sekundo, kar ustreza eni črtici na skali) spuščamo stolpec živega srebra.
6. Za sistolični krvni tlak upoštevamo prvo fazo Korotkowih tonov (ko se pojavijo zvočni fenomeni).
7. Za diastolični krvni tlak upoštevamo peto fazo Korotkowih tonov (ko zvočni fenomeni popolnoma izginejo).
8. Vrednost krvnega tlaka izrazimo na 2 mmHg natančno, kar ustreza

oznakam na skali, zato je rezultat vedno sodo število.
9. Takoj po končanem merjenju spustimo zrak iz manšete in odstranimo manšeto z bolnikove nadlahti.
10. Bolniku povemo oziroma komentiramo vrednost krvnega tlaka.
11. Pri postavitvi diagnoze arterijska hipertenzija merimo krvni tlak dvakrat v dveh minutah in izračunamo srednjo vrednost, na obeh rokah. Pri naslednjih merjenjih merimo le na tisti roki, kjer je bil krvni tlak višji. Za diagnozo potrebujemo merjenje ob treh različnih obiskih bolnika v ambulanti oziroma zdravnika na domu.

5.3.3 Posnetek in osnovna interpretacija EKG-ja

Elektrokardiogram je grafični zapis električnega dogajanja v srcu. S pomočjo standardizirane namestitve elektrod dobimo odvode, s pomočjo katerih si lahko ustvarimo sliko o prevajanju v srcu in posredno sklepamo na patofiziološke spremembe, ki lahko spremenijo običajno elektrokardiografsko sliko. Prispevek obravnava elemente elektrokardiografskega posnetka, ki jih naj bi pregledal in ocenil zdravnik družinske medicine. Osnove elektrokardiografije in poglobljena interpretacija posnetkov presegajo okvir tega prispevka in jih bralec lahko najde v učbenikih interne medicine in specializiranih učbenikih elektrokardiografije.

V družinski medicini si pri svojem delu pogosto pomagamo z elektrokardiografsko preiskavo srca. Najpogostejše indikacije za elektrokardiografsko preiskavo v družinski medicini so:
1. Sum migetanja prekatov ali asistolije pri bolniku z nenadno izgubo zavesti.
2. Sum srčnomišičnega infarkta, perikarditisa, miokarditisa ali druge bolezni srca pri bolniku z močnimi akutnimi bolečinami v predelu srca oziroma prsnega koša.
3. Diagnostika motenj ritma (zlasti migetanja preddvorov) pri bolniku s palpitacijami.
4. Odkrivanje hipertrofije levega prekata pri hipertonikih.
5. Odkrivanje motenj prevajanja in motenj ritma pri hipertonikih in diabetikih.
6. Spremljanje eventualnih zapletov zdravljenja z zdravili in elektrolitskega neravnovesja (npr. preparati digitalisa, diuretiki / hipolakiemija/, beta blokerjev idr.);
7. Kot diagnostična pomoč pri razjasnitvi somatoformnih motenj.

Preden se lotimo ocenjevanja posnetka, najprej preverimo hitrost snemanja

posnetka, opravljeno kalibriranje aparata, izključimo možnost zamenjanih elektrod in kakovost zapisa. Na vsakem elektrokardiografskem posnetku vedno opišemo

1. ritem,
2. srčni utrip (frekvenco) in
3. srčno os.

Ocenimo tudi obliko valov, položaj veznice ST in druge spremembe in jih opišemo le, če odstopajo od normalne oblike. Na elektrokardiografskem posnetku najprej opazujemo zaporedno ponavljanje depolarizacijskih valov, s čimer določimo srčni ritem, in si ogledamo periodičnost pojavljanja P-QRS-T ciklusov, dolžino P-R intervala in širino kompleksov QRS, da odkrijemo srčne bloke.

5.3.3.1 Ritem

Srčni ritem opisuje zaporedje ponavljanja kontrakcij v srcu (tabela 5.1). **Na elektrokardiografskem posnetku ga opazujemo kot zaporedno ponavljanje depolarizacijskih valov.**

Ritem v normalnem zdravem srcu določa sinoatrilani vozel. Depolarizacija se iz sinoatrialnega (SA) vozla v desnem preddvoru v obliki P vala širi proti prekatom. Ko doseže atrioventrikularni (AV, nodalni) vozel, nastane premor dolg 0,1 sekunde, ki se na posnetku vidi kot ravna (izoelektrična) črta med valom P in kompleksom QRS. Iz vzdraženega AV vozla se depolarizacija prenese po levem in desnem snopu preko posebnih živčnih vlaken v oba prekata. Prevajanje v teh vlaknih je zelo hitro, zato je mogoče razlikovati prevajanje po njih od prevajanja (patološkega), ki nastane v drugem tkivu v prekatih. Poleg normalnega ritmovnika (pacemakerja) – sinoatrialnega vozla – to vlogo v določenih pogojih lahko prevzamejo žarišča v preddvorih, AV vozel in žarišča v prekatih. Kadar odpove običajna pot prevajanja, ta potencialna žarišča prevzamejo aktivno vlogo kot ektopična žarišča in sprožajo posamezne ali cele serije depolarizacij, ki se po obliki zapisa razlikujejo od normalnih. Kadar je takih depolarizacij več, to lahko kaže na srčno bolezen.

5.3.3.1.1 Normalni srčni ritem

Normalni srčni ritem določa SA vozel. Zanj je značilno, da so razmaki med valovi stalni in enaki. Normalni ritem lahko poimenujemo tudi regularni

sinusni ritem ali normalni sinusni ritem.

5.3.3.2 Aritmije

Aritmija je izraz, s katerim opisujemo nenormalne ritme ali motnje v normalnem ritmu. Delimo jih v štiri skupine:

1. Menjajoč ritem
2. Ekstrasistole in preskoki
3. Hitrejši ritem
4. Srčni bloki

5.3.3.2.1 Menjajoč ritem

Menjajoč ritem je skupina nepravilnih srčnih ritmov, pri katerih se ritem (interval med ciklusi P-QRS-T) stalno menja, ob ohranjenem zaporedju (P-QRS-T) valov. Ti ritmi nimajo nobenega enotnega vzorca. V skupino menjajočih ritmov sodijo sinusna aritmija, potujoči ritmovnik (pacemaker), preddvorno migetanje (atrijska fibrilacija) in plapolanje (atrijska ondulacija).

Sinusna aritmija je fiziološki pojav pri mladih, pri starostnikih pa je pogost vzrok zanjo koronarna srčna bolezen (bolezen SA vozla). Pri sinusni aritmiji izhajajo vse depolarizacije iz SA vozla. Vsi valovi P so med seboj enaki, prav tako kompleks QRS in valovi T.

Potujoči ritmovnik (pacemaker) se sprehaja iz žarišča v žarišče, zato so P valovi različnih oblik.

Preddvorno migetanje povzroča proženje depolarizacij v številnih žariščih v desnem preddvoru. Nobeno žarišče ne uspe popolnoma depolarizirati peddvora, zato na posnetku ni opaziti valov P, temveč številni zobci preddvorne depolarizacije. Le posameznim depolarizacijskim valovom uspe depolarizirati AV vozel in sprožiti kompleks QRS. V preddvorih to lahko povzroči hiter ali počasen ritem. Podobno je pri preddvornem plapolanju, le da je frekvenca valov P okoli 300/minuto in jih na posnetku opazimo kot drobne zobce – žago.

5.3.3.2.2 Ekstrasistole in preskoki

Periodiko ponavljanja valov lahko zmoti prezgodnji utrip ali njegov izostanek.

Prezgodnji utrip (ekstrasistola) je pojav valov depolarizacije v posnetku prej, kot bi glede na ritem pričakovali. Pri izostanku utripa je posnetku namesto valov samo ravna črta. Prezgodnji utripi nastanejo zaradi proženja dražljajev iz ektopičnih žarišč v preddvoru, nodusu ali prekatu. Preddvorni prezgodnji utrip nastane zaradi dražljaja iz žarišča v preddvoru (vendar ne iz SA vozla), zato je na posnetku takega utripa viden p val, ki je drugačne oblike kot P valovi običajnih utripov. P valu sledi normalno oblikovan kompleks QRS. Nodalni prezgodnji utripi so normalno oblikovani, pred njimi ni p valov. Prekatni prezgodnji utripi nimajo valov P in kompleks QRS je oblikovan drugače kot pri normalnih utripih in praviloma tudi širši. Posamični prezgodnji utripi v dolžini enega posnetka ne predstavljajo večje motnje v delovanju srca. Pogostejše pojavljanje in posebne oblike, ki lahko motijo delovanje srca ali predstavljajo nevarnost za razvoj težje motnje, ritma so opisane v ustreznih učbenikih.

Srčni ritem oz. utrip	val P	Oblika vala P	Kompleks QRS
Normalni	+	normalna	normalen
Prezgodnji preddvorni	+	spremenjena	normalen
Prezgodnji preddvorni	-	-	normalen
Prezgodnji prekatni	-	-	spremenjen

Tabela 5.1. *Ritem oz. srčni utrip.*

Kadar SA vozel preneha pošiljati dražljaje, srce začasno ostane brez depolarizacije in brez kontrakcije, kar se na posnetku opazi kot ravna črta. Med takšnim premorom se pogosto vključi drugo žarišče in dobimo različne oblike motenj ritma, opisane v učbenikih.

5.3.3.2.3 Hitrejši ritem

Hitrejši ritmi so lahko pravilnega ali nepravilnega ritma ter imajo praviloma frekvenco višjo od normalne, kar jim tudi daje ime - tahikardije. Med najpogostejšimi oblikami hitrejšega ritma so paroksizmalna tahikardija, preddvorno ali prekatno migetanje in plapolanje.

Paroksizmalna tahikardija je nenadni pojav hitrega bitja srca pri prej normalnem utripu. Številu utripov je med 150 do 250 utripov na minuto. Poznamo paroksizmalno supraventrikularno, nodalno in ventrikularno tahikardijo. Pri supraventrikularni tahikardiji najdemo P-valove, ki so drugačni od normalnih, in normalne komplekse QRS. Pri nodalni tahikardiji

pred normalnimi kompleksi QRS ne najdemo valov P, pri prekatni tahikardiji pa ni valov P, kompleksi QRS pa so spremenjeni in razširjeni.

5.3.3.2.4 Srčni bloki

Srčni bloki so ovire v prevajanju električnih dražljajev in se lahko pojavijo v SA vozlu, AV vozlu ali v Hisovem snopu. Ločimo SA blok, AV bloke in kračne bloke (v posameznih vejah Hisovega snopa). **V posnetku si ogledamo periodičnost pojavljanja ciklusov P-QRS-T, dolžino intervala P-R in širino kompleksov QRS.**

Pri SA bloku izpade en cel ciklus P-QRS-T. Valovi P in QRS kompleksi pred pavzo in po njej so identični.

Pri AV blokih prihaja do zakasnitve v AV vozlu, ki se na posnetku kaže s podaljšanjem P-R intervala preko 0,2 sekunde (več kot en veliki kvadratek). Pri podaljšanju P-R intervala preko 0,2 sekunde določimo obliko AV bloka. Poznamo AV blok I., II. in III. stopnje. AV blok I. stopnje je prisoten, kadar je interval P-R podaljšan preko 0,2 sekunde in ritem P-QRS-T ciklusov normalen. Pri AV bloku II. stopnje pred enim kompleksom QRS vidimo dva (2 : 1 - 2 na 1) ali več P valov (3 : 1...). Pri AV bloku III. stopnje imamo dva tipa bloka: Mobizt I, kjer se interval P-R postopno z vsakim ciklusom P-QRS-T podaljšuje, dokler za enim valom P ni kompleksa QRS. To imenujemo Wenckebachova periodika in se ciklično ponavlja. Pri tipu AV bloka III. Stopnje – Mobitz II – so intervali P-R sicer enaki, po enem valu P pa kompleks QRS izpade. Prisotnost AV bloka nas opozarja na možno bolezen prevodnega tkiva v srcu in eventualno možnost kompleksnejših, zlasti bradikardnih motenj ritma.

Pri kračnih blokih se depolarizacija po eni veji (prizadeti) širi počasneje, kar na posnetku vidimo kot razširitev kompleksa QRS in spremembo njegove oblike (RsR'). Pri kračnem bloku je kompleks QRS širok najmanj 0,12 sekund ali tri male kvadratka. **Kadar na posnetku opazimo razširitev kompleksov QRS, si ogledamo tudi njihovo obliko v desnih prekordijalnih (V1 in V2) in v levih prekordijalnih odvodih (V5 in V6). Iščemo RsR' obliko kompleksov QRS.** Pri levokračnem bloku kasni prevajanje po Hisovem snopu levega prekata, zato se depolarizacija levega prekata na posnetku opazi kot R' v levih prekordijalnih odvodih. Levokračni blok je praviloma znak bolezni srca. Nasprotno pri desnokračnem bloku zamuja prevajanje po Hisovem snopu desnega prekata, kar na posnetku opazimo kot R' v desnih prekordijalnih odvodih. Ker se levi Hisov snop deli v dva snopa: prednji in zadnji, lahko nastaneta tudi dva fascikularna hemibloka. Pri vseh kračnih

blokih je zaradi sprememb v QRS kompleksih otežena diagnoza infarkta in hipertrofije prekatov.

5.3.3.3 Frekvenca

Frekvenca je število P-QRS-T ciklusov v minuti. Pri določanju frekvence moramo upoštevati hitrost gibanja papirja med snemanjem. Pri nas običajno uporabljamo hitrost snemanja 25 mm/s ($\Rightarrow$ 1mm = 0,04 s). Frekvenco najenostavneje natančno določimo s priročnimi merili, jo izračunamo, lahko pa si pomagamo na več mnemotehničnih načinov. Eden takih je metoda po Dubinu, ki omogoča hitro oceno frekvence: izberemo zobec R, ki pade na debelejšo pokončno črto velikega kvadratka na papirju posnetka. Naslednje debelejše črte sovpadajo s frekvencami 300, 150, 100, 75, 60, 50. Frekvenco odčitamo tako, da poiščemo naslednji R zobec in odčitamo frekvenco črte, ki ji je najbližji. Pri drugi metodi preštejemo R ali S-zobce v dolžini 6 sekund (=15 cm) in pomnožimo z 10. Običajno frekvenco med 60 do 99/minuto štejemo za normalno frekvenco, frekvenco 100/minuto in več ob normalnem sinusnem ritmu imenujemo sinusna tahikardija, frekvenco pod 60/minuto ob normalnem sinusnem ritmu pa sinusna bradikardija.

5.3.3.4 Srčna os

Srčna os predstavlja vektor depolarizacije srčne mišice. Depolarizacija se v srcu vedno širi v isti smeri od baze proti konici. Depolarizacijo preddvorov v posnetku vidimo v podobi vala P, ki ima svojo os, depolarizacijo prekatov pa v podobi kompleksa QRS, ki ima tudi svojo os. Pri opisovanju srčne osi največkrat mislimo na smer depolarizacije v prekatih. Srčno os opisujemo kot (v stopinjah) vektorja z izhodiščem v AV vozlu, ki opisuje krog okoli srca v smeri gibanja urinega kazalca. Po definiciji je 0 stopinj v smeri I. standardnega odvoda. Srčno os določimo s pomočjo standardnih in ekstremitetnih odvodov, ki se včrtavajo v krožnico okoli srca, lahko pa si pomagamo z različnimi menmotehničnimi pristopi. Če med stadardnimi in ekstremitetnimi odvodi najdemo odvod, katerega pozitivni in negativni odkloni kompleksa QRS so enaki (skupna vrednost = 0), potem je srčna os pravokotna na smer tega odvoda. Po Dubinovi metodi si pomagamo s prvim standardnim odvodom, ki je pozitiven (največji del kompleksa QRS), kadar srčna os (vektor) kaže proti levi polovici telesa (med –90 in +90 stopinjami) in negativen, kadar kaže proti desni polovici telesa. Negativen I. standardni odvod na posnetku je znak desne deviacije srca. Kadar je I. standardni odvod pozitiven (kar je običajno), si nadalje pomagamo z aVF ekstremitetnim odvodom (tabela 5.2).

Os	I. standardni odvod	aVF kstremitetni odvod	
Normalna os	pozitiven	pozitiven	
Leva (deviacija) os	pozitiven	negativen	debeluh, hipertrofija levega prekata, levokračni blok, prednji hemiblok
Desna (deviacija) os	negativen	pozitiven	hipertrofija desnega prekata, desnokračni blok, zadnji hemiblok
Skrajno desna (deviacija) os	negativen	negativen	

Tabela 5.2. *Določite srčne osi poDubinovi metodi s pomočjo I. standardnega in aVF odvoda.*

Električno os lahko izračunamo s pomočjo zobca R I. standardnega odvoda in zobca S III. standardnega odvoda v paralelogramu Einthovnovega trikotnika ali z Bayleyevo metodo.

Smer kompleksa QRS			
AVL (-30 stopinj)	AVF (+90 stopinj)		Os
pozitiven	pozitiven		intermediarna
pozitiven	negativen	II. odvod pozitiven	vodoravna (horizontalna)
pozitiven	negativen	II. odvod negativen	patološka leva os
pozitiven	0		semihorizontalna
negativen	pozitiven	I. odvod pozitiven	navpična (vertikalna)
negativen	pozitiven	I. odvod negativen	patološka desna os
0	pozitiven		semivertikalna

Tabela 5.2. *Določite srčne osi z Bayleyevo metodo.*

Za normalno os štejemo od 0 do + 90 stopinj, lahko pa od –30 do + 110 stopinj, in jo dodatno lahko razdelimo na:

- navpično (vertikalno) os (+75 do + 110),
- semivertikalno os (+45 do +75),
- intermediarno os – normotip – (+15 do +45),
- semihorizontalna os (-15 do + 15) in
- vodoravno (horizotalno) os (-30 do + 15(0)).

Pri patološki levi osi (<-30 stopinj) je najbolj pozitiven kompleks QRS v I. standardnem odvodu, v II. je nevtralen in v III. negativen. Pri patološki desni osi (>+120 stopinj) je najbolj pozitiven kompleks QRS v III. standardnem odvodu in negativen v I. Patološka os nas opozarja na bolezenske spremembe v srcu: blok, hipertrofijo ali infarkt.

5.3.3.5 Druge spremembe v posnetku

Poleg opisanih sprememb v ritmu, frekvenci in osi pri oceni elektrokardiografskega posnetka opisujemo spremembe v obliki posameznih valov, zobcev in spojnic.

5.3.3.5.1 Val P

Val P na posnetku predstavlja depolarizacijo preddvorov. Opazujemo širino (trajanje), ki ne sme biti daljše od 0,11 s (manj od 3 malih kvadratkov), višino, ki ne sme biti višja od 0,25mV (2,5 mm – kvadratka). Razširjen val P kaže na spremembe v levem preddvoru in višji P-val na spremembe v desnem preddvoru.

5.3.3.5.2 Kompleks QRS

Dolžino intervala P-R smo si ogledali že pri oceni ritma, ko smo izključevali prisotnost AV blokov.

Pri skrajšanju intervala P-R si ogledamo začetni del kompleksa QRS. Če je začetni del kompleksa QRS razširjen na račun takojšnjega prehoda vala P v zobec R, gre za preekscitacijo oziroma Wolff-Parkinson-Whiteov sindrom, ki nastane zaradi aberantnega prevajanja mimo AV vozla.

Prvi zobec v kompleksu QRS je zobec Q, ki v normalnem posnetku predstavlja depolarizacijo pretina in je lahko normalno prisoten v I. in II. standardnem

odvodu ter v V5 in V6 prekordijalnem odvodu. Govorimo o nepomembnih (nepatoloških zobcih Q). Patološki zobec Q je širok 0,04 s (1 mali kvadratek) ali globok eno tretjino kompleksa QRS. Prisotnost patološkega zobca Q govori za srčnomišični infarkt. Zobci Q v V1 do V4 kažejo na sprednjestenski infarkt, zobci Q v I. standardnem in AVL ekstremitetnem odvodu za infarkt stranske stene, zobci Q v II. in III. Standardnem odvodu in v AVF ekstremitetnem odvodu za spodnjestenski infarkt. Pri zadnjestenskem infarktu vidimo v V1 in V2 zrcalno sliko zobcev Q – visoke zobce R, ki jih v teh dveh odvodih normalno ni. Pri tem moramo biti pozorni na eventualno prisotnost hipertrofije desnega prekata.

Širino zobcev R in S v kompleksu QRS opazujemo pri opisovanju ritma zaradi izključitve kračnih blokov, prevladujočo smer pa pri opisovanju osi.

Visok zobec R v V1, ki se manjša v naslednjih prekordijalnih odvodih (običajno narašča) in vztrjanje zobca S v V5 in V6 kažeta na hipertorofijo desnega prekata, ki jo spremljajo tudi spuščena veznica ST in obrnjen T-val v V1 do V3.

Globok zobec S v V1 in visok zobec R (vsota S v V1 + R v V5 večja od 35 mm; imenovan Sokolow indeks = voltažni kriterij hipertrofije) govorita skupaj s spuščeno veznico ST in asimetrično negativnim valom T v levih prekordijalnih odvodih (oblikovna kriterija hipertrofije) za hipertrofijo levega prekata. Podoben je Lewisov indeks za hipertrofijo levega prekata ((R v I. – R v III.) + (S v III. – S v I.) >= 17 mm).

5.3.3.5.3 Veznica ST

Veznica ST je ravni del posnetka, ki povezuje kompleks QRS in val T.
Dvignjena ali spuščena spojnica do 1 mm (kvadratka) je lahko normalna varianta.

Spuščena veznica ST v levih prekordijalnih odvodih z drugimi znaki je znak hipertrofije levega prekata, v desnih prekordijalnih odvodih pa znak hipertrofije desnega prekata.

Še pomembnejše sporočilo ima močno (4 mm in več) dvignjena veznica ST, ki se spušča proti (negativnemu) valu T. Gre za svež (akutni) srčnomišični infarkt. Pri konkavno dvignjeni ST-spojnici pri perikarditisu ni negativnih valov T. Negativna veznica ST v V1 do V3 je prisotna ob drugih znakih pri zadnjestenskem infarktu.

Spuščajoča ukrivljena veznica ST je znak hiperdigitalizacije.

Spuščeno veznico ST najdemo tudi pri obremenitvi bolnika z ishemično boleznijo srca (obremenitveno testiranje).

5.3.3.5.4 Val T

Val T je pozitiven v odvodih, kjer je pozitiven kompleks QRS. Simetrično negativen val T je znak ishemije srčne mišice. Asimetrično negativen val T v desnih ali levih prekordijalnih odvodih skupaj z drugimi znaki je znak hipertrofije desnega ali levega prekata. Če se poleg negativnih valov T pojavijo valovi U, je to znak hipokaliemije.

Vagotonija povzroča visoke asimetrične valove T. Pri ozkobaznih visokih trnastih valovih T pomislimo na hiperkaliemijo, ki jo spremlja tudi skrajšanje dobe QT.

5.3.3.6 Sklep

Elektrokardiogram v družinski medicini služi za diagnostiko akutnih stanj, odkrivanje zapletov kroničnih bolezni in vodenje kroničnih bolnikov. Zdravnik družinske medicine mora znati opisati elektrokardiografski posnetek in razumeti opis drugega zdravnika ter poznati diagnostiko najpogostejših elektrokardografskih sprememb.

Ko opisujemo elektrokardiografski posnetek,

1. *ritem opišemo kot normalni ritem, atrijska fibrilacija, sinusna aritmija, menjajoč ritem ali potujoči ritmovnik (pacemaker), omenimo eventualno pojavljanje ekstrasistol, njihov izvor (preddvor, nodus ali prekat) in njihovo pogostost. Vedno preverimo tudi eventualno prisotnost srčnih blokov;*
2. *izračunamo srčno frekvenco;*
3. *določimo srčno os in*
4. *opišemo eventualne patološke spremembe.*

Če opazimo neskladje pri zapisu ekstremitetnih in standardnih odvodov, moramo izključiti možnost zamenjave elektrod. Pri nizki voltaži in ob pravilni kalibraciji aparata (periferni odvodi < 5 mm) bomo največkrat ugotovili, da gre za debelejše bolnike ali bolnike z emfizemom. Bolnika, pri katerem ne bomo znali pojasniti sprememb v elektrokardiografsekm posnetku, bomo

napotili k internistu oz. h kardiologu.

Snemanja in odčitavanja EKG-ja se boste študenti učili predvsem v ambulanti NMP.

5.3.4 Meritev maksimalnega pretoka zraka med izdihom

Za astmo sta značilna omejitev pretoka zraka med izdihom (obstrukcija) in nihanje (variabilnost) tega pretoka, zato je za postavitev diagnoze in spremljanje bolezni pomembno izmeriti ti dve vrednosti. Obstrukcijo meri maksimalno izdihan zrak v prvi sekundi (FEV1), ki ga izmerimo s spirometrom, ali maksimalni pretok pri ustih, ki ga izmerimo z merilcem maksimalnega pretoka (PEF metrom). Merilec maksimalnega pretoka zraka (slika 5.2), ki jih bolnik opravlja sam, dodatno omogoča poznavanje niza zaporednih meritev in s tem ev. nihanje (variabilnost) obstrukcije. Nihanje, večje od 20 %, zanesljivo kaže na bronhialno preodzivnost. PEF-meter meri največji pretok zraka pri ustih v l/min.

Slika 5.2. *Merilec maksimalnega pretoka zraka (PEF-meter).*

5.3.4.1 Postopek merjenja največjega pretoka zraka

Preiskovanec v stoje globoko zajame zrak, z usti objame ustnik in na hitro v eni sapi pihne vanj. Pomemben je hiter vpih, saj se jeziček premakne v nekaj desetinkah sekunde in s kasnejšim pihanjem ni moč spremeniti vrednosti. Meritev je treba ponoviti trikrat. Zapišemo največjo vrednost. Pri pravilnem vpihu se dve najboljši meritvi ne razlikujeta za več kot 50 l/min.

Merjenja in odčitavanja PEF-meritev se boste študenti učili predvsem v ambulanti NMP.

5.4 Naročanje in razlaga laboratorijske preiskave za določene najpogostejše zdravstvene težave na osnovni ravni

V medicini pogosto pretirano zaupamo številnim testom. Klinična slika in celostni pristop morata biti vodilna pri odločanju in tudi pri upoštevanju izvidov testov. **Test** je vsaka meritev, s ciljem odkriti posameznika, ki bi lahko imel korist od določenega ukrepa (ki bi ga bil deležen v primeru, da ga test uvrsti v skupino, primerno za ta določeni ukrep). Take meritve vključujejo simptome (*npr. znaki depresije*), znake *(npr. odsotnost valov P in neredni interval R-R, ali kožni eritem s temnejšim rdečim robom in svetlejšim centrom, ki se postopno koncentrično vedno bolj širi*), laboratorijske preiskave in ocene tveganja (*angl. risk score*) za odkrivanje sedanje bolezni *(npr. diagnostična merila za depresijo*) ali napoved bolezni v prihodnosti (*npr. srčnožilne ogroženosti*). V družinski medicini ob uporabi osnovnozdravstvenega pristopa se za uporabo testov v primerjavi z bolnišnično medicino odločamo zelo redko. Pri naročanju in razlagi laboratorijske preiskave za določene najpogostejše zdravstvene težave na osnovni ravni upoštevamo racionalni pristop, ki temelji na upoštevanju predtestne in potestne verjetnosti (obeti) za določeno pričakovano diagnozo ter spremembe v odločitvi, ki jih pozitiven ali negativen test lahko povzroči.

Predtestni obeti za bolezen so pogostost bolezni deljena z 1 – pogostost bolezni. Pri 50 % pogostosti bolezni v preiskovani populaciji so predtestni obeti za bolezen pogostost/(1 – pogostost) = 0,5/(1-0,5) = 1, kar pomeni, da je test nevtralen pri pomoči pri našem odločanju. Ponovno vidimo, kako je v družinski medicini pomembno poznavanje pogostosti določenega znaka ali bolezni. Večja ko je pogostost, večja je verjetnost za bolezen pri prisotnosti znakov že pred testom. Seveda pa določenega testa ne uporabljamo samo za potrditev predvidene diagnoze, ampak tudi za izključitev npr. nevarne diagnoze, zato moramo poznati tudi lastnosti

testov (občutljivost in ločljivost testa) (tabela 5.3).

Občutljivost testa (**senzitivnost testa**) je verjetnost, da dobimo pozitiven rezultat testa, ko je bolezen prisotna. Občutljivost testa je neodvisna od pogostosti bolezni v preiskovani populaciji. Izračunamo ga kot količnik pravilno pozitivnih testov in vseh bolnih oseb: ***občutljivost = a/(a + c)***. Običajno jo izražamo v odstotkih. Zelo občutljiv test (blizu 100 %) da malo lažno negativnih rezultatov, tj. malo resnično bolnih test »ne prepozna« in jih označi kot zdrave. *Npr. pri ultrazvočni preiskavi je bilo pri 231 bolnikih od 258 bolnikov, ki jim je bilo kasneje patohistološko (zlati standard) ugotovljeno, da so bolni, z ultrazvokom ugotovljen pozitiven test – patološke spremembe na jetrih: 231/258 = 0,90. Občutljivost ultrazvočne preiskave v tem primeru je 90 %.* To pomeni, da je test med 100 testiranimi bolniki pri 90 bolnikih, ki imajo patološke spremembe na jetrih, **pozitiven** (pravilen), pri 10 bolnikih, ki imajo prav tako patološke spremembe na jetrih, pa **lažno negativen** (napačen). Te bolnike zgolj na podlagi tega testa spregledamo in ne zdravimo ustrezno.

	Zlati standard (referenca)				
Test	Bolni	Zdravi			
Pozitiven test (patološki)	A	b	a+b	a/(a+b)	Pozitivna napovedna vrednost
Negativen test (normalen)	C	d	c+d	c/(c+d)	Negativna napovedna vrednost
	a+c	b+d			
	a/(a+c)	d/(b+d)			
	Občutljivost	Ločljivost			

Tabela 5.3. *Prikaz statističnih pojmov*

Ločljivost testa (specifičnost testa) je verjetnost, da dobimo negativen rezultat testa, ko bolezen ni prisotna. Ločljivost testa je neodvisna od pogostosti bolezni v preiskovani populaciji. Izračunamo ga kot količnik pravilno negativnih testov in vseh zdravih oseb: **ločljivost = d/(b + d)**. Običajno jo izražamo v odstotkih. Zelo ločljiv test (blizu 100 %) da malo lažno pozitivnih rezultatov, tj. malo resnično zdravih test »prepozna« in jih označi kot bolne. Npr. pri ultrazvočni preiskavi je bilo pri 54 bolnikih od 86 bolnikov, ki jim je bilo kasneje patohistološko (zlati standard) ugotovljeno, da so zdravi, z ultrazvokom ugotovljen negativen test – brez patoloških

sprememb na jetrih: 54/86 = 0,63. Ločljivost ultrazvočne preiskave v tem primeru je 63 %. To pomeni, da je test med 100 testiranimi bolniki pri 63 bolnikih, ki nimajo patoloških sprememb na jetrih, negativen (pravilen), pri 27 bolnikih, ki prav tako nimajo patoloških sprememb na jetrih, **pa lažno pozitiven (napačen)**. Te bolnike zgolj na podlagi tega testa napačno označimo za bolne in jih podvržemo iatrogenim tveganjem zaradi dodatnih ukrepov in jim povzročamo nepotreben stres.

Z občutljivostjo in ločljivostjo testa si ne moremo ustvariti realne slike njegove uporabnosti, zato uporabljamo pozitivno in negativno napovedno vrednost (tabela 5.4 in tabela 5.5). **Pozitivna napovedna vrednost** je verjetnost, da gre za bolezen, če dobimo pozitivni rezultat testa. Pozitivna napovedna vrednost testa je odvisna **od pogostosti bolezni ali znaka v preiskovani populaciji**. Pogostost v tem kontekstu je predtestna verjetnost nekega dogodka, ki smo jo dobili na osnovi epidemioloških raziskav ali z uporabo drugega testa – zlatega standarda oz. reference. Pri zelo majhni pogostosti neke bolezni bo pozitivna napovedna vrednost testa vedno zelo majhna ne glede na visoko ločljivost in občutljivost uporabljenega testa (glej primer pogostost 1 % - tabela 5.4). Pozitivno napovedno vrednost izračunamo kot količnik pravilno pozitivnih (patoloških) testov (pri bolnikih) in vseh pozitivnih testov pri dani pogostosti bolezni: a/(a + b) x f(pogostost). Običajno jo izražamo v odstotkih. Številne bolnike zgolj na podlagi testa z nizko napovedno vrednostjo v populaciji z majhno pogostostjo napačno označimo za bolne in jih podvržemo iatrogenim tveganjem zaradi dodatnih ukrepov in jim povzročamo nepotreben stres.

Negativna napovedna vrednost je verjetnost, da ne gre za bolezen, če dobimo negativen rezultat testa. Tudi negativna napovedna vrednost testa je odvisna od pogostosti bolezni v preiskovani populaciji. Negativno napovedno vrednost izračunamo kot količnik pravilno negativnih testov pri zdravih in vseh negativnih testov pri dani pogostosti bolezni: **c/(c + d) x f(pogostost)**. Običajno jo izražamo v odstotkih. Pri zelo majhni pogostosti neke bolezni bo negativna napovedna vrednost testa zelo zanesljivo napovedovala odsotnost bolezni (glej primer pogostost 1 % - tabela 5.5).

Potestne obete za bolezen dobimo, če **pozitivno napovedno vrednost** delimo z 1 – pozitivna napovedna vrednost. Pri 50 % pogostosti bolezni v preiskovani populaciji so potestni obeti za bolezen (pozitivna napovedna vrednost/(1 – pozitivna napovedna vrednost)) = 2,4, kar predstavlja 2,4-kratno verjetnost, da gre za bolezen v primeru pozitivnega rezultata testa.

	Zlati standard (referenca)			50%	Pogostost 50%
Test	Bolni	Zdravi			
Pozitiven test	450.000	185.000	635.000	70,9%	Pozitivna napovedna vrednost
Negativen test	50.000	315.000	365.000	86,3%	Negativna napovedna vrednost
	500.000	500.000	1.000.000		
	90,0%	63,0%			
	Občutljivost	Ločljivost			

Tabela 5.4. *Prikaz statističnih vrednosti pri 50 % pogostosti bolezni ali znaka.*

	Zlati standard (referenca)			1%	Pogostost 1%
Test	Bolni	Zdravi	1.000.000		
Pozitiven test	9.000	366.300	375.000	2,4%	Pozitivna napovedna vrednost
Negativen test	1.000	623.700	624.700	99,8%	Negativna napovedna vrednost
	10.000	990.000	1.000.000		
	90,0%	63,0%			
	Občutljivost	Ločljivost			

Tabela 5.5. *Prikaz statističnih vrednosti pri 1 % pogostosti bolezni ali znaka.*

Poleg povsem "matematičnih" predpostavk se pri odločanju o naročanju testov naslanjamo predvsem na klinično razmišljanje. Če klinična slika potrjuje našo domnevno diagnozo in niti pozitiven niti negativen test ne

bi spremenila naših odločitev glede nadaljnjega ukrepanja, potem test ni potreben. Zavedati se moramo, da je veliko odstopanj od normalnih vrednosti slučajnih, lažno negativnih zaradi navedenih zakonitosti. Preverjanje odstopanj pa zahteva dodatno obremenjevanje bolnikov, stres, stroške in možne iatrogene škodljivosti. Zavedati se moramo tudi samih tehničnih omejitev testov, možnosti laboratorijske napake in problema normalnih vrednosti, ki naj bi teoretično pokrile 95 % normalnih vrednosti, torej že apriori zgrešile 5 % zdravih preiskovancev.

Racionalnega odločanja in interpretacije laboratorijskih testov se boste študenti na primerih učili predvsem na vajah, ki bodo namenjene tej temi in med vajami v splošni ambulanti in v ambulanti NMP.

5.4.1 Pisanje zdravniškega recepta

Odločitvi, da bolnik potrebuje določeno učinkovino, ki jo je mogoče dobiti v obliki preparata, ki se izdaja na recept, sledi pisanje recepta. Recept napišemo tudi, ko gre za ponovno predpisovanje recepta za zdravilo, za katero smo se odločili že v katerem od predhodnih posvetov in je potrebno za vodenje bolezni.

Recept je obrazec, s katerim drugemu izvajalcu, praviloma s področja lekarniške dejavnosti, naročamo izdajo določenih učinkovin in sredstev z navodilom za uporabo neposredno uporabniku – bolniku. Ker gre za uporabo diferentnih sredstev, se ponekod uveljavlja dvodelni recept: prvi del je namenjen izdajatelju učinkovine kot naročilnica in navodilo za izdajo, drugi pa uporabniku učinkovine kot obširnejše navodilo o njeni uporabi. Bistvena sestavina vsakega recepta so podatki o bolniku (ime, priimek, spol, letnica rojstva, naslov), predpisa učinkovine (v prvi vrstici generično ali lastniško ime učinkovine, farmacevtska oblika {tablete, draželi, pršilo, mazilo, kapljice}; v drugi vrstici število originalnih pakiranj z latinskimi ali arabskimi številkami in v oklepaju izpis števila v latinščini ali v slovenščini; v tretji način jemanja zdravila, in na dnu datum, žig ustanove in podatki o zdravniku (žig z imenom in s priimkom ter njegov lastnoročni podpis). Le na podlagi tega lahko farmacevt v lekarni izda zdravilo. Zdravilo predpisano na recept proti plačilu lahko dvigne bolnik v kateri koli lekarni v Sloveniji ali v tujini.

Vse nadaljnje podrobnosti v zvezi s podatki na receptu so pomembne predvsem zaradi plačila izdanih zdravil v lekarni s strani obveznega

zdravstvenega zavarovanja. Za zdravila, ki niso na seznamu zdravil, ki jih plača obvezno zdravstveno zavarovanje (t.i. negativna lista), jih je pa možno izdati le na zdravniški recept, je na razpolago t.i. beli recept (slika 3.5). Za zdravila, ki so na seznamu razvrščena na t.i. pozitivno listo ali vmesno listo, pa je potrebno izpolniti t.i. zeleni recept (slika 3.4). Dodatno je potrebno izpolniti podatke o obveznem in ev. dopolnilnem zavarovanju in o tipu doplačila (bolnik sam, zavarovalnica za dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ali pa je bolnik oproščen plačila doplačila). Oprostitev po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter razvrstitvi zdravil na liste velja za nekatere starostne skupine (otroci do 18. leta in šolajoča se mladina) in za nekatere tipe zdravstvenih težav *(npr. rakave bolezni, epilepsija, sladkorna bolezen, multipla skleroza, nezgoda pri delu, poklicna bolezen, nujna medicinska pomoč...)*.

Recepti so lahko izpisani ročno ali pa na računalnik. Sodobni računalniški programi omogočajo izpis celotnega recepta, shranjevanje in ponovno predpisovanje. Zaenkrat je izjema predpisovanje zdravil iz skupine narkotikov, za katere mora biti vsaj preparat napisan z zdravnikovo pisavo. Recept ima omejeno veljavnost, in sicer 30 dni od izdaje za večino zdravil, 5 dni za antibiotik in 3 dni za narkotik.

5.5 Pospeševanje zdravja, preprečevanje bolezni, izvajanje priložnostne in sistematične preventivne dejavnosti

Preventivno dejavnost načeloma delimo na primarno, sekundarno in terciarno. Delitev je precej nasilna, saj se dejavnosti pogosto prelivajo, a nam vseeno služi za orientacijo. V **primarno preventivo** v ožjem pomenu sodijo ukrepi, ki **pospešujejo zdravje** (*npr. svetovanje za zdrav življenjski slog*) in **preprečujejo bolezni** (*npr. cepljenje*). Izvajamo jo pri zdravih prebivalcih. V **sekundarno preventivo** sodi **zgodnje odkrivanje bolezni** (*npr. priložnostno merjenje krvnega tlaka, sistematično presejanje prebivalstva za dejavnike večje srčnožilne ogroženosti, svetovanje zdravega življenjskega sloga*). Izvajamo jo pri zdravih prebivalcih z nenormalnimi izvidi ali nezdravimi navadami. V **terciarno preventivo** sodi zdravljenje ugotovljenih bolezni in stanj, ki bi lahko pripeljale do poslabšanja osnovne bolezni ali do pojava druge in s tem do zgodnejše umrljivosti (*npr. antikoagulantno zdravljenje pri atrijski fibrilaciji, pregledovanje nog pri sladkornih bolnikih*). Izvajamo jo pri že znanih bolnikih.

5.5.1 Pospeševanje zdravja

Zdravje je v okviru pospeševanja (promocije) zdravja opredeljeno kot primeren standard življenja, dobrih delovnih pogojev, primerne stopnje telesne dejavnosti, izobraženosti, primernega načina počitka in rekreacije. Gre za večplastni proces, ki omogoča ljudem, da povečajo nadzor nad lastnim zdravjem in zdravje izboljšajo. Izobraževanje, preventivni in zaščitni ukrepi so namenjeni posameznikom in skupnosti. Programi pospeševanja zdravja naj ljudem omogočijo, da sami prevzamejo odgovornost in nadzor nad svojim zdravjem, pri tem pa postanejo aktivni sodelavci v prizadevanjih za izboljšanje zdravja.

V promocijo zdravja se vključujejo vse strukture, ki so odgovorne za izboljšanje zdravja posameznika in skupnosti: s področja zdravstvenega in socialnega varstva, varstva okolja, politične in gospodarske strukture. Zdravje ni vrednota, na katero vpliva le posameznik, nanj še bistveno bolj vplivajo pogoji, v katerih posameznik živi in dela. Naloga družbe je, da ustvari take pogoje, ki bodo zagotovili možnosti za zdravje posameznika.

Mednarodno sprejet okvir aktivnosti v zvezi s promocijo zdravja vsebuje pet ukrepov:

- oblikovanje ustrezne zdravstvene politike,
- zagotavljanje podpornega okolja,
- krepitev aktivnosti v skupnosti,
- razvijanje osebnih znanj in veščin,
- ustrezno preusmeritev zdravstvenih sistemov.

V osnovnem zdravstvenem varstvu je promocija zdravja usmerjena v zmanjševanje nevarnosti za zdravje in v povečevanje možnosti za ohranjanje zdravja na individualni ravni, na ravni skupnosti in družbe v celoti. Zdravnik družinske medicine s sodelavci (višje medicinske sestre, diplomirane medicinske sestre, profesorji zdravstvene vzgoje) tako postaja svetovalec s področja zdrave prehrane, zdravega hujšanja, varne telesne dejavnosti, opuščanja kajenja in tveganega uživanja alkoholnih pijač.

Študenti se boste s pospeševanjem zdravja seznanili med vajami v splošni ambulanti in pripravili seminar o preventivnih programih v otroštvu, v šolskem obdobju, v odraslem obdobju, v nosečnosti, v starosti, na delovnem mestu in o etičnih dilemah preventive.

5.5.2 Cepljenje proti tetanusu

Tetanus je v razvitih državah redka, pozabljena bolezen. Izkoreninjenje bakterije Clostridium tetani iz zemlje ni možno, zato bo predstavljala stalno tveganje za prebivalstvo. Za razvite države v Evropi velja, da:

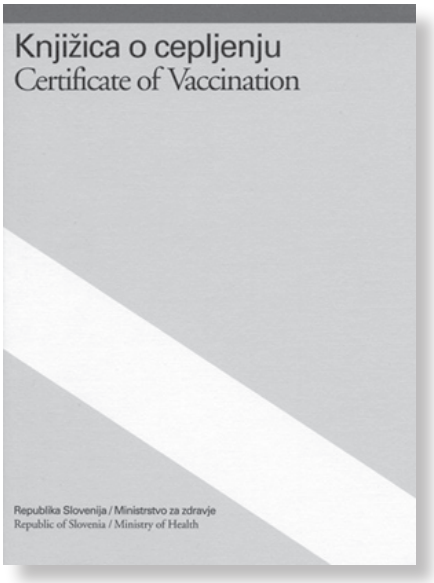
- število primerov tetanusa iz leta v leto pada;
- tetanus je bolezen starejše populacije, predvsem žensk;
- se izvaja sistematično cepljenje za otroke in mladino;
- neonatalnega tetanusa ni ali se pojavlja redko.

V Sloveniji je povprečna incidenca tetanusa (0,4/100.000) v desetletnem obdobju (1988-1997) dvakrat večja od evropskega povprečja. Nekatere evropske države imajo incidenco tetanusa veliko manjšo od evropskega povprečja. Eden izmed razlogov za razlike v večji incidenci tetanusa v Sloveniji bi lahko bilo neizpolnjevanje priporočil v zvezi s cepljenjem.

Sistematično cepljenje proti tetanusu v Sloveniji poteka že od leta 1951. Cepljenje in Seroprotilaksa proti tetanusu sta kot posebna ukrepa za preprečevanje in obvladovanje nalezljivih bolezni navedena v 22. in 23. členu Zakona o nalezljivih boleznih. Republiški Program imunoprofilakse in kemoprofilakse, ki je objavljen vsako leto v Uradnem listu RS, zelo podrobno opredeljuje cepljenje proti tetanusu za vse skupine prebivalstva. Imunoprofilaksa posameznika se opravi po preverjanju cepilnega statusa. Zdravnik je dolžan ob vsakem obisku bolnika preveriti njegov cepilni status zaščite proti tetanusu. To stanje se preveri v zdravstveni dokumentaciji ali tako, da se kot dokaz predloži dokument o opravljenih prejšnjih cepljenjih. Skladno s programom je potrebno preveriti cepilni status in opraviti manjkajoča cepljenja

- pred vstopom v vse vrste kolektivov,
- ob poškodbi ali rani,
- ob sprejemu in zdravljenju v bolnišnici,
- ob vsakem obisku pri izbranem zdravniku,
- ob epidemiološki situaciji, ki jo določi IVZ.

Zdravstveni zavod oziroma zasebni zdravnik, ki opravlja obvezno imunoprofilakso vodi evidenco opravljenega cepljenja in izda potrdilo o cepljenju. Podatki o cepljenju in podatki o trajni kontraindikaciji za cepljenje se zapišejo v zdravstveni karton in v dokument cepljene osebe (cepilna knjižica) (slika 5.4).



Slika 5.4. *Cepilna knjižica*

5.5.2.1 Preekspozicijsko cepljenje

Ob vsakem obisku pri izbranem zdravniku je potrebno preveriti podatke o cepljenju in opraviti manjkajoča cepljenja. Preekspozicijsko cepljenje je obvezno za vse osebe, ki niso bile cepljene proti tetanusu in za osebe, pri katerih je od zadnjega cepljenja poteklo več kot 10 let. Cepi se s TD (toksoid tetanusa in difterije) ali TDPur (toksoid tetanusa, difterija in pertusis) cepivom. Daje se tri odmerke 0,5 ml TD. Drugi odmerek se daje po enem do treh mesecev od prvega, tretjega pa po enem letu. Poživitveni odmerek se daje na deset let.

5.5.2.2 Postekspozicijsko cepljenje

Vsaka **rana** je lahko kontaminirana s sporami tetanusa. Pri tem ne smemo pozabiti niti ran **zaradi očesnih tujkov**, **razjede goleni** ali **gnojne abscese**. Večje tveganje za okužbo obstaja pri ranah, ki so kontaminirane s slino, z umazanijo, z blatom, vbodne rane, tujki v rani, opekline, omrzline, avulzije, crush poškodbe. Pred cepljenjem in seroprofilakso poškodovane osebe je obvezno pridobiti dokumentacijo o predhodnem cepljenju. Za določitev sheme cepljenja potrebujemo naslednja dva odgovora:

1. Ali je bil bolnik bazično cepljen ali ni bil cepljen?
2. Datum zadnje doze TT (tetanusnega toksoisda samega ali v kombinaciji z difteričnim).

S cepljenjem proti tetanusu kot značilnim primerom preprečevanja nalezljive bolezni s cepljenjem se boste študenti srečali pri vajah v splošni ambulanti in ambulanti NMP.

5.5.3 Priložnostno merjenje krvnega tlaka

Zvišan krvni tlak je pogosta bolezen. Pojavi se lahko že od obdobja adolescence do pozne starosti. Pojavnost s starostjo narašča. Številni bolniki niso odkriti. Eden izmed razlogov za pozno odkritje bolnikov je pogosto dolgo obdobje, v katerem bolniki nimajo nobenih znakov ali zapletov bolezni. Po drugi strani pa obstaja preprosta in enostavno dostopna metoda merjenja višine krvnega tlaka, ki pomaga zgodaj odkriti bolnike s povišanimi vrednostmi krvnega tlaka, njihovi ustrezni diagnostiki in zdravljenju.

Priložnostno merjenje krvnega tlaka je naloga vsakega zdravnika družinske medicine, da pri bolniku od 20. leta starosti dalje ne glede na vzrok prihoda na dve leti izmeri krvni tlak. V primeru povišane vrednosti, izmeri krvni tlak še ob dveh zaporednih obiskih (nekateri menijo, da zadoščata dve meritvi) in se odloča o diagnostiki in zdravljenju glede na višino krvnega tlaka in **celokupne srčnožilne ogroženosti**.

S priložnostnim merjenjem kot eno od oblik zgodnjega odkrivanja bolezni se boste študenti srečali pri vajah v splošni ambulanti.

5.5.4 Presejalni pregled za srčnožilne bolezni

Namen **presejalnega pregleda** (še) zdravih bolnikov je odkrivanje prisotnosti dejavnikov tveganja za nastanek bolezni srca in žilja ter s tem iskanje ogroženih ljudi in ustrezno ukrepanje za zmanjšanje tveganja za pojav srčnožilnih dogodkov. Morebitne dejavnike tveganja identificiramo, ovrednotimo in izračunamo ogroženost pregledanega za razvoj srčnožilne bolezni v naslednjih 10 letih po tablicah Evropskega kardiološkega združenja.

Preventivni pregled sestavljajo:
- družinsko anamnezo *(zgodnja koronarna bolezen, možganska kap pred 55. pri moškem sorodniku oz. pred 65. letom pri ženski sorodnici), zvišan krvni tlak, sladkorna bolezen);*
- osebno anamnezo *(življenjski slog: kajenje, prehrana, uživanje alkohola, telesna dejavnost, stres, izvajanje ostalih presejevalnih ukrepov, tj.*

mamografija in bris materničnega vratu);
- klinični pregled *(telesna višina, teža, obseg pasu in bokov, indeks telesne mase (ITM) krvni tlak, srce in pljuča, periferni pulzi, EKG)*;
- laboratorij *(krvni sladkor in skupni holesterol na tešče);*
- oceno ogroženosti.

Za ocenjevanje ogroženosti uporabljamo lestvico stopenj ogroženosti Evropskega kardiološkega združenja SCORE (angl. Systematic COronary Risk Evaluation) (za končne dogodke upošteva samo smrt zaradi srčnožilnega dogodka) ali lestvico, zasnovano na podatki iz Framinghamske kohornte raziskave (za končne dogodke upošteva vse srčnožilne dogodke). Obe napovedujeta dogodek čez deset let. Stopnjo tveganja določimo na osnovi starosti, spola in prisotnosti določenih dejavnikov tveganje za srčnožilni.

Stopnja ogroženosti	*Ocena*	
	po Framinghamski lestvici	*po lestvici SCORE*
Zelo velika	> 40 %	>3
Velika	20 – 40 %	3
Zmerna	10 – 20 %	2
Blaga	5 – 10 %	1
Majhna	< 5 %	<1

Tabela 5.6. *Stopnje ogroženosti za srčnožilni dogodek*

Izjeme so bolniki z zvišanim krvnim tlakom, katerih tveganje izračunavamo po ISH/WHO priporočilih, in sladkorni bolniki, za katere potrebujemo modificirano tabelo ocenjevanja absolutne ogroženosti po Yudkinu.

Pri vseh bolnikih, katerih srčnožilno tveganje presega 20 %, sledi pregledu ukrepanje (intervencija). Vselej so prvi ukrepi svetovanje in zdravstvena vzgoja za zdrav način življenja. V Sloveniji so organizirane oblike zdravstvene vzgoje v majhnih skupinah, t.i. učnih delavnicah. Teme, ki jih tako obravnavajo, so
- zdrav življenjski slog,
- opuščanje kajenja,
- prekomerna telesna teža,
- zmanjševanje tveganega in škodljivega pitja alkohola,
- telesna nedejavnost,
- zvišan krvni tlak,

- motena presnova maščob v krvi,
- motena presnova krvnega sladkorja.

Glede na stopnjo ogroženosti in uspešnost nefarmakoloških ukrepov se odločamo za dodatne medikamentozne ukrepe pri presejanju ugotovljeni sladkorni bolezni in hipertenziji, pri hiperlipedemiji pa le pri zelo ogroženih posameznikih, katerih tveganje presega 20 %, če jim z dieto ni bilo mogoče normalizirati koncentracije maščob v serumu, in pri vseh bolnikih z družinsko hiperlipemijo.

Kadilcem in pivcem, ki pijejo tvegano ali škodljivo, lahko ponudimo individualno svetovanje.

S sistematičnimi presejalnimi pregledi za srčnožilne bolezni se boste študenti srečali pri vajah v splošni ambulanti.

5.5.5 Individualno svetovanje za posameznike, ki želijo opustiti kajenje

Individualno svetovanje za posameznike, ki želijo opustiti kajenje, izvaja zdravnik družinske medicine v svoji ordinaciji 5-krat po 15 min.

Vsebina srečanj:
- oblikovanje okolja, v katerem se ne kadi, spoznati kadilca;
- svetovati kadilcu opustitev kajenja;
- določiti datum prenehanja kajenja;
- svetovanje in predstavitev informativnega gradiva;
- vzpodbuda in spremljanje;
- načini, kako zmanjšati število cigaret. Kako se pripraviti na opuščanje kajenja in se še bolj utrditi v svoji nameri, da bo kadilec opustil kajenje?
- veliki dan brez cigarete, kako premagati telesno in duševno zasvojenost;
- Kako nadzorovati telesno težo?
- Kako premagati stres?
- Kako ostati nekadilec?

Pripomočki, ki jih zdravnik uporablja pri svetovanju, so
- nikotinska nadomestna terapija,
- ev. terapija z zdravilom ali obližem za zmanjšanje sle po kajenju (po

presoji zdravnika),
- nikotinski žvečilni gumi,
- vprašalnik na 5 straneh,
- zloženka Opuščanje kajenja in vzdrževanje telesne teže.

Na razpolago je dodatni priročnik za izvajalce delavnic Da opuščam kajenje in priročniki za udeležence delavnic:
- delovni listi – fotokopije iz priročnika Da opuščam kajenje (60 listov);
- zloženka Opuščanje kajenja in vzdrževanje telesne teže;
- priročnik Ciciban opazuje.

V zdravstveni karton je potrebno zapisati datum in vsebino posameznega srečanja.

5.5.6 Individualno svetovanje posameznikom, ki pijejo na tvegan način

Individualno svetovanje za posameznike, ki želijo opustiti pitje alkohola, izvaja zdravnik družinske medicine v svoji ordinaciji 5-krat po 15 min.

1. pogovor

Pogovor o pivskih navadah, popitih količinah, priložnostih, morebitnih težavah povezanih s pitjem – brez vrednostnih ocen
Ugotavljanje bolnikovih stališč in prepričanj s tehniko empatičnega poslušanja
Zloženka za bolnika
Kartonček za določanje količine popitega alkohola.

2. pogovor

Ocena stanja (skupaj z bolnikom) (pri škodljivem pitju še pomoč pri iskanju povezave med uživanjem alkohola in aktualnimi težavami):
Ocena, v kateri fazi motivacijskega kroga je bolnik
Pomoč v iskanju dobrih in slabih strani bolnikovega pitja ter dobrih in slabih strani (in možnih ovirah) morebitnega zmanjšanja pitja
Ugotoviti, kako pomembno se zdi bolniku spremeniti pitje, in ugotoviti njegovo zmožnost za spremembo
Če je v *fazi akcije*:
- Lahko pomoč v iskanju možnih načinov omejevanja pitja in izbor enega ali dveh načinov

Če je v *kontemplacijski fazi*:

- Motivacija za spremembo, z nasvetom za morebitno zapisovanje popite količine ter priložnosti za pitje in počutja ob pitju (»pivski dnevnik«)

Če je *odvisen od alkohola*:

- Motivacija za napotitev na zdravljenje
- Seznanitev z različnimi možnostmi za zdravljenje
- Motivacija za pritegnitev družine
- Če je odklonilen: laboratorijski testi, predlog abstinence do naslednjega pogovora in dodatna literatura

3. pogovor

Kontemplacijska faza:
Analiza pivskega dnevnika z analizo počutja in doživljanja
Iskanje možnih načinov omejevanja pitja (“brainstorming”)
Izbor načina(-ov) omejevanja pitja z načrtom premagovanja ovir
Faza akcije:

- Ocenitev omejitve pitja
- Pogovor o uspehu in/ali o težavah v zvezi s tem; postavitev novih, prilagojenih ciljev
- Odvisnost od alkohola:
- Analiza abstinence in počutja ter doživljanja, morebitne spremembe doma in v službi
- Pritegnitev družine

4. pogovor

Bivša kontemplacijska faza:
Ocenitev omejitve pitja
Pogovor o uspehu in/ali o težavah v zvezi s tem; postavitev novih, prilagojenih ciljev
Faza akcije:
Spremljanje sprememb; motiviranje za vzdrževanje sprememb, kontrola laboratorijskih testov (pri škodljivem pitju)
Odvisnost od alkohola:

- Analiza abstinence in počutja ter doživljanja, morebitne spremembe doma in v službi
- Pritegnitev družine
- Kontrola laboratorijskih testov
- Motivacija za zdravljenje, ovire za odločitev

5. pogovor

Ponovna ocena stanja, načrt za prihodnje obdobje
Pri škodljivem pitju: kontrola laboratorijskih testov pri tistih, ki so bili v začetku v pre- ali v kontemplacijski fazi

Pri odvisnih: analiza laboratorijskih testov in ponovna motivacija za zdravljenje
Pripomočki pri svetovanju:
- Priročnik svetovanje bolnikom, ki pijejo na tvegan način
- Vprašalniki (5 različnih)
- Kartonček za določanje količine popitega alkohola
- Zloženka: kaj je tvegano pitje alkoholnih pijač
- Opomnik (algoritem) za zdravnike
- Alkotester

Pripomočki za bolnike:
- Zloženka: Kaj je tvegano pitje alkoholnih pijač?
- Za odvisne: že natisnjene knjižice

V zdravstveni karton je potrebno zapisati datum in vsebino posameznega srečanja.

5.6 Vodenje zdravstvenega kartona v papirni in elektronski obliki

Glej tudi *5.3.1 Usmerjen zapis o posvetu.*

V okviru študijskih obveznosti bodo študenti uredil zdravstveni karton enega izmed bolnikov pri svojem učitelju veščin ali asistentu. Ni potrebno, da študenti urejajo vložne liste, ampak le temeljne stalne podatke:
- *splošne podatke o bolniku (vključno s podatki o zavarovanju),*
- *delovno mesto in izobrazba,*
- *družinske člane in njihova obremenjenost (lahko v obliki družinskega drevesa),*
- *bivalni pogoji,*
- *zbirnik bolnikovih težav (problemska lista), kjer naj bodo posebej razvidni aktivni problemi,*
- *seznam predpisanih zdravil, ki jih bolnik stalno jemlje,*
- *opravljene preiskave, napotitve in bolnišnično zdravljenje,*
- *dejavnike tveganja (kajenje, alkohol, prepovedane droge...),*
- *alergije,*
- *mnenja o delazmožnosti (npr. invalidske upokojitve itd.),*
- *telesno dejavnost, konjički,*
- *preventivni pregled bolnika (kot izhodišče za kasnejše primerjanje).*

5.6.1 Vodenje zbirnika (problemska lista + list stalnega zdravljenja)

Zbirnik je seznam vseh zdravstvenih, socialnih in drugih težav ter stanj, ki bolnika spremljajo dlje časa (slika 5.3). Namen zbirnika je, da zdravniku omogoča pregled nad bolnikovimi večjimi zdravstvenimi težavami.

Vsako težavo, ki ni samo prehodnega in minljivega značaja, vpišemo v zbirnik, prav tako zaporedno številko težave, šifro, diagnozo in datum, ko se je začela. V rubriki **pripombe** lahko navedemo, kdaj se je težava razrešila, in druge zaznambe v zvezi z njo. Ima tudi mesto za vpis alergij in drugih stanj, kot so slabe družinske razmere, kajenje, alkoholizem, debelost ipd. Pri odraslih lahko zapisujemo tudi cepljenja proti tetanusu. Pri uporabi računalniškega zdravstvenega kartona je smiselno voditi nekaj več diagnoz oziroma je kratkotrajne epizode bolezni smotrno opisati pod eno diagnozo npr. »prehodne bolezni«.

Del zbirnika je tudi **seznam zdravil**, ki jih bolnik jemlje dlje časa. Vanj vpišemo zaporedno številko, številko težave, na katero se zdravljenje nanaša, ime zdravila, ortopedskega ali sanitarnega pripomočka ipd., kar bolnik uporablja dlje časa. Med pripombe lahko vpišemo število potrebnih zavojčkov v dveh mesecih ali druge zaznambe.

ZBIRNIK

IME: Janez Kranjski **ŠT. KARTONA:** 345

ŠIFRA	ŠT.	PROBLEM	ZAČETEK	PRIPOMBE
401.9	1	Hypertensio arterialis	1984	
723.2	2	Cervicobrachialgia	1990	
712.0	3	Arthritis urica	1990	
820.8	4	Fractura colli femoris sin.	2.3.1992	4.3.1992:TEC coxae sin.
780.5	5	Insomnia	1992	

SEZNAM ZDRAVLJENA				
ŠT.	**ŠT. PRO.**	**ZDRAVILO**	**ODMERJANJE**	**PRIPOMBE**
1	1	Olivin 20 mg	2x1	
2	1	Edemid	1/3dni	
3	2	Glissonova zanka		
4	3	Zyloric	1/d	
5	2,3	Ketonal forte	3x1 ob bolečinah	
6	3	Cholchicin tbl	ob napadu putike	
7	5	Apaurin 5 mg	pred spanjem	

Slika 5.3. *Primer obrazca, kjer sta združena zbirnik in seznam stalnega zdravljenja.*

Z vodenjem zdravstvenega kartona in druge medicinske dokumentacije se boste študenti srečali pri vajah v splošni ambulanti. Zapisati boste morali 10 posvetov o bolnikih z akutnimi zdravstvenimi težavami in 10 o bolnikih s kroničnimi zdravstvenimi težavami. Z elektronskim zapisom se boste seznanili na vajah v splošni ambulanti.

6 Veščine obravnave posameznih skupin zdravstvenih težav

Namen poglavja je prikazati:
- *pristop k neizrazitim zdravstvenim težavam*
- *uporabo časa v diagnostične in terapevtske namene*
- *obravnavo akutnih bolezni*
- *obravnava nujnih stanj v splošni ambulanti*
- *pristop k bolniku z duševnimi motnjami*
- *obravnavo bolnikov s somatoformnimi motnjami*
- *vodenje kroničnih bolnikov*
- *obravnavo bolnikov z več boleznimi*
- *načrtovanje in izvajanje hišnih obiskov*
- *vodenje bolnikov po odpustu iz bolnišnice*
- *vodenje delazmožnosti*

Študent mora
- *poznati pristop k neizrazitim zdravstvenim težavam;*
- *znati uporabiti čas v diagnostične in terapevtske namene;*
- *znati obravnavati najpogostejše akutne bolezni;*
- *znati obravnavati najpogostejša nujna stanja v splošni ambulanti;*
- *znati obravnavati bolnika z duševnimi motnjami;*
- *znati obravnavati bolnika s somatoformnimi motnjami;*
- *poznati pristop k vodenju kroničnih bolnikov;*
- *poznati pristop k obravnavi bolnikov z več boleznimi;*
- *načrtovanje in izvajanje hišnih obiskov;*
- *poznati način vodenja bolnikov po odpustu iz bolnišnice;*
- *poznati način vodenja delazmožnosti.*

6.1 Pristop k slabo izraženim zdravstvenim težavam

V družinski medicini se srečujemo s številnimi znaki, občutji in stanji, ki so pogosto še slabo izraženi, zelo splošni in se pogosto ne skladajo najbolje s tipičnimi kliničnimi slikami ali jih lahko pripišemo različnim kliničnim diagnozam. Kljub temu je pogosto potrebno ukrepati še pred dokončanim diagnostičnim postopkom. Navedeni primeri ne predstavljajo popolnega pregleda ali nadomestila za študij teh bolezni pri kliničnih predmetih, temveč služijo predvsem kot iztočnica za prikaz razmišljanja oz. osnovnozdravstenega pristopa k slabo izraženim zdravstvenim težavam.

V četrtem letniku je poudarek predvsem na neposrednem opazovanju pojavnosti bolezni s slabo izraženimi znaki in občutji v splošni populaciji, v splošni ambulanti in v urgentnih ambulantah. Z učitelji veščin boste študenti podrobneje obdelali le nekatere pogostejše ali zanimive primere takih stanj. Večje število in bolj poglobljeno boste akutne bolezni obdelali na vajah v šestem letniku.

6.1.1 Dispneja

6.1.1.1 Opredelitev in pogostost dispneje

Dispneja je izraz za subjektivni občutek pomanjkanja zraka, torej je simptom in ne objektivna ocena spremembe dihanja. Ljudje jo opisujejo kot kratko sapo, dušenje, sopenje, težko dihanje... Tako ta izraz ne moremo uporabiti pri nezavestni osebi ali osebi z nezmožnostjo globokih vdihov. Dispneja je običajen pojav tudi pri zdravih ljudeh, če je telesni napor dovolj velik. Oceno, da je dispneja bolezenska, je pogosto mogoče podati le, če poznamo splošno stopnjo bolnikove telesne zmogljivosti (spremljajoče bolezni, dvig telesne teže, gibanje, telesna kondicija). **Ortopneja** je dispneja v ležečem položaju, ki delno ali popolnoma izzveni v sedečem ali stoječem položaju. **Trepopneja** je dispneja pri ležanju na enem boku. **Paroksizmalna nočna dispneja** nastane ponoči in bolnika zbudi iz spanja. Vseh vzrokov za nastanek dihalne stiske ni mogoče našteti, obstaja več delitev le-teh, pri diferencialni diagnostiki pa sta najuporabnejša hitrost nastanka dispneje in delitev glede na vzrok po organskih sistemih (tabela 1 in 2).

Klinično lahko respiratorni status bolnika ocenjujemo s/z:
- **frekvenco dihanja (tahipneja > 20/min, bradipneja < 12/min),**
- **globino dihanja (hiperpneja),**
- **uporabo pomožnih dihalnih mišic,**
- **pretrkavanjem prsnega koša,**
- **osluškovanjem.**

Zdravnik družinske medicine je pri izbiri diagnostičnih preiskav omejen. Na razpolago ima EKG, oksimetrijo in merjenje maksimalnega pretoka zraka v izdihu (PEF)), redkeje pa spirometrijo, v nujni medicinski službi ponekod še kapnometrijo. Seveda so vse te preiskave le pomoč pri potrjevanju delovne diagnoze in za oceno resnosti stanja, upravičenost njihove uporabe pa temelji na dobri anamnezi in klinični preiskavi bolnika.

6.1.1.2 Diferencialna diagnoza dispneje

Nenaden (minute)	Hiter (v nekaj urah)	Postopen (dnevi, tedni)	Počasen (meseci, leta)
Tujek v dihalih	Pljučnica	Plevralni izliv	KOPB
Pnevmotoraks	Hematotoraks	TBC	Pnevmokonioze
Pljučna embolija	Alergični alveolitis	Karcinom bronha	Pljučna fibroza
Pljučni edem	Pljučni edem		Hipertiroidizem
Astma (ak. napad)	Astma		
Psihogena dispneja			

Tabela 6.1. *Delitev dispneje glede na hitrost njenega razvoja.*

Respiratorni vzroki
- Bolezni dihalnih poti - astma
  - KOPB
  - tumor bronha (sindrom venae cave superior)
  - tujek
- Bolezni pljučnega tkiva in plevre
  - pljučnica
  - fibroza pljuč, sarkoidoza, TBC
  - nekardiogeni pljučni edem (inhalacije, kokain, višinska bolezen, pankreatitis…)
  - plevritis, mezoteliom, plevralni izliv

Srčni vzroki:
- srčno popuščanje
- ishemična bolezen srca

Drugi vzroki:
- anemija
- zastrupitev s CO
- hipertireoza
- bolezni dihalnih mišic (ALS, miastenija, miozitisi…)
- kostohondritis
- psihogena dispneja

Tabela 6.2. *Delitev dispneje glede na prizadetost organskega sistema (izvzete so poškodbe).*

Med vsemi moramo največjo pozornost posvetiti nenadno nastali dispneji, katere vzrok moramo oceniti pravilno in pravočasno, sicer je bolnik lahko izgubljen. Glavni vzroki so: napad bronhialne astme, srčno popuščanje s pljučnim edemom, masivna pljučna embolija, spontani pnevmotoraks in psihogeni napad dispneje.

Študenti se boste z dispnejo spoznali v ambulanti NMP in v splošnih ambulantah. Za pouk je zanimiva, ker predstavlja splošno občutje in znak s številnimi možnimi vzroki zanju.

6.1.2 Nespečnost

6.1.2.1 Opredelitev in pogostost nespečnosti

Okoli dve tretjini bolnikov v splošnih ambulantah imajo občasne težave z **nespečnostjo** (Insomnia), 10 % pa ima stalne težave (kronična nespečnost). Z višjo starostjo je pogostejša. Pogostejša je pri ženskah. Večina bolnikov med posvetom pri zdravniku o teh težavah ne spregovori. Nespečnost se lahko kaže kot težave pri uspavanju, zbujanje med spanjem in zgodnje prebujanje. Posledice tega se lahko kažejo kot utrujenost, pomanjkanje energije, motnje koncentracije in razdražljivost. Nespečen bolnik ni nikoli zadovoljen s svojo nočjo niti s svojim dnem. Prepričan je, da bi se počutil bolje, če bi ponoči lahko dlje ali bolje spal. Na žalost pa se ti bolniki izgubijo med drugimi diagnozami. Le pičlih 0,4 % oz. 0,6 % bolnikov, ki obiščejo ambulanto, namreč na koncu dobi nespečnost kot eno od diagnoz.

Zaradi spremenjene fiziologije spanca in spremljajočih bolezni (kronično srčno popuščanje, benigna hiperplazija prostate, astma, motnje v delovanju ščitnice), ki pogosto mučijo starejše in že same po sebi povzročajo nespečnost, je razumljivo, zakaj je toliko več nespečnosti med starejšimi. Starostniki tudi težje prenašajo spremembe spanja kot mladostniki in hitreje posežejo po uspavalu. Posledica obojega je njihova pogostejša uporaba, zaradi česar se prej razvijeta toleranca in odvisnost. Poleg tega lahko hipnotiki povzročijo omotico in vrtoglavico, zaradi česar so pogostejši padci s poškodbami. Starejši namreč pogosto tožijo zaradi nespečnosti, ker se zjutraj zgodaj zbudijo. Pri tem pa pozabljajo na dvoje: da se vzorec spanca in tudi količina spanja z leti spreminjata. Starostniki ponoči spijo manj in to nadomestijo z dnevnim počitkom. Tako sklepajo, da so nespečni, čeprav se čez dan ne počutijo utrujene.

Najpogostejša zdravila, ki lahko motijo spanec, so blokatorji adrenergičnih receptorjev beta, ščitnični pripravki, kortikosteroidi, selektivni inhibitorji ponovnega privzema serotonina (SSRI), inhibitorji monoamin-oksidaze (MAO inhibitorji), fenitoin in nekateri kemoterapevtiki.

6.1.2.2 Diagnoza nespečnosti

Prva dilema pri obravnavi nespečnosti je ugotoviti, kdaj gre za pravo nespečnost. Diferencialno diagnostično moramo poleg prave nespečnosti pomisliti še na naslednje oblike:

- normalno kratkotrajno nočno spanje – bolnik pove, da ponoči spi le 3-4 ure, ob tem pa podnevi nima posledic;
- psevdoinsomnija – gre za moteno zaznavanje spanja, ko se bolnik zjutraj bolje spominja nočnih prebujanj kot vmesnih trenutkov spanca in toži za nespečnostjo ali preveliko zaspanostjo, drugih bolezni ali psihiatričnih motenj ne najdemo; polisomnografski zapis prikaže, da je bolnik dolgo spal;
- hipersomnija – spanje, ki časovno bistveno presega normalni čas, kot znak nevroze, redkeje posledica organske motnje možganov.

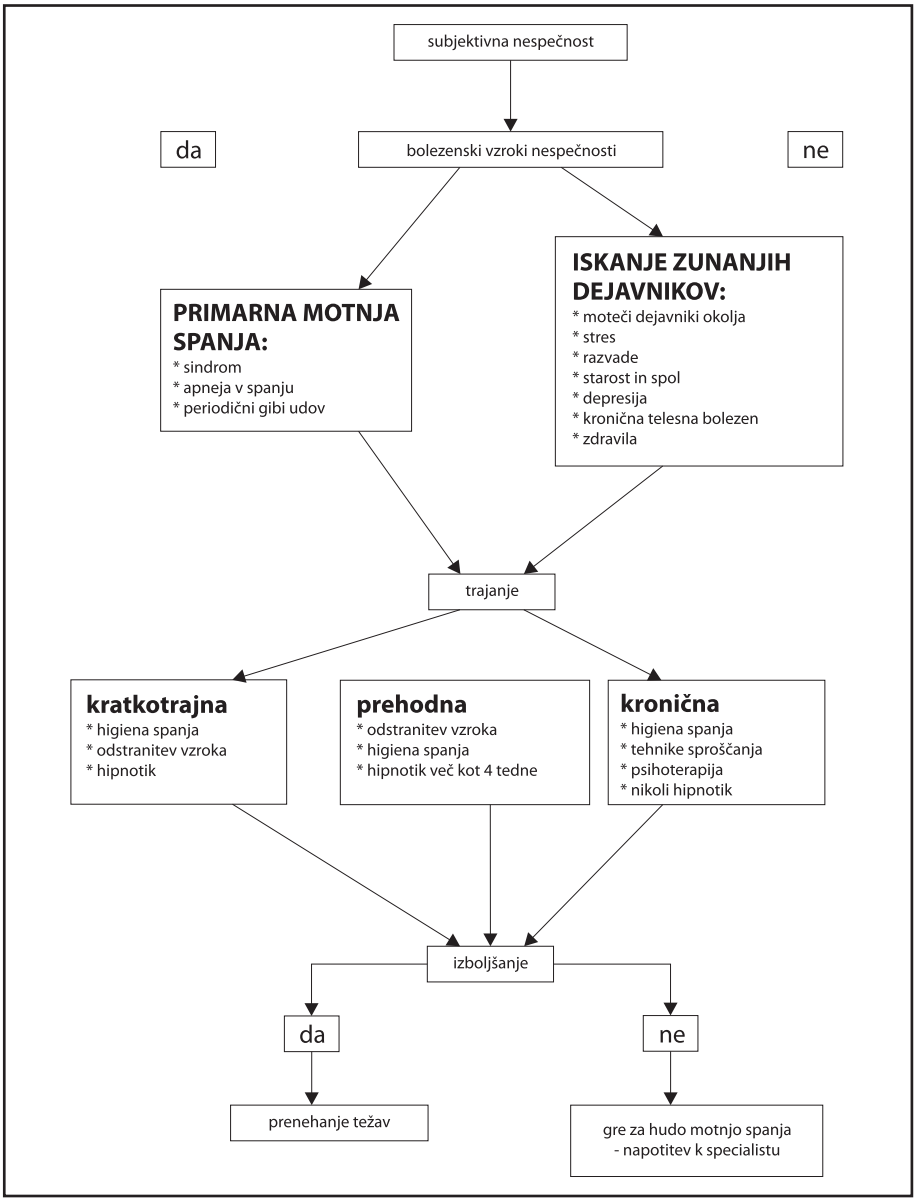
Potrebna je prepoznava depresije in drugih psiholoških motenj. Nespečnost je zato prikladen **opozorilni znak**, ki ga lahko uporabimo za nadaljevanje pogovora o morebitni prisotnosti ostalih znakov **depresije**. Izključiti moramo sindroma **obstruktivne** in **centralne apneje** v spanju, **sindrom periodičnih gibov udov v spanju** in **sindrom nemirnih nog**. Tudi hiperplazija prostate in srčno popuščanje lahko povzročita nespečnost. Večino nespečnosti lahko diferencialno diagnostično umestimo na podlagi anamneze. Ob sumu na druge bolezni po potrebi opravimo tudi druge preiskave.

Trdovratne in zapletene ali z drugimi duševnimi motnjami prepletene motnje nespečnosti (pavor nocturnus, parasomnije) napotimo k nevrologu, ki se ukvarja z motnjami spanja in bo bolnika preiskal v t.i. **spalnem laboratoriju**.

6.1.2.3 Ukrepanje pri nespečnosti

Preden začnemo nespečnost zdraviti z **uspavali**, je dobro poskusiti z nefarmakološkimi ukrepi. Predvsem se pozanimajmo o sami **higieni spanja**. Redna ura za odhod v posteljo, umirjeno preživljanje nekaj ur pred spanjem, lahka in ne preobilna večerja dovolj zgodaj pred spanjem ter ustrezno okolje za spanje so izjemnega pomena za vzdrževanje primernega ritma

spanja. Nekateri poklici stalnega ritma ne dopuščajo, zato so kratkotrajne motnje spanja pri ljudeh teh poklicev pogoste in razložljive, a po ponovni vzpostavitvi običajnega ritma izzvenijo. Uspavalo predpišemo le za kratko obdobje, kar bolniku razložimo že na samem začetku (slika 6.1).



Slika 6.1. *Obravnava nespečnosti v družinski medicini.*

6.1.2.4 Vodenje kroničnega bolnika z nespečnostjo

Nefarmakološki pristopi imajo mnogo večji dolgoročni uspeh od jemanja zdravil. Res pa je, da zdravila učinkujejo takoj, zato so bolniki bolj zadovoljni. Po zdravilih posegajmo le takrat, ko nobeden izmed priporočenih ukrepov ni zalegel, in še to samo za kratek čas. Idealnega zdravila za zdravljenje nespečnosti ni. Pomembno je vedeti, da nespečnosti praviloma ne zdravimo z barbituratnimi hipnotiki. Kljub prepričljivemu hipnotičnemu učinku storimo z njimi več škode kot koristi.

Priporočila za izbiro ustreznega hipnotika:
- Prva skupina zdravil za zdravljenje kratkotrajne nespečnosti, kjer ima bolnik težave z uspavanjem, je nizek odmerek nebenzodiazepinskega hipnotika (NBZD) (zolpidem, zopiklon) ali kratkodelujočega oz. srednjedolgodelujočega benzodiazepina (BZD).
- Če se bolnik zbuja zgodaj zjutraj, mu predpišemo srednjedolgodelujoči BZD nitrazepam.
- Če je bolnik s kratkotrajno nespečnostjo podnevi anksiozen, se priporoča uporaba dolgodelujočega BZD.
- Če gre za depresijo s pogostimi nočnimi prebujanji, je bolje začeti z nizkimi dozami sedativnih antidepresivov (amitriptilin, doksazepin, trimipramin itd.); antidepresive je potrebno jemati redno, vsak dan; bolnika spremljamo in mu po potrebi ponudimo druge oblike zdravljenja depresije.
- Ob hudi nespečnosti, zmedenem in agitiranem bolniku, so nevroleptiki (levomepromazin, kloroprotiksen) bolj učinkoviti od BZD. Če je na to nacepljena še psihoza, vključimo v zdravljenje še psihiatra.
- Če so BZD kontraindicirani, predpišemo sedativne antihistaminike (hidroksizin).

Starejšim predpisujemo polovični priporočeni odmerek zdravila. Kadar bolniku hipnotik predpišemo prvič, mu predpišemo majhno količino tablet – le eno škatlico in ga naročimo za ponovni pregled, ko bo potreboval novo. Že na začetku ga poskušamo motivirati, da poskusi kakšno noč zaspati brez uspaval, npr. za konec tedna.

Hipnotiki z dolgim delovanjem povečajo nevarnost nočnih padcev in zlomov kolka ter drugih poškodb. Zaradi dolgega delovanja se hipnotični učinek pozna še naslednji dan in s tem moti bolnikovo dnevno delovanje. V nasprotju s temi pa kratkodelujoči hipnotiki lahko povzročijo nespečnost v drugem delu noči.

Zgodnje prebujanje ali prebujanje večkrat na noč nas lahko opozarjata na številne kronične bolezni, še posebej na depresijo. Inkontinenca, povečana prostata, dekompenzirana jetrna ciroza, popuščanje srca in druge bolezni lahko bolnika zbujajo zaradi siljenja na vodo. Bolečine v gibalih, tumorski glavobol in podobna stanja pogosto motijo bolnikov spanec. Eden pomembnih znakov depresije je prebujanje ponoči in/ali zgodnje prebujanje. Teh bolnikov ne smemo odpraviti s hipnotikom ali z anksiolitikom.

Benzodiazepinski hipnotiki delujejo tako, da pospešujejo fiziološki mehanizem uspavanja z zaviranjem dražljajev, ki prihajajo iz čustvene, čutne, avtonomne in motorične sfere. Delujejo torej sedativno, hipnotično, antikonvulzivno in mišično-relaksantno. Zaradi navedenih značilnosti je njihovo predpisovanje kontraindicirano pri:

- akutnem glavkomu z ozkim zakotjem,
- miasteniji gravis,
- hujši jetrni in ledvični odpovedi,
- respiratorni insuficienci.

Po dolgotrajnem jemanju se učinkovitost BZD zmanjša. Posledica je individualno povečevanje odmerka, s tem pa se neučinkovitost spanja poveča. Arhitektura spanja se popolnoma poruši. Vsi benzodiazepinski hipnotiki, tudi v manjših odmerkih, po 6 mesecih nepretrganega jemanja nimajo nobenega učinka več. Odvajanje od hipnotika je edini način, da se rešimo iz začaranega kroga.

Ob hitri ukinitvi se pojavi posledična (povratna) nespečnost, kar pomeni, da ima bolnik po daljšem jemanju hipnotikov in odtegnitvi le-teh še hujšo nespečnost kot pred začetkom zdravljenja. Le-ta se kaže kot podaljšan čas do uspavanja (latenca) in povečano število nočnih prebujanj. Pojavi se lahko že po enkratnem odmerku kratkodelujočega BZD, pri srednjedolgodelujočih pa po 2 do 3 dneh.

Po prekinitvi zdravljenja z BZD se poleg nespečnosti pojavijo še anksioznost, razdražljivost, spremembe zaznavanja, paranoja in nenazadnje odtegnitveni sindrom. Pri odtegnitvenem sindromu prevladujejo glavobol, prestrašenost, bolečine v mišicah in nemir ter zmedenost. Sindrom je huje izražen pri tistih, ki so hkrati jemali hipnotike in pili alkoholne pijače ali jemali kakšno drugo drogo. Zato BZD ukinemo zelo počasi, to je z manjšanjem odmerka na četrtino vsakih 10 dni, ter le za en sam hipnotik hkrati.

Drugače je z NBZD hipnotiki. Medtem ko se benzodiazepini neselektivno

vežejo na vse benzodiazepinske receptorje omega, se zolpidem selektivno veže na podskupino omega 1. Zato skoraj nima mišično-relaksantnega in antikonvulzivnega učinka ter ne povzroča dnevne sedacije. Ob dolgotrajnem prejemanju naj se ne bi pojavili toleranca in spremenjena arhitektura spanja. Kljub temu tudi za zolpidem proizvajalec priporoča jemanje največ 2 do 3 tedne. Ukinitev ne povzroča posledične nespečnosti niti abstinenčnih težav.

Pri predpisovanju hipnotikov moramo bolnika opozoriti, da zdravilo lahko vpliva na sposobnost upravljanja motornega vozila ali stroja.

10 % ljudi jemlje zdravila, ki jih dobijo brez recepta. Med njimi najpogosteje antihistaminike (difenhidramin in doksilamin). Ta zdravila so na splošno varna, imajo pa antiholinergične stranske učinke, kot so: retenca urina, suha usta in zaprtje. Zaradi različnega razpolovnega časa lahko povzročijo vrtoglavico. Kar 13,5 % ljudi »zdravi« nespečnost z alkoholom, ker deluje sproščujoče in uspavalno. Vendar vse našteto le deloma prispeva k lažjemu uspavanju, kakovost spanja pa se potem zmanjša. Pri uživanju alkohola pa zaspanosti, potem ko se je alkohol presnovil, sledi budnost z vznemirjenostjo in agitacijo.

Z nespečimi bolniki se boste študenti srečali v splošnih ambulantah, v ambulanti NMP in v domovih starejših občanov. Nespečnost je zanimiva za proučevanja prav zaradi slabše prepoznave, pogosto neustreznega zdravljenja in zaradi spremljajočih ali vzročnih bolezni za slabo spanje, kar nudi dobro izhodišče za razmišljanje, raziskovanje in študij literature.

6.2 Uporaba časa v diagnostične in terapevtske namene

Čas v medicini je pogosto naš zaveznik, zato ga lahko s pridom uporabljamo pri vsakdanjem delu. V družinski medicini sta koncept **odprtega čakanja** in **zdravilnega poskusa** pomembna, ker omogočata racionalno odločanje na podlagi verjetnosti in pogostosti določenih stanj v populaciji, za katero skrbimo. S tem se ob sprejemanju določene stopnje tveganja izognemo nepotrebnemu, dragemu, zamudnemu in pogosto malo povednemu diagnosticiranju. Bolniku prihranimo številne odvečne poti. Pri vseh odločitvah je pomembno vključevanje bolnika in doseganje soglasja, s čimer bolnik dejavno sodeluje pri opazovanju samega sebe in pomaga k skupnemu uspehu zdravljenja. Ne nazadnje je tudi tveganje, ki ga zavestno sprejmemo, skupno. Na sekundarni ravni se v večji meri odločajo za sprejem bolnika

na opazovanje za obdobje, v katerem pričakujejo možne zaplete oz. razvoj znakov, ki bodo potrdili nevarni potek in zahtevali ukrepanje. Vendar se po krajšem obdobju opazovanja tudi ti bolniki vračajo domov, zato moramo tveganje znova sprejeti skupaj z njimi v družinski medicini.

V četrtem letniku je poudarek predvsem na neposrednem opazovanju bolezni v splošni populaciji, v splošni ambulanti in v urgentnih ambulantah, pri katerih z odvrnitvijo nevarnega poteka lahko dokončno diagnozo oz. njeno potrditev varno odložimo (odprto čakanje) ali se do nje dokopljemo z zdravilnim poskusom. Z učitelji veščin boste študenti podrobneje obdelali le nekatere pogostejše ali zanimive primere odprtega čakanja in zdravilnih poskusov. Večje število in bolj poglobljeno boste akutne bolezni obdelali na vajah v šestem letniku.

6.2.1 Odprto čakanje

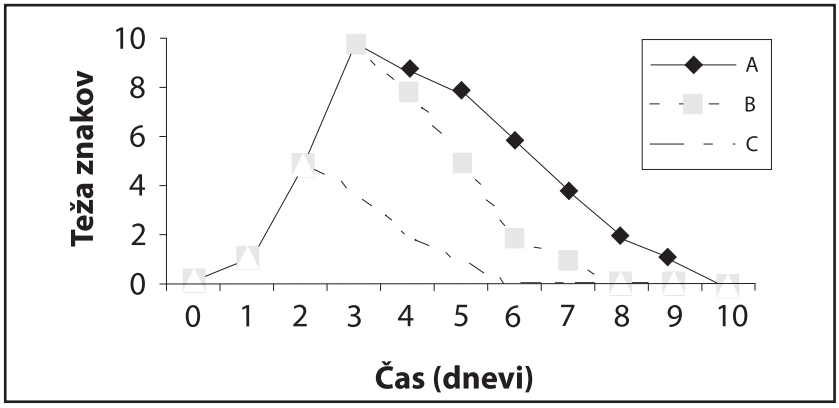
Odprto čakanje je uporaba časa v diagnostične in/ali zdravilne namene. Čeprav zdravnik navidezno ničesar ne ukrene, je to neukrepanje v danih okoliščinah prav tako ustrezen ukrep. Razlikovati ga moramo od opustitve zdravstvene pomoči, kjer gre za neukrepanje ali po nepotrebnem odloženo ukrepanje, čeprav bi bilo iz vedenja o stanju bolnika na podlagi razpoložljivega znanja in okoliščin oskrbe pričakovati ukrepanje ali ukrepanje prej, kot je bilo sicer načrtovano.

Znaki in občutja se v teku bolezni razvijajo od šibkeje izraženih oblik do polno izraženih stanj in se spet sami od sebe ali zaradi ustreznega ukrepanja izboljšajo celo do popolnega izginotja (slika 6.2, slika 6.3). V nekaterih primerih se stanje zaradi neukrepanja z večjim ali manjšim časovnim zamikom slabšajo in lahko privedejo do večje zdravstvene škode ali celo smrti bolnika. O časovni lestvici teh dogodkov vemo relativno malo, saj na bolnike navadno naletimo v določeni točki razvoja ali izboljševanja znakov in občutij. Na tej točki navadno tudi ukrepamo s predvidevanjem, da bo naš ukrep spremenil ali skrajšal naravni tok dogodkov. Poleg tega v okoli 13 % posvetov v družinski medicini naletimo na znake in občutja, ki jih je težko pojasniti.

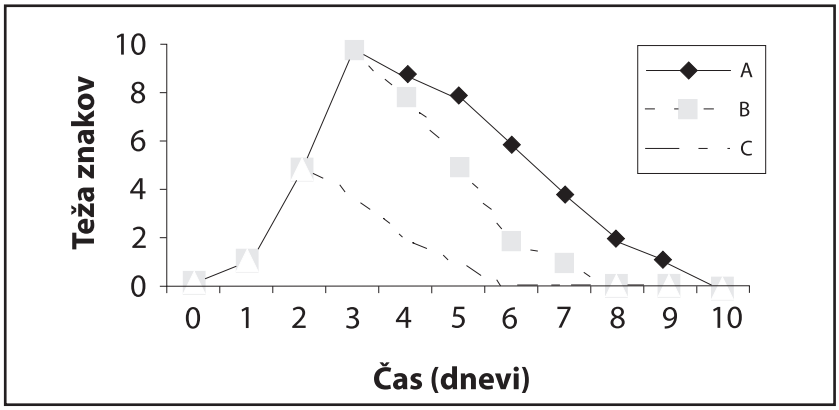
6.2.1.1 Neukrepanje

Pri akutnih stanjih, kjer poznamo ukrepe, ki omilijo znake in občutja ter skrajšajo zdravljenje, se bomo čim prej v poteku bolezni odločili za ustrezno ukrepanje (slika 6.2). Pri **samoomejeni akutni bolezni in poškodbi**, kjer

ni na razpolago ukrepa, ki bi skrajšal čas zdravljenja ali omilil težo znakov bolezni, ni potrebno nobeno ukrepanje oz. smatramo to, da poleg poduka bolniku, sprejetega soglasja in navodil za primer poslabšanja, ne ukrenemo ničesar drugega (slika 6.3). Predvidevamo, da gre po vseh znanih podatkih za zdravstveno težavo, ki se bo v določenem časovnem obdobju uredila sama od sebe. V teh primerih govorimo o odprtem čakanju.



Slika 6.2. *Hipotetični razvoj dogodkov pri bolezni, kjer poznamo ukrepe, ki skrajšajo čas zdravljenja in bistveno izboljšajo znake in občutja. Črta A kaže na naravni potek bolezni, črta B kaže na ukrepanje v času, ko so bili znaki bolezni najbolj izraženi, in črta C na ukrepanje že ob manj razvitih težavah. Ukrepi omilijo težo znakov in skrajšajo potek zdravljenja.*



Slika 6.3. *Hipotetični razvoj dogodkov pri samoomejeni bolezni, kjer ni dostopnega ukrepanja, ki bi skrajšalo čas zdravljenja in bistveno izboljšalo znake in občutja. Črta A kaže na naravni potek bolezni, črta B kaže na ukrepanje v času, ko so bili znaki bolezni najbolj izraženi in črta C na ukrepanje že ob manj razvitih težavah. Ne glede na čas ukrepanja v poteku bolezni in ne glede na težo znakov v trenutku ukrepanja ni bistvene razlike v teži znakov v času zdravljenja niti ni bistvenega vpliva na dolžino bolezni.*

Ker vedno obstaja časovno okno možnega poslabšanja, tj. **možnost nevarnega poteka** oz. okno, v katerem pričakujemo izboljšanje do določene predvidene stopnje, bolnika nikoli ne odpravimo samo s poudarkom, da gre za »banalno težavo« ali zgolj z navodili za lajšanje občutij in znakov svoje bolezni, temveč bolnika aktivno vključimo v lastno zdravljenje tudi z navodili za **spremljanje svojega stanja**, z opisom postopnega izboljševanja, pričakovanega končnega stanja ter o znakih in občutjih, ko morajo bolnik ali bližnji ukrepati in jim dati ustrezna navodila za ukrepanje. V primerih, ko je možno predvidevati možni nevarni potek, govorimo o **odvrnljivo nevarnem poteku**.

Primer št. 1: Smučar je pri padcu dobil udarec v glavo. Za nekaj sekund je izgubil zavest, vendar je potem sam odsmučal do reševalcev, ki so ga pripeljali na pregled. Ob pregledu nima nobenih nevroloških znakov niti se ne počuti slabo niti nima drugih bolečin razen rahlega glavobola. Stanje bi lahko opredelili kot blag pretres možganov. Z dodatnimi preiskavami si ne obetamo podatkov, ki bi nam pomagali pri odločitvah. Damo mu navodila glede lajšanja glavobola, mu za eno leto odsvetujemo sončenje brez pokrivala in skakanje na glavo v vodo. Glede glavobola pričakujemo izboljšanje v daljšem časovnem obdobju oz. pričakujemo »ostanke« poškodbe še dolgo po dogodku. Pri takih poškodbah obstaja možnost nevarnega poteka, tj. npr. razvoja subakutnega subduralnega hematoma, pri katerem se znaki zvišanega intrakranialnega tlaka pokažejo šele po štirih do enaindvajsetih dneh po topi poškodbi glave. Potek je kljub temu lahko dramatičen in lahko usoden za bolnika, zato je potrebno njegovo sodelovanje in sodelovanje bližnjih, da v primeru ev. pojava znakov možganske prizadetosti nemudoma poiščejo ustrezno pomoč.

Podobno odprto čakanje uporabimo pri večini virusnih bolezni. Bolnika poučimo o naravi okužbe, razliki med tipično bakterijsko in virusno okužbo, naravnem poteku bolezni, njenem trajanju, ev. možnih zapletih in ustreznem ukrepanju bolnika, če opazi odklone od predvidenega razvoja dogodkov. Potem mu damo navodila za zdravljenje in samozdravljenje ter opredelimo ustrezno uporabo analgoantipiretikov in pomožnih zdravilnih sredstev. Po potrebi in v dogovoru z bolnikom lahko predpišemo tudi simptomatska zdravilna sredstva. Naročanje laboratorijskih preiskav v takih primerih je praviloma odveč.

6.2.2 Zdravilni poskus

Kadar iz znakov in občutij ne moremo s primerno veliko gotovostjo sklepati,

ali gre za zamejeno bolezen, pri kateri ni učinkovitega zdravljenja, ali pa gre za samoomejeno bolezen, kjer je z zdravljenjem moč skrajšati bolezen in/ali preprečiti možne eventualne zaplete, hkrati pa ne moremo izključiti **možnega nevarnega poteka**, se ob **odprtem čakanju** odločimo še za **zdravilni poskus**. Zdravilni poskus je izkustveno (empirično) ukrepanje na podlagi predvidevanja, da gre v veliki verjetnosti za določeno stanje, ob hkratnem tehtanju, da gre kljub temu lahko tudi za kako drugo stanje. Odločitev o tem bo lažja po določenem obdobju zdravljenja, ko nam bo uspeh zdravljenja potrdil pravilnost diagnoze in izbire zdravljenja, neuspeh pa nas bo usmeril na iskanje drugih možnosti. Za zdravilni poskus se pogosto odločamo predvsem pri stanjih, pri katerih na podlagi verjetnosti pričakujemo, da gre za pogosto bolezen in je za druge bolezni verjetnost zelo majhna. Razlog za tak pristop je poleg velike pogostosti tudi v zamudnosti in/ali ceni diagnostike, ki bi nam potrdila našo diagnozo. Virusno bolezen je zelo težko dokazati z razpoložljivimi diagnostičnimi sredstvi. Do diagnoze praviloma pridemo z izključevanjem bakterijskih bolezni ali z imunološkimi preiskavami, ki nas v začetnem stanju lahko pustijo na cedilu.

V diferencialni diagnozi depresije je tudi bolezen ščitnice, ki se lahko kaže z depresiji sorodnimi znaki brez očitnejših telesnih sprememb, ki bi nam jasneje podale sum hipotiroze. Ob uvedbi zdravljenja in pogovoru o pričakovanem časovnem načrtu izboljševanja se z bolnikom pogovorimo tudi o drugih možnih vzrokih njegovega slabega počutja. S tem ga pripravimo na spremljanje lastnega stanja in pravočasnega ukrepanja, če pride do odklonov od začrtane poti. Če pri bolniku z znaki depresije ni uspeha zdravljenja po treh tednih, moramo zato med drugimi pomisliti tudi na možnost motnje v delovanju ščitnice. Določitev ravni ščitničnih hormonov je logična odločitev v teku zdravljenja depresije, če ni pričakovanega izboljšanja. Če se izkaže, da ima bolnik hipotirozo, nam je zdravilni poskus na podlagi izkustvenega zdravljenja pomagal h končni diagnozi. V takem primeru ne moremo trditi, da je bilo zdravljenje napačno oz. da bi bila storjena zdravstvena napaka.

Primer št. 2: 15-letni bolnik nas obišče zaradi nenadnega porasta vročine na 38,5 stopinj, oteženega požiranja, bolečin v žrelu in vratu. Ne kašlja, ne teče mu iz nosu, se pa slabo počuti. Ob pregledu najdete močno povečane in obložene mandeljne, s povečanimi in na dotik bolečimi bezgavkami na vratu. Na osnovi tipične slike se odločimo za penicilin. Bolniku razložimo, da je sicer možno izboljšanje že v prvih 24 urah, a bolj verjetno šele v treh do štirih dneh. Po dveh dneh se bolnik vrne, ker ne more več požirati zdravil. Zaradi hudih bolečin ne more niti piti. Neučinkovitost penicilina zbudi sum na infekcijsko mononukleozo, zato nam bo v pomoč diferencialna krvna slika, ki pokaže značilen porast monocitov in

njihovo nepravilno obliko. Z retenti preverimo stopnjo izsušenosti in z jetrnimi testi ev. prizadetost jeter. Z monostikon testom preverimo prisotnost protiteles. Bolnik opusti jemanje penicilina. Na podlagi splošne prizadetosti, izsušenosti in hujšanja se odločimo za nadaljevanje zdravljenja doma ali za podporno zdravljenje v bolnišnici.

Primer št. 3: Oče pripelje 12-letnico, ker jo že od sinoči boli trebuh, slabo ji je in dvakrat je bruhala. Vročine niso izmerili, žena mu ni naročila nič drugega. Prve menstruacije še ni imela, drugih težav nima. Dekle kaže trpeč izraz na obrazu, ima 37,9 stopinj rektalno in 36,8 stopinj pod pazduho, trebuh pod ravnijo prsnega koša, mehak na otip, boleč desno ileocekalno. Žrelo ima pordelo. V krvi ima 11 x 10^6 levkocitov. Ponujajo se številne možnosti, ki jih je moč obravnavati v splošni ambulanti (akutni faringitis, virusni infekt, infekt s povečanimi bezgavkami v trebuhu, napovedujoča se menarha, prebavne težave, psihične težave, kombinacija več omenjenih težav idr.) in seveda možnost vnetja slepiča. Sledenje predstavlja večje tveganje za zdravje in ker ga ni mogoče zanesljivo izključiti, je potrebno opazovanje. Ustrezno opazovanje v tem primeru je možno le v bolnišnici, kamor dekle s tem namenom tudi napotimo. Po dveh dneh je odpuščena z antibiotikom zaradi streptokoknega faringitisa, dokazanega s hitrim streptaznim testom in povečanih bezgavk v trebuhu. Dobila je tudi drisko. Čeprav se zdi hospitalizacija v tem primeru neumestna, bi vsakršna dodatna preiskava ali zdravilni poskus izven bolnišnice zahteval najmanj en dan odloga do dokončne odločitve. Zamuda pri oskrbi ev. razlitega vnetega slepiča bi bila lahko za dekle usodna in trenutno še vedno opravičuje takšno pot reševanja omenjenega problema.

Pomembno vodilo je, kadar smo v dvomu in ne moremo z veliko zanesljivostjo izključiti možnosti nevarnega poteka, moramo poskrbeti za glede na možni nevarni potek bolezni ustrezno spremljanje bolnika. Če tega ne moremo zagotoviti sami oz. s sodelavci svoje delovne skupine, moramo takega bolnika napotiti h kliničnemu specialistu ali v bolnišnico, kjer bo tako spremljanje mogoče.

6.2.3 Odprto čakanje pri kroničnih boleznih

V zadnjem času se koncept odprtega čakanja uveljavlja tudi pri kroničnih boleznih, kjer dejavnejše ukrepanje (zdravila, intervenicje, preiskave) ne pripomore bistveno k izboljšanju znakov ali k dolžini življenja. Pri bolnikih z benigno hiperplazijo prostate govorimo o odprtem čakanju, če bolniku ne predpišemo zdravil, temveč mu svetujemo jemanje pomožnih zdravilnih sredstev in spremembo življenjskega sloga. Ugotovili so, da odprto čakanje v primerjavi z radikalno prostatektomijo sicer zveča umrljivost zaradi raka

prostate bolnikov, ki niso bili operirani, vendar je celokupna umrljivost enaka v obeh skupinah. O odprtem čakanju kot o metodi izbora razmišljajo tudi v primeru asimptomatske ali slabo izražene kile pri moškem. Najbolj tipičen primer odprtega čakanja pa je pri bolnikih z zgago (dispepsijo).

6.2.4 Zgaga (dispepsija)

6.2.4.1 Opredelitev in pogostost dipepsije

Zgaga (dispepsija) je občasna ali stalna bolečina v predelu zgornjega dela trebuha in spodnjega dela prsnega koša. Izvira iz prebavil in je posledica neravnovesja med agresivnimi in obrambnimi dejavniki v sluznici požiralnika, želodca in dvanajstnika. Gre za heterogeno diagnozo z množico možnih vzrokov, vključno z gastrično motorično nepravilnostjo, gastroezofagealnim refluksom, želodčno preobčutljivostjo in s psihično obremenitvijo sestavlja skupek simptomov ponavljajočega se nelagodja oziroma bolečine v zgornjem delu trebušne votline. Stanje je lahko povezano z uživanjem obrokov. To pogosto in neprijetno stanje v splošni populaciji srečamo pri 30 % prebivalcev.

6.2.4.2 Diagnoza dispepsije

Diagnozo dipspepsije postavimo na podlagi značilne anamneze in odsotnosti opozoril za možni nevarni potek (tabela 6.3). Bolniki pogosto opisujejo spahovanje, pritiskanje, riganje, napenjanje, tiščanje, zgago kot pekoč občutek za prsnico, v vratu ali v žlički. Bolniki tožijo o zatekanju kisle ali grenke vsebine (s kovinskim okusom oz. z okusom po železu) v žrelo ali usta. Navajajo lahko težave zaradi pekočega jezika, ustnic, moti jih tudi neprijeten okus v ustih. Nekateri bolniki imajo težave zaradi spahovanja po jedi in napetosti v žlički. Kronično vneto žrelo, dolgotrajen kašelj in hripavost nas lahko opomnijo na možnost zatekanja želodčne vsebine. Pogosti so tudi zunanji vzroki, ki lahko prispevajo k nastanku disfagije, kot so na primer nepravilno in hitro hranjenje, uživanje mastne hrane, kajenje ter jemanje nekaterih zdravil (nitrati, antiholinergiki, blokatorji beta, kalcijevi antagonisti).

Podatek iz osebne anamneze	Verjetna diagnoza
	Perforacija ali ruptura (ulkus, slepič, kolon, ektopična nosečnost, vranica, anevrizma abdominalne aorte)
	Akuten žilni dogodek (infarkt mezenterija, disekcija aorte, miokardni infarkt, pljučni embolizem)
	Drugo (volvulus, strangulirana hernija, torzija ovarija, pankreatitisa)
Zaključki kliničnega pregleda	Verjetna diagnoza
Šok	Perforacija ali ruptura z intraabdominalno krvavitvijo, peritonitis, hud pankreatitis, akutni žilni dogodek
Nateg, napihnjenost	Obstrukcija črevesja, ileus, volvulus, toksični megakolon, krvavitev v trebušno votlino, anevrizma abdominalne aorte, ascites
Difuzni peritonealni znaki	Perforacija, ruptura, hud pankreatitis, infarkt mezenterija
Fokalni peritonealni znaki	Vnetje slepiča, divertikulitis, holecistitis, holangitis, absces, vnetje v mali medenici, pankreatitis

Tabela 6.3. *Opozorila, ki kažejo na možnost življenje ogrožajočega stanja pri bolnikih z bolečino v trebuhu.*

Če bolnik navaja, da ga »peče zgaga« oziroma da mu v žrelo ali usta zateka kislina ali žolč (tipična simptoma GERB), je postavitev diagnoze dispepsije mogoča z visoko ločljivostjo (89 – 95 %), vendar z nizko občutljivostjo.

6.2.4.3 Ukrepanje pri bolniku z dispepsijo

Pri bolniku z značilnimi znaki in odsotnostjo opozorilnih znakov, ki ne uživa nesteroidnih antirevmatičnih zdravil, lahko začnemo zdravljenje zgage (deispepsije) z nefarmakološkimi in s farmakološkimi ukrepi brez dodatnih diagnostičnih ukrepov (gastroskopije). Bolniku svetujemo manjše obroke, izogibanje obilnim obrokom, hrani, ki napenja, ostrim začimbam, cvrtju, prežganju, mleku in mlečnim izdelkom, zlasti pozno zvečer, gaziranim pijačam, alkoholu, pravi kavi in kajenju. Svetujemo mu dvig vzglavja za cca. 5 cm. Najbolje tako ,da podloži celo posteljo pri glavi. Takega bolnika spremljamo in preverimo njegovo stanje v treh do šestih tednih, ko

pričakujemo izboljšanje. Pri izvajanju zgolj nefarmakoloških ukrepov (brez predpisanih zdravil) lahko govorimo o odprtem čakanju, pri zdravljenju tudi z zdravili pa o zdravilnem poskusu.

Če po pričakovanem obdobju zdravljenja ni pričakovanega izida, bolnika napotimo na nadaljnjo diagnostiko, tj. gastroskopijo.

6.2.4.4 Vodenje kroničnega bolnika z dispepsijo

Posebna skupina bolnikov z dispepsijo so bolniki, ki morajo uporabljati zdravila, ki povzročajo dispepsijo oz. že ugotovljeno dispepsijo lahko poslabšajo (kortikosteroidi, nesteroidni antirevmatiki). Pri njih je potrebno hkratno jemanje ustreznih zdravil za zaščito pred pojavom znakov in tudi bolezni požiralnika, želodca in dvanajstnika, ki so posledica jemanja teh zdravil.

Pri bolnikih z dispepsijo gre navadno za preplet telesnih, osebnostnih in okoljskih dejavnikov, ki prispevajo k pogostim ponovitvam težav. Pri takih bolnikih je poleg občasnega predpisovanja zdravil in svetovanja za ustrezne nefarmakološke ukrepe potrebno stalno preverjati ev. prisotnost opozorilnih znakov in obdobno (npr. na dve leti) opraviti tudi gastroskopijo kljub njihovi odsotnosti. Vemo namreč, da nekateri bolniki z Barettovim požiralnikom oziroma adenokarcinomom požiralnika ne doživljajo tipičnih težav, kot je na primer zgaga*.

**Zgaga ali dispepsija predstavlja model zdravilnega poskusa, ki ga pri vsakdanjem delu najpogosteje uporabljamo.*

6.3 Obravnava akutne bolezni

Akutna bolezen je vsako stanje bolnika, ki se je pri tem bolniku pojavilo prvič oz. na novo ali pa je od pojava istega stanja minilo toliko časa, da se je stanje med tem že umirilo in stanje ni postalo kronično. Tak primer so npr. vnetja žrela, ki jih v življenju prebolimo veliko število in gre vsakič za novo akutno bolezen. Kronično vnetje žrela je posebna bolezen.

V četrtem letniku je poudarek predvsem na neposrednem opazovanju pojavnosti akutnih bolezni v splošni populaciji, v splošni ambulanti in v urgentnih ambulantah. Z učitelji veščin boste študenti podrobneje obdelali le nekatere pogostejše ali zanimive primere akutnih bolezni. Večje število in bolj poglobljeno boste akutne bolezni obdelali na vajah v šestem letniku.

6.3.1 Akutne infekcijske bolezni zgornjih dihal

6.3.1.1 Opredelitev in pogostost akutnih infekcijskih bolezni zgornjih dihal

Akutne infekcijske bolezni dihal so najpogostejše bolezni v splošni ambulanti in med tremi najpogostejšimi v bolnišnici. Največkrat so kratkotrajne in minejo brez medicinskega zdravljenja. Kljub temu pa so zaradi pogostnosti, možnosti nastanka komplikacij, odsotnosti z dela ter direktnih in indirektnih stroškov velik in pomemben zdravstven problem. V Sloveniji zaradi bolezni dihal (J00-J99) splošne ambulante obiščejo 204 bolniki na 1000 prebivalcev.

6.6.1.2 Diagnoza akutne infekcijske bolezni zgornjih dihal

Diagnoza respiratornih infektov je večinoma preprosta. Za njeno določitev običajno zadostuje nekaj podatkov iz anamneze in pregled. Rentgenska slika in laboratorijski testi nam večkrat služijo le za potrditev diagnoze in izključitev možnih zapletov. Med povzročitelji najdemo številne viruse in bakterije (tabela 6.4). Posamezni povzročitelji lahko povzročajo različno klinično sliko, ki je pa odvisna tudi od starosti bolnika, njegovega imunskega sistema in pridruženih kroničnih bolezni.

Virusi	Bakterije
Respiratorni sincicijski virus (5-12 %) Rinovirusi (9 %) Virus Parainfluence tipa 1,2,3 (2-5 %) Virus Influence tipa A in B (3-10 %) Adenovirusi (3-8 %) Enterovirusi (4 %) Ošpice (3 %)	Streptokokus pnevmonije (12 %) Hemofilus influence (10 %) Mikoplazme in Klamidije pnevmonije (2-3 %) Moraksela kataralis (1 %)

Tabela 6.4. *Najpogostejši povzročitelji akutnih infekcijskih bolezni dihal*

VIRUS	OTROCI	ODRASLI	STAREJŠI
respiratorni sincicijski virus	dispneja, bronhitis, bronhiolitis, pljučnica	*nahod, kašelj*	*nahod, dispneja, kašelj, vročina, pljučnica, bronhitis*
influenza	*visoka vročina, nahod, faringitis, krup, mialgija, bronhitis, bronhiolitis*	*vročina, glavobol, mialgija, slabost, oslabelost, kašelj, laringitis, bronhitis*	*vročina, faringitis, bronhitis, pljučnica*
parainfluenza	*vnetje srednjega ušesa*	*nahod, laringitis*	*nahod, kašelj, vročina, faringitis, pljučnica*
rhinovirus	*faringitis, krup, bronhitis, bronhiolitis, pljučnica*	*nahod, kihanje, kašelj, faringitis, laringitis*	*rinitis, kihanje, kašelj*
coronavirus	*nahod, faringitis*	*nahod, slabost, glavobol, vročina, faringitis*	*poslabšanje kronične pljučne bolezni, bronhitis, pljučnica*
adenovirus	*krup, faringitis*	*nahod, pljučnica, faringitis, konjunktivitis laringitis, keratokonjunktivitis*	*redko bronhitis*

Tabela 6.5. *Simptomi in znaki virusnih infekcijskih bolezni diahl.*

Najpogostejše diagnoze v splošnih ambulantah v Sloveniji leta 1997 so bile: akutni tonzilitis (20 %), akutne infekcijske bolezni zgornjih dihal na več neopredeljenih mestih (23 %), akutni faringitis (16 %), akutni nazofaringitis (8 %) in akutni bronhitis (8 %). Pri bolnikih starejših od 65 let so se med prvimi petimi najpogostejšimi boleznimi dihal akutnim respiratornim infekcijskih bolezni zgornjih dihal pridružile še pljučnice in kronična obstruktivna pljučna bolezen.

6.3.1.3 Zdravljenje akutne infekcijske bolezni zgornjih dihal

Zdravljenje akutne infekcijske bolezni zgornjih dihal je odvisno od povzročitelja. Pri virusnih boleznih so na mestu le splošni ukrepi in nikakor ne uporaba antibiotikov. Antibiotiki so upravičeni le pri bakterijski (streptokokni) okužbi zgornjih dihal in pri pljučnicah.

Študenti se boste z akutnimi infekcijskimi boleznimi dihal, kot primerom kratkih, samoomjenih, samoozdravljivih (v večini primerov) bolezni spoznali na vajah v splošni ambulanti in v ambulanti NMP. Poučili se boste o raznolikosti kliničnih slik, pričakovanjih bolnikov, težavah pri diagnostiki in pretirani rabi antibiotikov.

6.3.1.4 Diagnoza akutnega rinosinusitisa

Akutni rinosinusitis je med pogostejšimi vnetji zgornjih dihalnih poti, ki jih zdravniki družinske medicine zdravimo v ambulantni praksi. Definiran je kot vnetje sluznice nosnih poti in sluznice vsaj ene obnosne votline. Znaki in simptomi akutnega bakterijskega rinosinusitisa (v nadaljevanju ABRS) ter podaljšane virusne infekcijske bolezni zgornjih dihalnih poti so praktično enaki, zato je klinično razlikovanje med njima težko, predpisovanje antibiotika pa prepogosto.

6.3.1.4.1 Razdelitev bakterijskih rinosinusitisov

Tabela 6.6 prikazuje razdelitev bakterijskih rinosinusitisov.

vrsta	trajanje
akutni	4 tedne ali manj
subakutni	4 – 12 tednov
ponavljajoči akutni	4 ali več epizod na leto, ki trajajo 7 – 10 dni
kronični	12 tednov ali več
akutna ekzacerbacija kroničnega sinusitisa	nenadno poslabšanje kroničnega sinusitisa

Tabela 6.6. *Razdelitev bakterijskih rinosinusitisov.*

6.3.1.4.1 Diagnoza ABRS

Diagnozo postavimo klinično. Na akutno vnetje obnosnih votlin posumimo pri bolnikih z izcedkom iz nosu, ki traja več kot 10 dni ali če se nahod po 5 do 7 dneh poslabša. Sprememba barve izcedka ne pomeni bakterijske okužbe. Za postavitev diagnoze ABRS so pomembni naslednji štirje znaki in bolnikova občutja:

- gnojni izcedek iz nosu,
- občutek tiščanja oziroma bolečina v obraznem delu glave, ki je navadno omejena na predel nad vneto obnosno votlino in je enostranska,
- boleč poklep nad vneto obnosno votlino na eni strani,
- poslabšanje stanja po začetnem izboljšanju simptomov.

Obenem pa so lahko prisotni še izcedek iz nosnega žrela, zamašen nos, oslabljen voh, vročina, kašelj, bolečine v zobeh v zgornji čeljusti, utrujenost, tiščanje v ušesih ali občutek polnih ušes. Pri pregledu običajno ne najdemo ničesar patološkega, le nekateri bolniki imajo tipično klinično sliko z vročino in oteklino obraza.

Za odločitev, ali ima bolnik akutno virusno infekcijsko bolezen obnosnih votlin ali ABRS, je pomembno poznati trajanje simptomov. Diagnozo ABRS postavimo

- po vsaj 7 (ali vsaj po 10-14) dneh trajanja znakov infekcijske bolezni zgornjih dihalnih poti,
- z vsaj dvema zgoraj naštetima znakoma ali
- akutno poslabšanje simptomov po 5 do 7 dneh pri bolnikih s hudimi znaki in simptomi ne glede na dolžino trajanja (vročina nad 39 stopinj Celzija, periorbitalna oteklina, huda bolečina v zgornjih zobeh ali licu, psihična spremenjenost, diplopija, infraorbitalne hipestezije).

6.3.1.4.3 Diagnostične preiskave

RTG in UZ imata omejeno vlogo pri postavitvi diagnoze ABRS. CT se ne priporoča za rutinsko preiskavo (visoka cena, sevanje, le 62 % s simptomi akutnega rinosinusitisa je imelo nenormalen izvid na CT). Ima pa CT pomembno vlogo pri odkrivanju anatomskih sprememb pri bolnikih s kroničnim ali ponavljajočim se rinosinusitisom, pri zapletih, nejasni diagnozi ali kjer prihaja v poštev kirurško zdravljenje.

6.3.1.4.4 Povzročitelji akutnih rinosinusitisov

Najpogostejši povzročitelj akutnih rinosinusitisov so virusi (virusi influence, parainfluence, rinovirusi, RSV, adenovirusi). Od bakterij sta najpogostejša povzročitelja ABRS v domačem okolju Streptococos pneumoniae in Haemophilus influenzae. Pri hospitaliziranih bolnikih so povzročitelji najpogosteje gram negativne bakterije. Anaerobi so najpogostejši pri bolnikih z vnetnimi procesi na zobeh. Pri bolnikih z oslabljenim imunskim odzivom so med najpogostejšimi povzročitelji glivice, še posebno Aspergillus in Mucor species.

6.3.1.4.5 Zdravljenje akutnih rinosinusitisov

Približno dvema tretjinama bolnikov z ABRS se stanje izboljša brez antibiotične terapije. Večini bolnikov z virusno infekcijsko boleznijo zgornjih dihalnih poti se stanje popravi v 7 dneh. Zdravljenje z antibiotikom naj bo zato omejeno le na bolnike, katerim se stanje ne popravi v vsaj 7 (10-14) dneh in imajo vsaj dva klinična znaka ABRS. Izbira antibiotika je odvisna od predvidenega patogena, spektra antibiotika (da preprečujemo nastajanje in širjenje na antibiotike rezistentnih bakterij), cene antibiotika in od tega, ali je bolnik pred nedavnim prejemal antibiotično terapijo. Amoksicilin je antibiotik prve izbire, čeprav ne pokrije popolnoma H. influenzae. V državah z veliko razširjenostjo proti penicilinu odpornega pnevmokoka priporočajo večji odmerek amoksicilina (70-90 mg/kg/dan pri otroku in 3-4g/d pri odraslem). Antibiotično zdravljenje naj bi trajalo 10-14 dni. Simptomatsko zdravljenje z lokalnimi dekongestivi, s topičnimi antiholinergiki, s fiziološko raztopino in z nosnimi kortikosteroidi lahko pomaga omiliti simptome.

S pravilno izbranim zdravljenjem in pravilnim svetovanjem lahko dosežemo hitrejše okrevanje, manj bolniških staležev in manjše stroške zdravljenja. S predpisovanjem antibiotikov v skladu s priporočili iz smernic v klinično indiciranih primerih se izogibamo pojavom bakterijske rezistence.

6.3.1.5 Vodenje kroničnega bolnika z rinosiunsitisom

Antibiotik izbire pri kroničnem vnetju obnosnih votlin je amoksicilin-klavulanska kislina, druga možnost pa je cefuroksim aksetil. Napotitev k otorinolaringologu je umestna pri bolnikih s komplikacijami akutnega rinosinusitisa (*npr. periorbitalni celulitis, intrakranialni absces, meningitis, tromboza kavernoznega sinusa*) in s kroničnim rinosinusitisom. K alergologu napotimo bolnike s pogostimi ponavljajočimi se rinosinusitisi, alergičnimi

rinitisi, in sicer zaradi eventualne imunoterapije.

Študenti se boste z akutnim rinusinositusom kot primerom infekcijske bolezni zgornjih dihal, za katero je rutinsko veljalo, da gre za bakterijsko okužbo in smo jo zdravili z antibiotiki, spoznali na vajah v splošni ambulanti in v ambulanti NMP.

6.3.2 Nezapletena okužba spodnjih sečil

6.3.2.1 Opredelitev in pogostost nezapletene okužbe spodnjih sečil

Okužbe sečil dvakrat pogosteje prizadenejo ženske, kar je pogojeno z anatomskimi značilnostmi ženske sečnice, ki je kratka in leži blizu zadnjične odprtine, njeni obrambni mehanizmi pa so različno učinkoviti. Vsaka druga ženska lahko v življenju pričakuje vsaj eno epizodo vnetja spodnjih sečil, to je sečnega mehurja in / ali sečnice. Kadar je bolnica stara od 18 do 64 let in razen simptomov s strani sečil sicer zdrava in brez dodatnih dejavnikov tveganja za zapleteno okužbo, govorimo o **nezapleteni okužbi spodnjih sečil**.

6.3.2.2 Diagnoza nezapletene okužbe spodnjih sečil

V klinični sliki se pojavljajo naslednji simptomi: pekoč občutek pri mokrenju – dizurija, siljenje na vodo in pogosto odvajanje majhnih količin urina, bolečina v spodnjem delu trebuha, urin pa je lahko spremenjene barve ali vonja. Diagnozo lahko z visoko verjetnostjo postavimo na podlagi anamneze, kjer se pojavljajo značilne kombinacije simptomov. Kadar je prisoten eden od zgoraj navedenih simptomov, je verjetnost okužbe spodnjih sečil 50 %, če je prisotna specifična kombinacija simptomov (dizurija, pogosto siljenje na vodo brez nožničnega izcedka), se verjetnost povzpne preko 90 %, prisotnost nožničnega izcedka pa verjetnost pravilne diagnoze okužbe spodnjih sečil zmanjša za 20 %.

Dodatni dejavniki tveganja za **zapleteno** okužbo sečil so starost pod 18 let ali nad 65 let, nosečnost, moški spol, sladkorna bolezen ali druge bolezni, ki zavirajo imunski odziv, funkcijske in anatomske nepravilnosti sečil, bodisi prirojene ali pridobljene, nedavni urološki poseg ali operacija, simptomi, ki trajajo več kot sedem dni, nedavno zdravljenje z antibiotiki ali nedavno bivanje v bolnišnici.

V diferencialni diagnozi pride v poštev uretritis, povzročen s spolno

prenosljivimi mikroorganizmi, ki ima običajno blažje simptome in postopen začetek, ter vaginitis, kjer je prisoten značilni izcedek iz nožnice in srbež. Izključiti je potrebno tudi okužbe zgornjih sečil. Pri akutnem pielonefritisu je običajna splošna prizadetost, povišana telesna temperatura, boleč ledveni poklep.

Povzročitelji so načeloma predvidljivi. Bakterije, ki povzročajo nezapleteno okužbo sečil, najpogosteje izvirajo iz prebavil. Na prvem mestu je Escherichia colli (80 %), sledi Staphylococcus saprophyticus (5-10 %) ter Klebsiella pneumoniae, Proteus mirabilis in streptokoki skupine B, ki skupno povzročijo manj kot 5 % okužb.

Diagnozo nezapletene okužbe sečil lahko torej zdravnik postavi zgolj s pomočjo anamneze, telesni pregled je potreben, kadar je prisoten nožnični izcedek, vročina in bolečina v kostovertebralnem kotu za izključitev okužbe zgornjih sečil ali nožnice. Odločitev o preiskavah sledi na podlagi klinične slike. Kadar je klinična slika značilna, zadostuje to za začetek empiričnega zdravljenja in dodatne preiskave niso potrebne, ker je verjetnost okužbe tako velika, da dodatne preiskave ne doprinesejo pomembno k postavitvi diagnoze.

Diagnozo nezapletene okužbe spodnjih sečil sicer lahko neobvezno dodatno potrdimo z laboratorijskimi preiskavami ali pa preiskave uporabimo v nejasnih primerih. Takrat se poslužujemo pregleda urina. Za preiskave se uporabi vzorec srednjega curka seča, čeprav se za dolgoletni zlati standard odvzema srednjega curka seča nakazuje, da je mogoče nepotreben, drag in preveč mučen za bolnice, kajti kontaminacija vzorca urina se skoraj ne razlikuje glede na sterilni ali nesterilni način odvzema urina. Urin pregledamo s testnim lističem ali pa mikroskopiramo sediment, kjer za pozitiven rezultat veljata levkociturija (5 ali več levkocitov na vidno polje pri 400-kratni povečavi) in bakteriurija (20 ali več bakterij na vidno polje pri 400-kratni povečavi), na testnem lističu pa pozitivni nitritni test in levkocitnoesterazni test. Občutljivost obeh testov na testnem lističu je ocenjena na 75 %, specifičnost preiskave pa na 82 %, njuna največja uporabna vrednost pa je dokazana prav v družinski medicini.

Pri simptomatskih bolnicah z negativnim testnim lističem pride v poštev kvantitativna urinokultura. Pri simptomatski bolnici velja za pozitivni izvid več kot 100 koliformnih bakterijskih kolonij na kubični mililiter seča. Toda kot že omenjeno, kvantitativna urinokultura je preiskava, ki je bolnica z nezapleteno okužb sečil najverjetneje ne potrebuje. Ostale preiskave, kot

so preiskava krvi ali ultrazvočne preiskave sečil, v obravnavi nezapletene okužbe sečil niso potrebne.

6.3.2.3 Ukrepanje pri nezapleteni okužbi spodnjih sečil

Ker so povzročitelji in njihova občutljivost za antibiotike predvidljivi, prag za začetek zdravljenja pa nizek, se odločimo za empirični izbor antibiotika. Pri zdravljenju nezapletene okužbe spodnjih sečil velja, da je zdravilo izbora trimetoprim-sulfometoksazol v odmerku 160/800 dvakrat dnevno tri dni. Tridnevno zdravljenje je glede na olajšanje simptomov enakovredno pet- ali desetdnevnemu, ki sicer v manjši meri eliminira bakterije, ima pa manj stranskih učinkov kot daljša zdravljenja.

Če je bolnica na sulfometoksazol alergična, je dovolj le trimetoprim ali pa uporaba katerega izmed fluorokinolonov ali nitrofurantoina. Kadar je v določenem okolju znana odpornost povzročiteljev proti trimetoprimu večja od 20 %, je potrebno uporabiti drug antibiotik.

Ob predpisu kemoterapevtika bolnicam svetujemo ustrezno hidracijo in mikcijske navade.

6.3.2.4 Vodenje bolnice s pogostimi okužbami sečil

Številne ženske imajo pogoste okužbe sečil. Kadar je od prejšnje bolezni preteklo manj kot mesec dni, govorimo o ponovitvi bolezni, sicer o ponovni bolezni in jo obravnavamo kot nov primer nezapletene okužbe spodnjih sečil. Pri pogostih ponovitvah smo posebej pozorni na povezanost s spolnimi odnosi, s pomanjkljivo praznjenjem mehurja, z uživanjem nezadostnih količin tekočine, z vnetji nožnice in z drugimi dejavniki, ki prispevajo k zapleteni okužbi sečil. Izključiti moramo anatomske posebnosti in bolezni sečil, ki lahko prispevajo k ponavljanju bolezni (*npr. šečni kamni, tumorji*) ter opraviti potrebne teste in preiskave.

Študenti se boste z nezapleteno okužbo spodnjih sečil seznanili v splošni ambulanti in v ambulanti NMP. Poznavanje je pomembno zaradi pogostosti in možnosti zdravljenja brez posebnih dodatnih diagnostičnih možnosti.

6.3.3 Zastrupitve s hrano

6.3.3.1 Opredelitev in pogostost zastrupitev s hrano

Na zastrupitev s hrano moramo pomisliti, kadar zboli hkrati več ljudi, ki so uživali isto hrano. Zastrupitev s hrano poimenujemo prebavne motnje, ki jih povzročajo različni strupi (toksini), ki jih tvorijo bakterije, in so že v živilu ali pa jih tvorijo v črevesu po zaužitju kontaminirane hrane. Nekateri k zastrupitvam s hrano štejejo tudi zaužitje strupov, kot so težke kovine, strupene gobe, histamin in strupi rib.

Znaki se pojavijo iznenada kmalu po zaužitju onesnažene (kontaminirane) hrane. Praviloma se to zgodi znotraj 24 ur po zaužitju. Če sta povzročitelja salmonela ali kampilobakter, je ta čas (inkubacija) lahko daljši. Zastrupitve hrane so v Sloveniji izjemno redke, vendar jih moramo čim prej prepoznati in ukreniti vse, da se pravočasno zajezi možno epidemijo.

6.3.3.2 Diagnoza zastrupitve s hrano

Sum diagnoze postavimo na podlagi znakov bolezni, okoliščin. Pri tem nam pomaga podatek o bolnikovih potovanjih v zadnjih tednih in njegovo prehranjevanje v zadnjih 24 urah:

- Zaužita hrana.
- Kdo jo je pripravil?
- Kje so jo pripravili?
- Kdo in koliko ljudi je jedlo isto hrano?
- Koliko od teh je bolnih?
- Katero jed sumi bolnik?

Diagnozo potrdimo z izolacijo povzročitelja, zato odredimo odvzem blata za določitev patogenih črevesnih bakterij. Kadar zboli več ljudi, odredimo pregled blata pri 5 do 10 bolnih osebah, kar pripomore k razjasnitvi epidemioloških razmer.

V diferencialni diagnozi moramo med drugim pomisliti na hidrične infekcije, kjer ukrepamo enako kot pri sumu na zastrupitev s hrano.

6.3.3.3 Ukrepanje pri zastrupitvi s hrano

Ukrepanje pri zastrupitvi s hrano je usmerjeno v zdravljenje bolnih

posameznikov, preprečevanje epidemije in odkritje povzročitelja. Majhni otroci, starostniki in kronični bolniki so bolj ogroženi zaradi težjega uravnavanja tekočinskega in elektrolitskega ravnovesja. Zdravljenje bolnikov pri zastrupitvi s hrano je simptomatsko. Izjema je butulizem, ki ga vedno zdravimo v bolnišnici.

Vsak sum zastrupitve s hrano z virom okužbe v Sloveniji smo dolžni takoj prijaviti najbližjemu zavodu za zdravstveno varstvo, ki izpelje nadaljnje ukrepe v zvezi z raziskovanjem vzrokov in omejevanje epidemije. Odredimo pregled blata na ugotavljanje patogenih črevesnih bakterij.

Pri vsakem sumu na zastrupitev s hrano moramo vzeti podrobno anamnezo:

- točen čas začetka težav;
- preverimo prisotnost znakov: driska, bruhanje. slabost, vročina, slabost, siljenje na bruhanje, bolečine, stopnja hidracije, prizadetost, zavest...;
- preverimo, če je bolnik iz skupine tistih, ki bi lahko okužili večje število ljudi, ker delajo pri pripravi ali razdeljevanju hrane:
    - zaposleni v gostinstvu ali v javnih kuhinjah,
    - zaposleni v vrtcih in šolah, ki sodelujejo pri razdeljevanju hrane,
    - zaposleni v prehrambni industriji,
    - zdravstveno osebje,
    - šolarji,
    - otroci v vrtcu;
- aktivne bolnike, ki smo jim v blatu dokazali patogene črevesne bakterije, seznanimo, da ne smejo pripravljati in razdeljevati hrane, dokler se s trikrat zaporednim negativnim izvidom blata na pregled patogenih črevesnih bakterij ne izkaže, da ne izločajo več klic.

Zastrupitve s hrano ne povzročajo kroničnih bolezni, lahko pa bolnik postane bacilonosec oz. klicenosec.

6.3.3.4 Vodenje bacilonosca

Nekaj bolnikov izloča bakterije (največkrat so to salmonele) še nekaj mesecev po preboleli bolezni. Dokler se s trikrat zaporednim negativnim izvidom blata na pregled patogenih črevesnih bakterij ne izkaže, da ne izločajo več klic, ne smejo pripravljati in razdeljevati hrane.

Študenti se boste z zastrupitvijo s hrano seznanili v splošni ambulanti in v ambulanti NMP. Poznavanje je pomembno zaradi občutljivosti zdravstvene težave, pomena za javno zdravje in dolžnosti prijave določenih oblik bolezni.

6.3.4 Posegi

6.3.4.1 Priprava injekcije in aplikacija zdravila (s.c., i.m., i.v.)

Učinkovine, ki jih dajemo bolnikom z injiciranjem, lahko apliciramo intrakutano, subkutano, intramuskularno, intravensko ter izjemoma drugam (*npr. intrakardialno*, *endotratrahealno*, *epiduralno*, *intrartikularno*, *intraosalno*, *parainflamatorno).*

Za aplikacijo učinkovin z iglo in brizgalko potrebujemo:
- Brizgalko,
- iglo za aspiracijo učinkovine iz ampule,
- iglo za aplikacijo učinkovine v telo,
- tampone,
- razkužilo (ponavadi alkohol),
- zbiralnik za odlaganje uporabljenih igel.

Postopek dajanja ampulirane učinkovine vključuje pripravo in aplikacijo učinkovine in poteka v več stopnjah:
- izbira ampule z učinkovino,
- izbira brizgalke in igel,
- priprava ampule z učinkovino,
- priprava brizgalke,
- priprava igle za aspiracijo,
- aspiracija učinkovine,
- priprava igle za aplikacijo učinkovine,
- priprava mesta aplikacije učinkovine,
- aplikacija učinkovine,
- odstranitev uporabljenega pribora.

6.3.4.1.1 Izbira brizgalke in igel

Pripravo pričnemo z izbiro ustreznih brizgalk in igel. Na izbiro vpliva vrsta učinkovine, predpisan način aplikacije učinkovine, količina učinkovine, mesto aplikacije ter starost, velikost in prehranjenost bolnika.

Za injiciranje učinkovin praviloma uporabljamo pribor za enkratno uporabo, ki ga po uporabi pravilno odvržemo. Na ovitku brizgalk in igel je zabeležen rok trajanja sterilnosti, kar je potrebno vedno kontrolirati.

- Izbira brizgalke

Na brizgalki ločimo valj, bat, ročaj bata in nastavek za iglo. Velikost brizgalk je določena v mililitrih (1 ml, 2 ml, 5 ml, 10 ml, 20 ml). Brizgalke, ki so namenjene aplikaciji inzulina (1ml brizgalke), imajo tudi oznake za mednarodne enote inzulina. Nastavek za iglo ima standardno velikost in obliko in mora biti usklajen z injekcijsko iglo. Ustrezno velikost brizgalke izberemo glede na količino učinkovine v ampuli.

- Izbira igle

Injekcijske igle se med seboj razlikujejo po debelini in dolžini. Mere so izražene v milimetrih in so zapisane na ovitkih sterilno pakiranih igel. Prvo število označuje debelino, drugo pa dolžino igle (npr. 0.30 x 11 mm ali 1,10 x 40 mm).

Igla ima konico, telo in grlo. Barva embalaže in grla igle naj bi označevala debelino igle in naj bi bila dogovorno vedno enaka za isto debelino. Vendar je bolje, če pred uporabo preverimo značilnosti igle na ovitku. Poznamo različne vrste igel: »luer«, »luer-lock« in »record«. Vedno uporabimo iglo in brizgalko iste izvedbe, sicer moramo uporabiti adapter.

Nekatera zdravila in cepiva so v ustrezni količini pripravljena v sterilno zapakirani brizgalki, ki je že opremljena z iglo. To omogoča takojšnjo uporabo brez predhodnega izbiranja pribora in aspiracije učinkovine.

6.3.4.1.2 Aspiracija učinkovine

- Ob izbiri učinkovine preverimo, da smo izbrali želeno učinkovino in ustrezno koncentracijo. Na nalepki ampule je zabeležen rok trajanja, ki ga vedno kontroliramo.
- Glede na količino učinkovine izberemo ustrezno brizgalko ter dovolj dolgo in debelo iglo za aspiracijo (npr. 1,2 x 50 mm za 5 ml ali 10 ml ampulo, 0,80 x 40 mm za 2 ml ampulo). Pred uporabo preverimo sterilnost igle in brizgalke (nepoškodovan ovitek, rok trajanja na ovitku).
- Najprej pripravimo ampulo z učinkovino, ki je lahko različnih velikosti in oblik. **Stekleni** ampuli razkužimo vrat, ki je zožen. Vrat, ki je označen z obročem ali s piko, odlomimo; če pa ga je potrebno prepiliti, uporabimo razkuženo pilico. Prst podložimo s tamponom, da se ne vrežemo.

Odprta ampula je pripravljena za aspiracijo učinkovine. **Stekleničkam z aluminijastim pokrovčkom** le-tega odstranimo in razkužimo gumijast zamašek, ki je pod njim ter pustimo tampon na njem. **Dvojni ampuli** (ampula z učinkovino v obliki suhe substance in ampula s topilom) se običajno nahajata v skupni embalaži, in sicer tako, da je topilo v stekleni ampuli, učinkovina pa v steklenički z gumijastim zamaškom. Za aspiracijo učinkovine ju pripravimo na način, kot je opisan zgoraj. **Dvokomorna ampula** je v srednjem delu z zožitvijo, v kateri je čep, predeljena v zgornji del s topilom in spodnji del z učinkovino v prahu. Najprej pritisnemo pokrovček stekleničke močneje navzdol, da topilo iztisne čep iz ožine. Topilo steče v spodnji del stekleničke, z rahlim stresanjem pa se učinkovina hitreje raztopi. Na pokrovčku odstranimo plastični del, ki pokriva gumijast zamašek in ga razkužimo. **Posebne ampule** imajo vedno priložena navodila, ki se jih strogo držimo.

- Potem vzamemo brizgalko iz ovoja in pazimo, da se z nastavkom za iglo ničesar ne dotaknemo. Nato odpremo iglo za aspiracijo in jo nataknemo na brizgalko. Odstranimo pokrovček z igle, iglo vtaknemo v **stekleno ampulo**, ki jo držimo v drugi roki nekoliko nagnjeno, in izvlečemo učinkovino. Pri tem pazimo, da se s konico igle ne dotaknemo roba ampule. **Iz stekleničke z gumijastim zamaškom** aspiriramo učinkovino tako, da z iglo prebodemo gumijast zamašek, stekleničko obrnemo, aspiriramo učinkovino, iglo izvlečemo in jo odvržemo v zbiralnik. Postopek pri **dvojni ampuli** zahteva najprej aspiracijo topila, kot je opisano pri stekleni ampuli, nato z iglo prebodemo zamašek ampule z učinkovino v prahu in vanjo iztisnemo topilo, rahlo stresamo, da se prah stopi in počakamo, da postane učinkovina bistra. Nato stekleničko nagnemo in nadaljujemo s postopkom do konca, kot je opisano pri stekleničkah z gumijastim zamaškom. Postopek z **dvokomorno ampulo** nadaljujemo kot pri stekleničkah z gumijastim zamaškom.
- Po odstranitvi igle za aspiracijo odpremo in nastavimo ustrezno iglo za aplikacijo. Iz brizgalke iztisnemo zrak tako, da jo z eno roko mehko držimo rahlo nagnjeno z iglo usmerjeno navzgor. Z rahlim stresanjem ali potrkavanjem po brizgalki omogočimo, da se vsi zračni mehurčki zberejo pod nastavkom za iglo. S prstoma druge roke s počasnim pritiskom bata navzgor ter istočasnim pomikanjem brizgalke v navpičen položaj iztisnemo ves zrak iz brizgalke, dokler se na vrhu igle ne pokaže kapljica učinkovine. Iglo nato pokrijemo s pokrovčkom in jo odvržemo v zbiralnik za uporabljene igle.

Pri opisanih postopkih se ves čas držimo pravila asepse.

6.3.4.1.3 Aplikacija učinkovine

Možni načini aplikacije učinkovin so označeni na nalepkah ampul, zato je prav, da preverimo, na kakšen način je dovoljeno dajanje učinkovine, ki smo jo predpisali.

Pri dajanju vseh učinkovin z injiciranjem je za lastno zaščito primerno, da uporabimo zaščitne lateksove rokavice.

6.3.4.1.4 Aplikacija intrakutanih injekcij

Ta način uporabljamo na primer pri tuberkulinskem testu ali pri testiranju z alergeni. Uporabimo tanko in kratko iglo 0,30 – 0.40 mm x 11mm – 13 mm, razkužimo si roke, mesto vboda enkrat razkužimo s sterilnim tamponom in nadaljujemo tako, da:

- z igle odstranimo zaščitni pokrovček,
- preverimo, da je iz brizgalke zrak iztisnjen,
- s prsti ene roke napnemo kožo na mestu vboda,
- iglo vbodemo pod kotom 30 stopinj plitvo v kožo,
- injiciramo počasi, na koži se pokaže izboklina, ki vsebuje injicirano učinkovino,
- suho sterilno gobico ali tampon položimo na vbodno mesto brez pritiskanja,
- iglo izvlečemo,
- igle ne pokrivamo s pokrovčkom in jo takoj odvržemo v zbiralnik za uporabljene igle,
- ostali pribor odložimo v drug zbiralnik,
- razkužimo roke.

6.3.4.1.5 Aplikacija subkutanih injekcij

Najpogosteje apliciramo učinkovino v podkožje na srednji tretjini zunanje strani nadlahti, srednji tretjini zunanje strani stegna ter na trebuhu med popkom in zgornjim robom črevnice. Na ta način se daje lahko na primer inzulin, adrenalin, morfij. Uporabimo tanko in kratko iglo 0,40 – 0,50 x 13 – 16 mm, razkužimo si roke, mesto vboda enkrat razkužimo s sterilnim tamponom in nadaljujemo tako, da:

- z igle odstranimo zaščitni pokrovček,
- preverimo, da je zrak iztisnjen iz brizgalke (pri tovarniško pripravljenih injekcijah zraka ne iztiskamo),
- pod kotom 45 stopinj vbodemo v kožno gubo, ki smo jo naredili med

prstoma ene roke,
- aspiriramo (razen pri aplikaciji inzulina, kjer ne aspiriramo); če v brizgalko priteče kri, iglo izvlečemo, učinkovino z iglo in brizgalko zavržemo in postopek ponovimo,
- učinkovino injiciramo počasi,
- iglo izvlečemo in na mesto vboda pritisnemo suho sterilno gobico ali tampon,
- igle ne pokrivamo s pokrovčkom in jo takoj odvržemo v zbiralnik,
- ostali pribor odvržemo v drug zbiralnik,
- razkužimo roke.

6.3.4.1.6 Aplikacija intramuskularnih injekcij

Na ta način dajemo učinkovine v zgornjem zunanjem kvadrantu glutealne mišice, zgornji zunanji tretjini nadlahti (v medialni liniji deltoidne mišice) in srednji sprednji tretjini stegnenice (lateralno od srednje linije). Uporabimo daljšo, debelejšo iglo, odvisno od mesta aplikacije ter velikosti in prehranjenosti bolnika (0,6 – 0,9 x 40 – 60 mm). Razkužimo roke, mesto vboda enkrat razkužimo s sterilnim tamponom in nadaljujemo tako, da:
- z igle odstranimo zaščitni pokrovček,
- preverimo, da je zrak iztisnjen,
- iglo vbodemo pod pravim kotom globoko v mišico,
- aspiriramo (praviloma dvakrat; če v brizgalko priteče kri, iglo izvlečemo, učinkovino z iglo in brizgalko zavržemo in postopek ponovimo),
- učinkovino počasi injiciramo,
- iglo izvlečemo in na mesto vboda položimo sterilno gobico ali tampon,
- igle ne pokrivamo s pokrovčkom in jo takoj odvržemo v zbiralnik,
- ostali pribor odvržemo v drug zbiralnik,
- razkužimo si roke.

Pred vbodom igle v mišico bolniku svetujemo, da sprosti mišice uda, v katerega bomo injicirali. Neposredno pred vbodom z iglo lahko napetost mišic nekoliko zmanjšamo tudi s potrkavanjem s prstom v bližini mesta injiciranja ali z rahlim stiskanjem okolice mesta vboda s prsti.

6.3.4.1.7 Aplikacija intravenskih injekcij

Najprimernejša mesta za intravensko dajanje učinkovin so: vene v komolčni jami, vene podlahti, vene hrbtišča roke, vene na nartu in lobanjske vene pri dojenčkih. Pri dajanju v dobro tipljive in vidne vene tik pod kožo uporabljamo tanjše in krajše igle (0,6 x 25 mm), pri dajanju v nekoliko globlje ležeče vene

pri obilnejšem podkožnem tkivu pa daljše (0.60 x 40 mm). Pri iskanju vene in dajanju intravenskih injekcij moramo biti mirni in zbrani.

Najprej z ogledovanjem (in/ali palpacijo) izberemo širše mesto vboda na udu in proksimalno od tega mesta napravimo prevezo, s katero preprečimo odtok venske krvi iz roke (ne pa dotoka arterijske krvi v roko). Ustrezno veno lažje najdemo, če pred prevezo roka krajši čas prosto visi ob telesu, če bolnik izvaja vajo črpanja (zapiranje-odpiranje pesti) ali tako, da roko minuto ali dve prej prevežemo s prevezo. Napolnjenost ven roke s krvjo lahko povečamo tudi s predhodnim gretjem roke (kopel za roke, topli ovoj).

Potem si razkužimo roke, s tipanjem določimo točno mesto vboda v veno, mesto vboda v kožo enkrat razkužimo s sterilnim tamponom, bolniku svetujemo, da sprosti roko in nadaljujemo tako, da:
- z igle odstranimo zaščitni pokrovček,
- preverimo, da je zrak iztisnjen,
- iglo vbodemo v kožo 3 – 6 mm pred mestom vboda igle v veno, predremo kožo in z občutkom napredujemo proti veni,
- s konico igle se približamo veni, previdno predremo njeno steno ali ob prehodu skozi steno pustimo, da igla zdrsne v veno,
- igla naj leži v veni čimbolj nepremično v njeni vzdolžni osi vsaj 3 mm svoje dolžine,
- previdno sprostimo prevezo roke,
- počasi injiciramo učinkovino: 1ml učinkovine na minuto (če ni v navodilih za uporabo učinkovine določeno drugače),
- med injiciranjem opazujemo stanje bolnika,
- ob koncu injiciranja položimo na mesto vboda sterilen tampon in z odločno, hitro kretnjo izvlečemo iglo iz vene, istočasno pa tampon močneje pritisnemo na mesto vboda,
- tampon naj bo krajši čas (1 minuto) močneje pritisnjen na mesto vboda, kar lahko pogosto naredi tudi bolnik sam, nato pa tampon fiksiramo; v tem času naj bo roka iztegnjena in v višini prsi,
- igle ne pokrivamo s pokrovčkom in jo takoj odvržemo v zbiralnik,
- ostali pribor odvržemo v drug zbiralnik,
- razkužimo si roke.

Pri delu na terenu in hišnih obiskih se uporabljen pribor ne pušča na kraju aplikacije ali na bolnikovem domu. Uporabljamo zbiralnik za igle, ostali pribor pa lahko zberemo v vrečko in vse odnesemo v ambulanto, kjer ga pravilno dokončno odvržemo. Če s seboj nimamo zbiralnika, pokrijemo iglo po aplikaciji tako, da zaščitni pokrovček igle položimo pred neko oviro, iglo

pa potisnemo vanj, ne da bi pokrovček držali z roko (s čimer se izognemo nevarnosti vboda z uporabljeno iglo).

Po vsaki parenteralni aplikaciji učinkovine je potrebno bolnika opazovati 20 do 30 minut zaradi možne sistemske preobčutljivostne reakcije. Zaradi tega moramo vedno imeti pripravljen komplet, ki je potreben ob morebitnem anafilaktičnem šoku.

Študenti boste vadili pripravo in dajanje injekcij na modelu in na vajah v splošni ambulanti in ambulanti NMP.

6.3.4.2 Izpiranje sluhovoda

Pri nekaterih ljudeh se v sluhovodu nabere toliko ušesnega masla, da se zasušeno začepi (ceruminalni zamašek) in zapre prehodnost sluhovoda. Bolnikom je to zelo neprijetno, saj imajo občutek, kot bi bili pod vodo. Pogosto se temu pridruži tudi nadležno šumenje. Težavo navadno opazijo po kopanju, ko jim v sluhovod pride voda, ki napne higroskopični cerumen in zamaši še tisto malo prehod med steno in zamaškom, ki je bil prisoten pred tem. Delo v prahu ali vnetje sluhovoda včasih dodatno prispevajo k nastajanju zamaška. Izpiranje sluhovoda je najpogostejši poseg v splošni ambulanti.

Čeprav so na razpolago že električne napravice za izpiranje sluhovoda s tanjšim curkom, večinoma še vedno uporabljamo klasično opremo, tj. 500 ml brizgo in ledvičko, v katero odteka voda pri izpiranju. V brizgo potegnemo na telesno temperaturo segreto vodo, bolniku preko rame položimo kompreso, ob lice in vrat pod uho nastavimo ledvičko, uhelj nekoliko privzdignemo in potegnemo, da čim bolj zravnamo sluhovod, liv brizge prislonimo ob steno sluhovoda in varno (kazalec in sredinec ali prstanec namestimo v držalna obročka in s palcem pritiskamo na bat brizge) ob stranski steni sluhovoda usmerjamo curek, ki zmehča, odmakne in iztisne čep ali drobir čepa na plan in v ledvičko. Zamašek je včasih tako zasušen, da si ga mora bolnik nekaj dni namakati z oljnimi kapljicami.

Študenti boste vadili izpiranje sluhovoda in na vajah v splošni ambulanti in ambulanti NMP.

6.3.4.3 Katetrizacija mehurja pri moškem

Katetrizacija mehurja pri moškem sicer ni pogost poseg, je pa njeno poznavanje zelo pomembno, saj pravočasna katetriazacija pomeni veliko olajšanje bolečin pri akutni urinski zapori. Pomembna pa je tudi pri menjavi trajnih urinskih katetrov bolnikov, ki se zdravijo doma in v domu starejših občanov.

Pri katetrizaciji navadno pomaga medicinska sestra, ki tudi pripravi potrebne instrumente, material in kateter. Potrebujemo kompreso, tampone za čiščenje, razkužilo oz. fiziološko raztopino, zaščitne rokavice, sterilne rokavice, urinski kateter ustrezne velikosti, anestetični žele za namastitev katetra, prazno brizgo za izčrpanje zraka iz vstavljenega katetra, brizgo in ustrezno količino fiziološke raztopine, s katero napolnimo balonček, ko je kateter vstavljen ter zamašek in/ali urinsko vrečko. Potrebujemo tudi ledvičko za lovljenje iztečenega urina in prostor za odlaganje uporabljenih materialov.

Nataknemo si zaščitne rokavice, s prazno brizgo izsesamo vodo iz balončka, izvlečemo kateter, odklopimo kateter od urinske vrečke, in prejšnji kateter zavržemo. Nadenemo si sterilne rokavice, z namočenimi tamponi očistimo penis, predvsem glavico, z desno roko sterilno primemo kateter, ki nam ga poda medicinska sestra, ga podržimo, da na konico iztisne anestetični žele, z levo roko primemo penis pod glavico in ga nekoliko napnemo z rahlim naklonom proti trebuhu in počasi uvedemo kateter. Pri prehodu mimo prostate pogosto občutimo lažji upor, kar bolniki čutijo kot bolečino. Ko je kateter v mehurju, navadno priteče nekaj urina, ki ga medicinska sestra lovi v ledvičko. S polno brizgo napolnimo balonček, ga narahlo povlečemo, da sede na iztok uretre, priklopimo urinsko vrečko ali vstavimo zamašek, da urin ne izteka.

Študenti boste vadili menjave urinskega katetra na vajah v splošni ambulanti, v domu starostnikov in ambulanti NMP.

6.3.4.4 Katetrizacija mehurja pri ženski

Katetrizacija mehurja pri ženski je v splošni ambulanti še redkejši poseg, je pa njeno poznavanje prav tako pomembno, čeprav urinske katetre pri ženskah v bolnišnici in domovih starejših občanov navadno menjajo medicinske sestre, na domovih pa patronažne sestre.

Razlika je predvsem v načinu čiščenja spolovila in uporabi nekoliko debelejšega katetra. Sam postopek uvajanja pa ni bistveno drugačen.

Študenti boste vadili menjave urinskega katetra na vajah v splošni ambulanti, v domu starostnikov in ambulanti NMP.

6.4 Obravnava nujnih stanj v splošni ambulanti

V nasprotju s splošnim prepričanjem je v družinski medicini zelo malo nujnih stanj glede na celotni obseg opravljenega dela. Pogostejša so v času dežurne službe, ker je zdravnik takrat odgovoren za večje število prebivalcev.

Z nujnimi stanji se zdravnik v splošni ambulanti sreča na tri načine. Najbolj premočrtno je to v primeru, da pride bolnik z znaki in občutji, jasnimi za nujno stanje, kot npr. s hudimi bolečinami v desnem spodnjem hipogastriju, s slabostjo, z bruhanjem, z vročino, z odsotnostjo odvajanja in vetrov, pri katerem najdemo defans trebušnega mišičja, tih trebuh in povečano število levkocitov. Več težav nam povzročijo bolniki, ki imajo nekaj znakov, tipičnih za nujno stanje, pa gre za nenujno bolezen, kot je to npr. pri paničnem napadu. Če je ta oblika težavna za sporazumevanje, pa je tretja bolj nevarna, da za nič kaj dramatičnimi in/ali zavajajočimi znaki spregledamo resno nujno stanje, kot je npr. pri bolečini v žlički pri bolniku z dispepsijo lahko spregledati srčnomišični infarkt spodnje stene.

Študenti se boste z nujno medicinsko pomočjo in urgentno medicino podrobno seznanili pri drugih predmetih, zato je v nadaljevanju naveden le en primer za ponazoritev gornjih dilem, ki se pri obravnavi bolnikov z znaki, značilnimi za nujno stanje, pojavljajo pri delu zdravnika. Veliko možnosti učenja o nujnih stanjih boste imeli na vajah v ambulanti NMP.

6.4.1 Akutna bolečina v prsih

6.4.1.1 Opredelitev in pogostost bolečine v prsih

Bolečina v prsnem košu je pogost vzrok, ki pripelje bolnika k zdravniku. Najpogostejši vzrok je bolečina prsne stene, sledijo psihogeni vzroki in nato prenesena bolečina zaradi bolezni notranjih organov. Ker sta med možnimi vzroki srčnomišični infarkt in pljučna embolija, ki lahko resno ogrožata bolnika, smo pri diagnostiki akutne bolečine v prsih zelo pozorni.

6.4.1.2 Diferencialna diagnoza akutne bolečine v prsih

Pojavi se lahko zaradi različnih vzrokov, od povsem banalnih do takih, ki ogrožajo življenje, zato je razpoznava tega simptoma zelo pomembna.

Vzroki za bolečino v prsnem košu:

- bolečina srčne mišice:
  - **ishemična** *(npr. miokardni infarkt, angina pektoris),*
  - **neishemična** *(npr. bolezni srčnih zaklopk, zbadajoče bolečine pri prekatnih ekstrasistolah);*
- **žilna bolečina:**
  - **aortna** *(npr. disekcija, hitro razvijajoča anevrizma),*
  - **pljučna arterija** *(npr. pljučna embolija, primarna pljučna hipertenzija);*
- **bolečina seroznih membran** (*npr. plevritis, perikaditis, pljučni infarkt, pnevmotoraks, tumorji seroznih membran);*
- **bolečina v steni prsnega koša** *(npr. kostnomišična, nevralgija, utesnitveni sindrom zaradi bolezni hrbtenice, tumor na rebrih, bolezni dojk);*
- **traheobronhialna bolečina** *(npr. traheobronhitis, tujek v dihalih,tumor sapnika in velikih bronhov);*
- **mediastinalna bolečina** *(npr. emfizem, ezofagitis, spazem požiralnika, tumor);*
- **substernalna bolečina** *(npr. holecistitis, razjeda želodca, pankreatitis);*
- **psihogena bolečina** *(npr. tesnoba, panična motnja, panični napad, hud stres, hiperventilacijski sindrom, utrujenost).*

Za opredelitev bolečine v prsnem košu je potrebna natančna anamneza, klinični pregled pa največkrat podprt z laboratorijskimi testi in diagnostičnimi preiskavami. V anamnezi je potrebno ugotoviti: vrsto bolečine, njeno kakovost, lokalizacijo, intenzivnost in trajanje ter sprožilne in olajševalne dejavnike. Slaba projekcija notranjih organov prsnega koša na njegovo steno močno otežuje vrednotenje anamnestičnih podatkov. Poleg tega pa se pojavlja še prenesena bolečina, ki je lahko lokalizirana daleč od prizadetega organa (*npr. v vratu, čeljusti, rami, roki, epigastriju*).

Izraženost bolečine nam le slabo pojasni resnost vzroka. Pri tem pa lahko istočasno obstaja tudi več kot en vzrok za bolečino v prsih. Pri kliničnem pregledu ugotavljamo dodatne znake, ki bi razjasnili vzrok bolečine v prsnem košu.

6.4.1.3 Ukrepanje pri akutni bolečini v prsih

Pri obravnavi bolnikov z bolečino v prsnem košu je pomembno ločiti življenje ogrožajoča stanja (*npr. akutni miokardni infarkt, nestabilna angina pektoris, disekcija aorte, pljučna embolija)* od stanj, ki vsaj na krajši rok ne ogrožajo življenja in pri katerih lahko diagnostika poteka na neurgenten način (*npr. kostnomišična bolečina, ezofagitis, psihogena bolečina*) ali z odprtim čakanjem. Nepravilna opredelitev nevarnega stanja ima lahko usodne posledice ali vodi v nepotrebne zahtevne preiskave. Hitra diagnostična obravnava in zdravljenje bolnikov s srčnožilnim vzrokom bolečine v prsnem košu omogoča zmanjšanje zbolevnosti in smrtnosti zaradi srčnožilnih bolezni.

6.5 Bolniki z duševnimi motnjami

6.5.1 Pogostost duševnih motenj

Duševno zdravje postaja pomemben del prizadevanj za dobro počutje vseh ljudi. **Duševne motnje** sodijo med bolezni, ki praviloma ne nastanejo dramatično hitro kot srčni infarkt, na zunaj ne kažejo velike prizadetosti kot poškodbe in bolniki se pogosto ne zavedajo, zakaj imajo določene težave. Pogosto jih moramo aktivno iskati med množico vsakovrstnih bolnikovih pritožb. Skoraj tri četrtine ljudi ima kakšno bojazen, "napade", panične motnje ali splošno »živčnost«, ki pa večinoma ne zadoščajo merilom psihiatrične bolezni.

V presečni epidemiološki raziskavi so v začetku 90. let v ZDA ugotovili, da 48 % ljudi vsaj enkrat v življenju izkusi neko duševno motnjo, 30 % pa jih je v zadnjih 12 mesecih doživelo vsaj eno duševno motnjo. Najpogostejše so različne oblike **tesnobe** (anksioznosti) s 25 %, **depresija** z 19 %, sledijo različne oblike **odvisnosti** (npr. sindrom odvisnosti od alkohola 14 %) in psihoze z 0,7 %. V zadnjih 12 mesecih je imelo epizodo ene izmed oblik tesnobe 17 %, epizodo depresije 11 %, 7 % je bilo odvisnih od alkohola in 0,5 % jih je imelo **psihotično motnjo**.

Kar dve tretjini ljudi, ki iščejo zdravniško pomoč, ima tudi določeno stopnjo duševnih težav. Zdravnik družinske medicine kot zdravnik prvega stika se z njimi sreča prvi. V družinski medicini ima okoli 40 % bolnikov klinično razpoznane duševne motnje. Do 25 % bolnikov ima eno izmed oblik tesnobe, 20 % somatoformne motnje, 6 do 10 % je bolnikov z depresijo, po nekaterih ocenah 17 % ali celo do 20 %, 8 do 17 % mladih mater lahko razvije poporodno depresijo. Tudi pri nas ima 28-37 % bolnikov poznano duševno motnjo ali prejema psihotropna zdravila ali ima ob pregledu določene znake duševne motnje. Kar 51 % bolnikov pa kaže znake duševnih težav pri uporabi ocenjevalne lestvice za odkrivanje anksiozno-depresivnih stanj

vprašalnika Duke-AD.

20-30 % bolnikov v urgentnih ambulantah ima ob telesni bolezni klinično pomembne znake duševnih motenj, 20-40 % bolnikov z resno telesno boleznijo na nepsihiatričnih bolnišničnih oddelkih in specialističnih ambulantah ima duševne motnje. Kar četrtina bolnikov, ki so prvič napoteni v specialistične ambulante, nima pomembne telesne bolezni. Okoli ene četrtine novih bolnikov z bolečinami v trebuhu, napotenih h gastroenenterologu, in bolnikov z netipičnimi bolečinami v prsih ter veliko napotenih bolnikov k nevrologu nima telesne bolezni. Mnogim izključitev ene bolezni, ki jo lahko opravi usmerjen specialist, ne zadošča in hodijo od zdravnika do zdravnika. Pri večini so v ozadju njihovih težav psihosocialni problemi. Prav za take bolnike priporočajo, naj bi se zdravili v družinski medicini. V splošni ambulanti v Sloveniji lahko pričakujemo diagnozo depresije pri 2,8 % bolnikov in diagnozo anksioznosti pri 1,8 %.

Med bolniki z duševnimi motnjami prevladujejo ženske, bolniki z nižjo šolsko izobrazbo, z manjšimi osebnimi dohodki in tisti, ki pogosteje obiskujejo svojega zdravnika. Ženske imajo depresijo dvakrat pogosteje kot moški. Obstajajo pa pomembne razlike pri posameznih boleznih glede starosti, saj se depresija in panične motnje pojavljajo predvsem v mlajših starostnih skupinah od 20. do 45. leta starosti in pogosteje pri ženskah; bolezni odvisnosti, kjer prevladujejo moški, pa v kasnejših starostnih skupinah. Posamezne duševne motnje se prepletajo med seboj in s telesnimi boleznimi. Pri tem prav tako prednjačijo ženske. V različnih kulturnih okoljih (državah) je pogostnost posameznih duševnih motenj različna, vendar kaže enako medsebojno razmerje in vzorec pojavljanja glede na spol in starost.

6.5.2 Pristop k bolniku z duševnimi motnjami

Zdravnik družinske medicine se srečuje s široko paleto pritožb svojih bolnikov. Znaki in občutja so navadno še zelo slabo izraženi in izvirajo iz različnih telesnih in duševnih ozadij. V kratkih minutah posameznega posveta se zdravnik pogosto sooči z več kot eno težavo hkrati. Težave so navadno mešanica telesnih, duševnih, socialnih in družinskih težav. Bolniki želijo dobiti odgovore na tri bistvena vprašanja:

1. *Ali je njihova težava resna?*
2. *Kakšno bolezen imajo?*
3. *Ali je ozdravljiva?*

Zdravnik naj bi uporabljal "dvotirno" psihosomatsko razmišljanje – od vsega začetka mora hkrati misliti na možnost duševnih in telesnih vzrokov za

bolnikove težave. Obravnava bolnikov z duševnimi motnjami ni enostavna in hitra, zato mora zdravnik družinske medicine pri obravnavi te oblike zdravstvenih težav s pridom uporabljati čas kot diagnostično in zdravilno sredstvo.

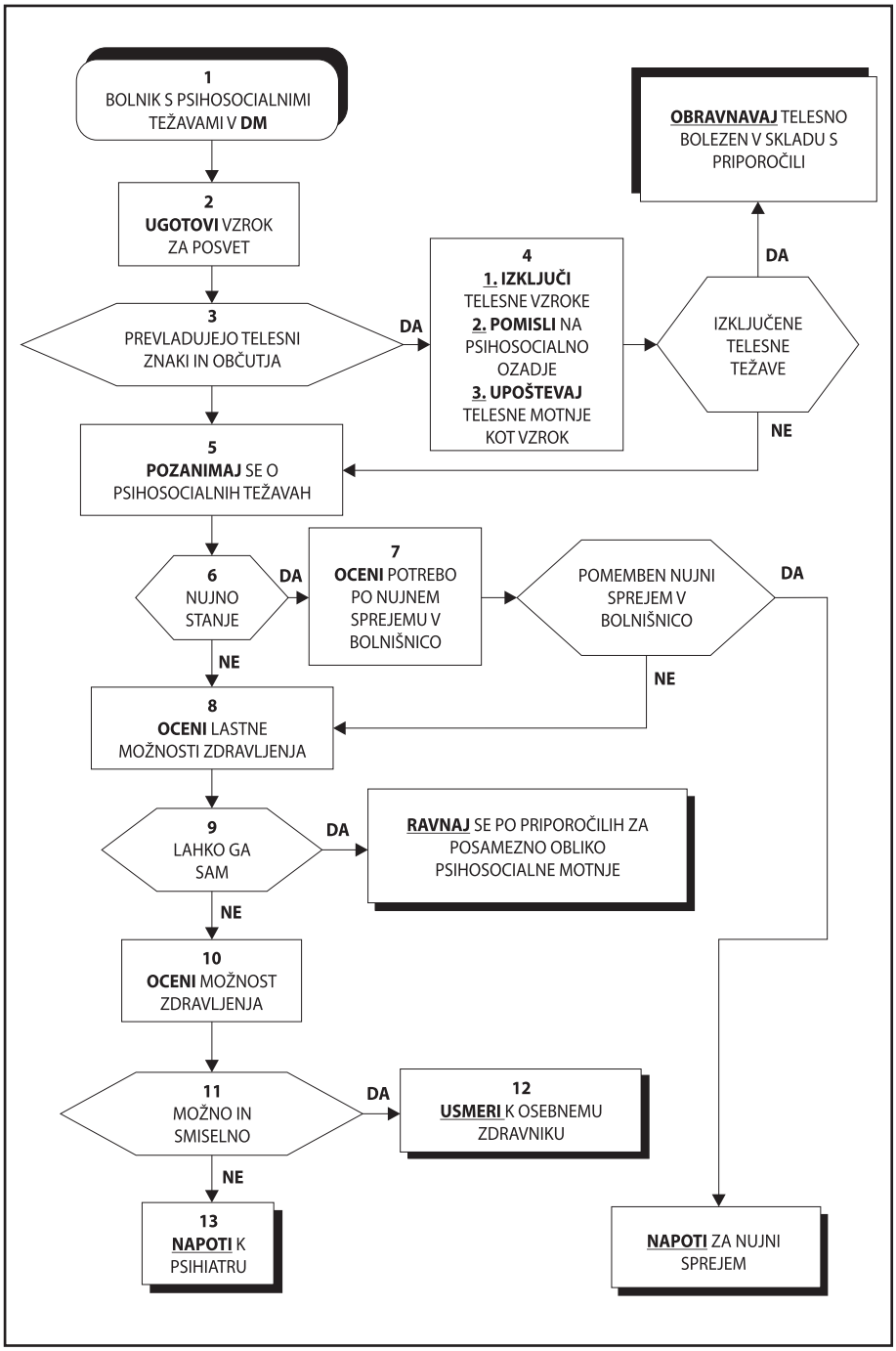
Zdravnik družinske medicine bolnike z duševnimi motnjami lahko vodi sam, v sodelovanju s psihiatrom, ali pa vodenje popolnoma prepusti psihiatru (slika 6.4). Slednje je pravzaprav bolj izjema kot pravilo, saj mora za takega bolnika pogosto poleg predpisovanja zdravil urejati tudi bolnikove pravice zaradi začasne ali trajne delanezmožnosti.

Duševne motnje predstavljajo znatno oviranost in se praviloma nagibajo k daljšim odsotnostim. Zavedati se moramo, da pomeni nekaterim bolnikom beg v bolezen in odsotnost z dela poskus vzpostavljanja odnosov z okolico, ki jih ne morejo rešiti na bolj ustrezen način.V splošnem velja, naj se bolnik z duševnimi motnjami, če je le mogoče, ne bi odtrgal od dela. To še zlasti velja, ko gre za motnje, ki se nagibajo h kroničnosti procesa. Bolniški stalež na eni strani predstavlja razbremenitev, na drugi strani zoženje socialnega kroga. Po daljši odsotnosti se pojavi tudi problem vračanja v delovno okolje.

Pri anksioznosti mora biti bolnik poučen, da bo zdravila jemal določeno obdobje do umiritve znakov in bo nato prekinil zdravljenje do naslednjega zagona bolezni.

Duševne težave so pogosto povezane s telesno boleznijo in se lahko kažejo kot (8):
- slabo sodelovanje pri zdravljenju sladkorne bolezni, astme, hipertenzije idr.;
- nerazložljiva oviranost (delanezmožnost), ko je funkcionalno stanje nesorazmerno slabše od telesnega izvida;
- motnje v spolnosti;
- motnje, povezane z mutilizirajočimi posegi (mamektomija, kolostoma, amputacija, mutilirajoče operacije glave in vratu);
- motnje hranjenja vključno z anoreksijo, bulimijo in debelostjo, npr. pri diabetikih.

Duševne bolezni so lahko posledica telesne bolezni (*npr. depresija ali anksioznost pri rakavih bolnikih, po akutnem srčnomišičnem infarktu*), lahko so vzrok telesne bolezni (*npr. pankreatitis pri alkoholizmu*) ali neodvisna vzporedna bolezen; več kot polovica jih ostane neodkritih in brez ustrezne obravnave. Depresija in anksioznost kot najpogostejši duševni motnji pri



Slika 6.4. *Drevo odločanja pri bolniku s prikritimi ali izraženimi duševnimi motnjami pri zdravniku družinske medicine.*

kroničnih boleznih, umirajočih bolnikih in kot posledica bolnišničnega zdravljenja se pri dveh tretjinah bolnikov "pozdravita" vzporedno z izboljšanjem telesnega stanja, ena tretjina bolnikov pa trpi naprej, če jih ustrezno ne obravnavamo. Taki bolniki s somatoformnimi motnjami so večji uporabniki zdravstvene službe.

6.5.3 Obravnava bolnikov s somatoformnimi motnjami

Okrog polovice vseh posvetov v družinski medicini je neposredno ali posredno povezanih s psihosocialnimi težavami in z njimi povezanimi duševnimi motnjami. Mnogi bolniki se pogosto ne zavedajo, da so vzrok njihovim težavam duševne motnje. Pogosto se nagibajo k prepričanju, da gre za telesne vzroke in od zdravnika pričakujejo preiskave, ki naj bi potrdile ali ovrgle resnost telesnih vzrokov. Od 10 % bolnikov, ki bodo zaradi **somatoformnih bolezni** obiskali svojega zdravnika družinske medicine, bo ta spoznal kot bolnike z duševnimi motnjami le 3-4 %.

Bolniki so praviloma zaskrbljeni predvsem zaradi telesnih bolezni. Zato sami le redko sprožijo pogovor o duševnih težavah. Kadar iz poteka posveta sklepajo, da bo zdravnik razumel njihove težave, proti koncu le prinesejo na plan tudi duševne težave. Ne redko se to zgodi šele na zaključno vprašanje zdravnika: *"Ali imate še kakšne druge težave?"* ali pa se tako rekoč že med vrati obrnejo na zdravnika: *"Pa še to, doktor."* Dosti težje je odkriti psihosocialne težave pri bolnikih, ki med posvetom ponudijo iztočnice za svoje težave, pa jih zdravnik spregleda in ne nadaljuje pogovora o tem.

Somatizacija duševnih težav – **somatoformne motnje** – po nekaterih podatkih predstavlja kar 20 % vseh prvih posvetov v družinski medicini in enega najpogostejših razlogov za zakasnitev pri postavljanju diagnoze. Somatizacija je pogosta tudi v bolnišnicah po svetu, kjer obravnavajo bolnike brez predhodnega posveta z zdravnikom družinske medicine. Občutja in znaki duševnih motenj ostanejo nezdravljeni, pogosto se zmotno pripišejo telesnim boleznim, kar vodi v kronični potek. Dlje ko so občutja in znaki nespoznani in nezdravljeni, bolj se v zavesti bolnika duševna motnja utrdi kot telesna bolezen. Zaradi nezmožnosti ozdravitve takega stanja s klasičnim biomedicinskim pristopom so taki bolniki manj zadovoljni s svojim počutjem, z zdravstveno službo in postanejo pogosti obiskovalci zdravnika, težavni bolniki in večji porabniki sredstev, namenjenih zdravstveni službi.

Ker o **kriznih** in drugih **kratkih intervencijah** zdravnik družinske medicine ali drug zdravnik nepsihiater praviloma ni izdatneje poučen, predstavljene

psihosocialne težave lahko nanj delujejo frustrirajoče in se reševanja problema loti napačno z izogibanjem:

- potrdi bolnikovo domnevo o telesnem značaju težav,
- ponudi mu zdravilo za "srce in živce" hkrati in s tem zamaskira bistvo problema,
- odloži problem na ramena drugega (psihiatra ali drugega specialista).

Krog se sklene. Bolnik se vrača z istimi in podobnimi težavami. Zdravnik ga s težkim srcem pričakuje. Rodil se je težavni bolnik, ki je bolj problem zdravnika, ki se ni znal lotiti bolnikovih težav, kot pa problem bolnika samega. Verjetno je najustreznejša rešitev v teh primerih uporaba veščin dobrega sporazumevanja, saj pravilno diagnosticirane in razumljene težave zmanjšajo breme težavnih bolnikov.

V družinski medicini ni dovolj časa za bolj poglobljeno psihosocialno obravnavo. Glede na ponavljanje in ponovne obiske je vsak zdravnik močno zainteresiran, da gordijski vozel slej ko prej preseka in si za takega bolnika vzame nekaj več časa. Ob upoštevanju lastnosti bolnikov s psihosocialnimi težavami bo v posvetu upošteval naslednje:

- Bolniku bo omogočil, da razloži svoje težave brez prekinitve. Za to bo porabil manj časa, ko če bi ga prekinjal z usmerjevalnimi vprašanji.
- Bolnika bo poslušal pozorno, spodbujal pri pripovedovanju in ne bo počel stvari, ki bi ga utegnile prekiniti pri pripovedovanju.
- Ustrezno bo zastavljal vprašanja, povezana z duševnimi težavami.
- Oblikovanje delovne hipoteze bo odložil, da bo "slišal" tudi težave, ki jih bo bolnik načel v zadnjem delu posveta.
- Bolniku bo zastavljal predvsem primerna odprta vprašanja, na katera bolniku ne bo treba odgovarjati samo z da ali ne.
- Pozoren bo na čustvene, socialne in psihične iztočnice, ki jih ponuja bolnik med posvetom.
- Pozoren bo na nebesedna sporočila.
- Pokazal bo razumevanje in toplino in s tem olajšal bolniku odločitev, da bi mu zaupal svoje duševne težave.
- Duševno motnjo bo vključil že med diferencialne diagnoze in ne le kot izključitveno diagnozo.
- Zlasti bo pozoren, ker se duševne motnje pogosto kažejo skupaj s telesnimi boleznimi ali s telesnimi znaki in telesnimi občutji.
- Ne bo se prehitro osredotočil zgolj na telesne znake in občutja.,
- Pri zdravljenju bo upošteval bolnikove želje. Včasih bo namreč bolnik želel samo zagotovilo, da pri njem ne gre za resno telesno bolezen.

Zdravnik se mora pri tem izogibati avtoritativnega sloga, prekinjanju bolnikovega pripovedovanja, zaprtim (da/ne) vprašanjem v zvezi s telesnimi znaki in čustveni hladnosti. Vsak zdravnik lahko zmanjša vpliv duševnih motenj pri svojih bolnikih, tako da

- odkriva njihove skrbi in bojazni (resnične in tudi napačne);
- spodbuja izpovedovanje občutij tesnobe in depresije;
- bolnike naroča na kontrole zaradi spremljanja znakov tesnobe in depresije;
- se odloči za ustrezno obravnavo bolnikovih duševnih težav samostojno ali v sodelovanju z drugimi strokovnjaki.

Pri obravnavi bolnikov z nepojasnjenimi telesnimi znaki in občutji je pomembno naslednje:

- Zdravnik se obširno pozanima za bolnikove težave in njegovo razumevanje le-teh.
- Zdravnik odkrije in razišče psihosocialne možne vzroke (depresija, stresni dogodki, osebnostne težave).
- Zdravnik skupno z bolnikom razpravlja o znakih, občutjih in ugotovitvah ob upoštevanju duševne motnje kot ene izmed možnih diferencialnih diagnoz (Krilatica Nič vam ni je zelo neumestna. Bolj primerno se je pogovoriti o negativnih ugotovitvah in njihovem vplivu na bolnikovo zaskrbljenost. Če je zaskrbljen, da njegovi znaki kažejo na srčni infarkt, potem bo ustrezno pojasnilo, da v vašem EKG-posnetku ni znakov svežega infarkta.).
- Zdravnik po izključitvi ogrožajočega bolniku razloži mehanizme nastanka telesnih znakov kot posledice duševnih procesov (npr. hiperventilacija kot posledica anksioznosti) in jih poveže z odkritimi psihosocialnimi vzroki.
- Skupaj z bolnikom načrtuje nadaljnje postopke diagnostike in zdravljenja.

6.5.3.1 Neustrezni odzivi med sporazumevanjem pri bolnikih s somatoformnimi motnjami

Kadar ni očitnih znakov telesne ali duševne bolezni, je pogosta razlaga bolnikovih znakov, občutij, negativnih izvidov in preiskav *Nič ni narobe z vami.* **Zanikanje** je najpogostejši način, ki so ga pri zdravniku deležni bolniki s somatoformnimi motnjami. Bolniki razumejo takšno pojasnilo kot namigovanje na to, da si znake in občutja izmišljujejo in kot omalovaževanje zaradi tega, ker imajo duševne težave. Bolniki, ki izkusijo takšno zanikanje, so razočarani (nezadovoljni) nad zdravnikom, ker ni izpolnil njihovih

pričakovanj z odgovorom na omenjena tri ključna vprašanja, zaradi katerih so prišli na posvet. Zdravniku tudi v prihodnje ne bodo več zaupali, zamolčali mu bodo še več svojih znakov in občutij.

Včasih se bolniki sami poučijo o možnosti duševnega ozadja svojih težav in to pri naslednjem posvetu povedo svojemu zdravniku, ki potrdi njihov sum z izjavo **Saj sem tudi sam že pomislil na to možnost**. Bolniki sicer sprejemajo takšno potrditev svojega spoznanja, vendar zdravnikov odnos sprejmejo kot **zaroto**. To škodi odnosu med zdravnikom in bolnikom in medsebojnemu zaupanju. Bolniki se sprašujejo o zdravnikovi usposobljenosti in odkritosti.

6.5.3.2 Ustrezen pristop k bolniku s somatoformnimi motnjami

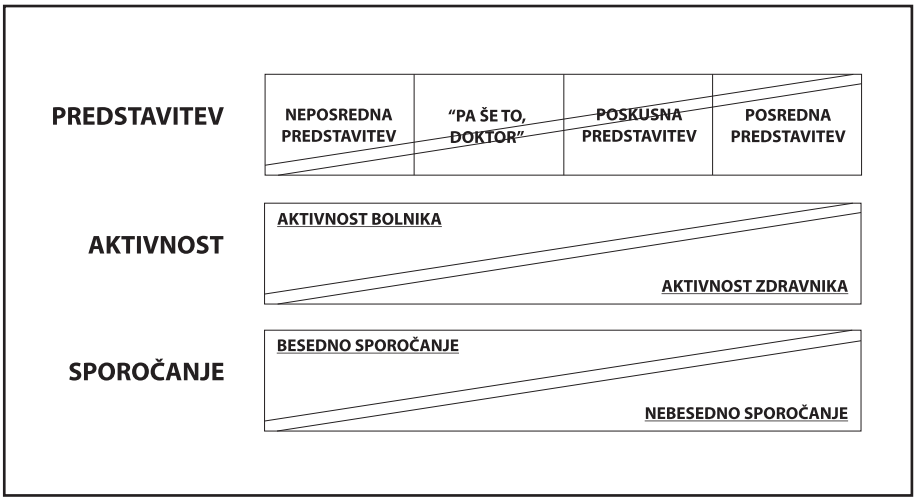
Le redko doživi bolnik razlago, ki bi bila jasna in bi ga razbremenila zaskrbljenosti ter bi ga vključila v dejavno sodelovanje pri reševanju lastne zdravstvene težave. Takšna **vključitev** bolniku odvzame občutek krivde zaradi duševne motnje, potrdi resničnost njegovih težav, omogoči mu razumevanje in sprejemanje razlage svojih težav in okrepi povezanost med zdravnikom in bolnikom. Pri tem ni pomembno samo iskanje razlogov za duševne težave, temveč predvsem povezava med duševnimi in telesnimi dogajanji.

Bolnik se v primeru **telesnega znaka**, *npr. kašlja* predstavi neposredno – pove, da toliko in toliko časa kašlja in zato prihaja, da bi razjasnil svoje težave (slika 6.5). V primeru nejasnih znakov, npr. omotičnosti, lahko uporabi enega izmed ostalih treh načinov predstavitve težav: po posvetu zaradi nekih drugih težav, *npr. kontrole krvnega tlaka,* se obrne na zdravnika: "**Pa še to, doktor.** Že dva meseca imam omotico."

Bolj zapletena je predstavitev omotice med množico znakov nekega drugega stanja, npr. med pripovedovanjem o jemanju antihipertenzivov in meritvah krvnega tlaka doma bolnik navrže, da ima omotico. Pri tem postavi vprašanje, če bi to utegnilo biti zaradi zdravil. Bolnik je ponudil **iztočnico**, **poskusno** je v posvet hotel uvesti elemente vzporedne težave, ki ga tare. Od usposobljenosti zdravnika v sporazumevanju je odvisno, ali bo izrabil ponujeno iztočnico ali pa se bo neprijetnemu vprašanju izognil (slika 6.5).

Posredna predstavitev je najtežja, saj se znaki in občutja duševne motnje prepletajo s telesno boleznijo ali celo popolnoma skrivajo za njo (slika 6.5). Npr. po srčnem infarktu so pomanjkanje moči (energije), zaskrbljenost, palpitacije in druga telesna občutja duševnih motenj skriti za napadi angine

pektoris, za zmanjšanjem telesne pripravljenosti zaradi bivanja v bolnišnici in zmanjšanega obsega aktivnosti. Enako je razumljivo, da bolj ko je zapleten način predstavitve, manj pobude lahko pričakujemo od bolnika, ker se problema ne zaveda, in bolj mora biti pri iskanju možnih duševnih motenj aktiven zdravnik. V ospredje stopa pomen razpoznavanja nebesednih sporočil.



Slika 6.5. *Značilnosti predstavitve psihosocialne težave v družinski medicini, aktivnost bolnika oziroma zdravnika in način sporočanja.*

Pri diagnosticiranju duševnih motenj si lahko pomagamo z uporabo različnih vprašalnikov ter uporabo gradiva za bolnike, ki si ga bolniki doma ogledajo kot podaljšan posvet in se vrnejo na kontrolni pregled z novimi spoznanji o svojem stanju. Dobro je, če jim zdravnik ponudi možnost pogovora in izmenjave mnenj o tem, kar so prebrali. Kljub temu ostajajo zdravniku družinske medicine veščine in spretnosti sporazumevanja ključni element odkrivanja duševnih motenj.

Študenti se boste z duševnimi motnjami in s somatoformnimi motnjami srečali na vajah v splošni ambulanti in v ambulanti NMP.

6.6 Vodenje kroničnih bolnikov

Kronični bolniki so pri skrbi za svoje zdravstveno stanje samostojni. Prevzemajo velik del spremljanja urejenosti bolezni, ukrepanja v urejenem stanju bolezni in ukrepanja v primeru poslabšanja. Zdravnik družinske medicine se vključuje predvsem tako, da

- obdobno preveri urejenosti bolezni,
- z bolnikom preverja cilje ukrepov,
- predpisuje zdravila,
- podpira bolnika pri lastni skrbi za obravnavo kronične bolezni,
- spodbuja bolnika v zdravem življenjskem slogu,
- vodi zapise o stanju bolezni.

Študenti se boste s kroničnimi boleznimi v podrobnostih seznanili pri drugih predmetih, pri predmetu družinska medicina in na vajah pa se boste posvetili predvsem vodenju bolnikov, njihovi vključenosti v lastno zdravljenje in spremljanju kakovosti vodenja. V nadaljevanju so le posamični zgledi kroničnih bolezni. Več o tem boste izvedeli v višjem letniku.

6.6.1 Astma

6.6.1.1 Opredelitev in pogostost astme

Astma je kronično nebakterijsko trajno vnetje dihalnih poti in ob zagonu bolezni kaže spremenljivo obstrukcijo dihal kot posledico bronhokonstrikcije. Pojavlja se pri 2-6 % prebivalcev. V ambulanti z 2.000 bolniki pričakujemo približno 80 astmatikov. Simptomi astme so praviloma intermitentni. Praviloma so najbolj izraženi v zgodnjih jutranjih urah ali ob telesnem naporu:

- kašelj,
- piskanje,
- dušenje,
- izmeček,
- tiščanje v prsnem košu.

Najpogostejši sprožilci simptomov astme so virusne okužbe dihal, alergeni (hišna pršica, alergeni toplokrvnih živali, plesni, pelodi, alergeni v delovnem okolju), cigaretni dim, smog, gastroezofagealni refluks, zdravila (aspirin, blokatorji beta), telesna obremenitev.

V nekaterih primerih je postavitev diagnoze astme možna tudi s pomočjo merjenja maksimalnega pretoka ob izdihu v ambulanti ali na domu. Dnevna variabilnost, večja od 20 %, je značilna za astmo. Ob sumu na specifičen alergen je na mestu alergološko testiranje. Sočasno s postavitvijo diagnoze ocenimo še hudost astme, ki jo poskušamo razvrstiti v eno izmed 4 kategorij:

- intermitentna astma,
- blaga perzsitentna astma,
- zmerna perzistentna astma in
- huda perzistentna astma

Za astmo so značilna poslabšanja, ki so lahko:

- blaga (bolnikov PEF pade, vendar ne pod 80 % predvidene vrednosti),
- zmerna (simptomi so moteči, PEF se manjša na 50 – 80 % predvidene vrednosti),
- težka (bolnik je prizadet, PEF pade pod 50 % predvidene vrednosti).

6.6.1.2 Akutni astmatični napad

Poslabšanje se kaže kot progresivno dušenje s kašljem in piskanjem v prsnem košu. Avskultatorno je ekspirij podaljšan s polifonimi piski, PEF je pod normalnimi vrednostmi. Pri hudem napadu bolnik navadno sedi, ne more izgovoriti celega stavka v eni sapi, je tahikarden (>110/min) in tahipnoičen (>25/min), diha s pomožno dihalno muskulaturo, PEF pade pod 50 % maksimalne vrednosti, pojavi se paradoksni pulz. Življenje bolnika je v nevarnosti, če nastopi »tih prsni koš«, cianoza, bradikardija ob hudi tahipneji in hipoksemija s hiperkapnijo, PEF pade pod 30 % maksimalne vrednosti.

Zmerne napade astme zdravimo z inhalacijskimi bronhodilatatorji in kortikosteroidi po znanih shemah aplikacije, običajno jih prekinejo bolniki sami. Hud astmatični napad potrebuje aktivno parenteralno in inhalatorno zdravljenje. Bolniku po nosnem katetru dovajamo kisik 2-5 l/min; inhalacija bronhodilatatorja (hitro delujoči npr. salbutamol, fenoterol, fenoterol z ipratropijem) – preprosta shema je 4 vpihi takoj, nato do izboljšanja 2 vpiha vsakih 5-10 minut; če ocenimo napad za zelo resen, se odločimo za adrenalin 0,3 mg i.v.(s.c.); i.v. aplikacija kortikosteroida (metilprednisolon 60 mg ali hidrokortizon 200 mg); kot zdravilo tretjega izbora pride v poštev tudi aplikacija teofilina 5-6 mg/kg TT intravenozno počasi v infuziji (pri kardiopatih je potrebna še večja previdnost zaradi možne tahiaritmije.). Če se stanje ne izboljšuje ali celo ogroža bolnikovo življenje, je potrebna

sedacija in relaksacija bolnika ter umetna mehanska ventilacija.

6.6.1.3 Vodenje astmatika

Cilj je naučiti bolnika, da sam spremlja stanje svoje bolezni in zdravljenja ter tako pravočasno ukrepa v primeru poslabšanja. Pri tem ga naučimo uporabljati merilec maksimalnega pretoka zraka (PEF-meter) in pravilne uporabe pršilnikov. Za spremljanje uporabimo vložni list za bolnika z astmo.

Osnovni koncept vodenja astme temelji na dveh postavkah:
- astma je vnetje; potrebno je zdraviti vnetje – preprečevalci – inhalacijski glukokortikoidi so najmočnejše protivnetno zdravilo;
- pri poslabšanju je treba zdraviti obstrukcijo – olajševalci – kratkodelujoči beta 2 agonisti so najmočnejši bronhodilatatorji.

Cilj zdravljenja astme je doseči čim boljši **nadzor nad boleznijo**, kar pomeni, da ima bolnik čim manj težav zaradi astme. Spremljamo več dejavnikov:
- simptome astme (dnevni, nočni),
- uporaba olajševalcev,
- jutranji PEF,
- poslabšanja astme,
- hospitalizacije,
- neželene učinke zdravljenja, ki zahtevajo spremembo terapije.

Popoln nadzor pomeni, da je jutranji PEF vedno več kot 80 % vrednosti, da nima bolnik nobenih simptomov astme, da nima nočnih prebujanj, nima poslabšanj, ne potrebuje olajševalcev, nima hospitalizacij, nima neželenih učinkov zdravil.

Dober nadzor pa pomeni, da uporablja olajševalce 1- do 2-krat tedensko, da ima zelo blage simptome astme (do 2-krat tedensko), da je jutranji PEF vsak dan več kot 80 % maksimalne vrednosti, da nima hospitalizacij, nima poslabšanj, nima neželenih učinkov zdravil.

Ključnega pomena je preprečevanje sprožilnih dejavnikov in s tem poslabšanj za poslabšanje astme. Med te ukrepe sodijo:
1. Kontrola domačega okolja

Večina alergenov izvira iz domačega okolja. Zlasti pomembne so pršice, ki jih najdemo v posteljnini, domače živali, zlasti psi in mačke. Pomisliti je treba na nenadno izpostavljenost mrazu ter na infekcije, ki tudi poslabšajo astmo.

Pomembno je, da astmatik živi v nekadilskem ozračju. Posebna težava je astma, kadar jo povzroča alergen na delovnem mestu. V tem primeru je smiselna sprememba delovnega mesta, tudi preko invalidske ocenitve.

2. Ostale bolezni

Nekatere bolezni lahko poslabšajo astmo (nosni polipi, gastroezofagealni refluks), zato je pomembno, da se nanje ustrezno odzovemo.

3. Imunoterapija

Pri znanih alergenih je imunoterapija lahko učinkovita, zlasti pri mlajših bolnikih.

4. Cepljenje

Bolniki, ki imajo astmo, naj bi bili cepljeni proti influenci (vsako leto) in proti pnevmokoku (vsakih 5 let).

5. Telesna aktivnost

Dobra telesna kondicija sicer ne izboljša pljučne funkcije, vendar bistveno prispeva k izboljšanju kardiopulmonalne sposobnosti astmatičnega bolnika.

Zdravniki pogosto omalovažujemo pomen bolnikove družine. Prav pri astmi je pomen razumevanja družinskih odnosov bistveno pomembno. Astma s svojo kroničnostjo velikokrat usodno poseže v delovanje družine, ki se (pogosto po nepotrebnem) začne omejevati v svojem življenjskem slogu in zmanjša število aktivnosti, ki so sicer koristne za dobro delovanje družine. Zato je toliko bolj pomembno, da so tudi družinski člani obveščeni o tem, kakšne so potrebne omejitve v njihovem življenju, pa tudi, katere omejitve niso potrebne. Najboljši vpogled v družino dobimo, če opravimo hišni obisk, zlasti tedaj, kadar vidimo, da zdravljenje ne poteka tako uspešno, kot pričakujemo. Bolnikov dom pogosto omogoča natančen vpogled v okolje in navade, ki lahko pomembno vplivajo na bolezen. Na domu lahko tudi zelo hitro ugotovimo, s katerimi alergeni je bolnik lahko v stiku in praktično svetujemo, kako jih odvrniti.

Ustreznega vodenja bolnika z astmo si ne moremo predstavljati brez ustrezne organizacije, pri kateri so pomembni naslednji elementi:

- Aktivna vloga ostalih članov delovne skupine

Veliko postopkov, povezanih z vodenjem astmatičnega bolnika je takih, da jih lahko uspešno izvede tudi drug, ustrezno izobražen medicinski kader. Sem sodijo predvsem medicinske sestre, ki so dragoceni pomočniki predvsem pri zdravstveni vzgoji tako bolnikov kot njihovih družin.

- Aktivno vodenje bolnika

Vse ambulante, ki želijo imeti astmatične bolnike ustrezno urejene, morajo poskrbeti za ustrezen sistem naročanja, ki bo omogočil, da se

bolniki brez nepotrebnega čakanja oglasijo v ambulanti pripravljeni. Gre za administrativno proceduro, ki jo mora izvajati medicinska sestra, nadzira pa zdravnik, ki določi intervale pregledov.

- Urejena dokumentacija

Ogledalo uspešno vodenega bolnika je ustrezno urejena kartoteka. Kartoteka bolnika z astmo naj bi bila posebej označena, po možnosti naj bi bil nastavljen register astmatikov. Na tak način bo lahko odkrival tiste, ki niso pravočasno prišli na kontrolni pregled, in se pravočasno odzval. Med administrativnimi podatki ne sme manjkati bolnikova telefonska številka, izpolnjena mora biti problemska lista, iz katere so razvidne bolnikove alergije, najbolje je, da imamo poseben list kroničnega bolnika, v katerega vpisujemo tiste parametre, s pomočjo katerih spremljamo stanje astme. Pomembno je tudi, da je seznam trajne terapije pregleden.

Zdravnik v ambulanti, kjer sestra svojo strokovnost zapravlja izključno z izpolnjevanjem obrazcev, kjer se bolniki oglasijo takrat, kadar se jim zazdi potrebno, in ne takrat, ko se za pregled dogovorijo ali kjer dokumentacijo predstavljajo neurejene kartoteke, iz katerih je nemogoče razbrati kaj več kot datume obiskov, pač ne more računati, da bo svoje bolnike uspešno vodil.

Na specialistično raven sodijo naslednji primeri astmatikov:

- novo diagnosticirani bolniki,;
- sum na poklicno astmo,
- pogoste egzacerbacije bolezni,
- ocena trajne delanezmožnosti,
- simptomi, ki perzistirajo kljub visokim odmerkom kortikosteroidov,
- načrtovanje zdravljenja s kisikom na domu.

VLOŽNI LIST ZA BOLNIKA Z ASTMO

Ime in priimek bolnika: _____Datum izpolnjevanja:_____

Rojstni datum bolnika: _____

Označite odgovor, ki najbolj ustreza trenutnemu zdravstvenemu stanju bolnika:

Simptomi (kašelj, tiščanje v prsih...)	enkrat ali večkrat na dan	2 do 6X na teden	enkrat na teden	enkrat na mesec	redkeje	nikoli
Nočna prebujanja zaradi kašlja ali dušenja	enkrat ali večkrat na dan	2 do 6X na teden	enkrat na teden	enkrat na mesec	redkeje	nikoli
Uporaba olajševalca	enkrat ali večkrat na dan	2 do 6X na teden	enkrat na teden	enkrat na mesec	redkeje	nikoli
Kako pogosto pozabite vzeti preprečevalec	enkrat ali večkrat na dan	2 do 6X na teden	enkrat na teden	enkrat na mesec	redkeje	nikoli

Izmerite (ali prepišite z izvida specialista) PEF in (zelo zaželeno) tudi FEV_1

	Absolutna vrednost	***% najboljše vrednosti ali norme***
PEF		
FEV_1		

OCENITE TRENUTNO STOPNJO HUDOSTI ASTME

Stopnja hudosti astme	intermitentna	blaga perzistentna	zmerna perzistentna	huda perzistentna

6.6.1.4 Demonstracija aplikacije zdravila s pršilnikom

Pri vzpostavitvi dobrega sodelovanja bolnika pri zdravljenju je pomemben pouk pravilne uporabe pršilnika, ki mu jo moramo znati pokazati, da bo pred vpihom odstranil pokrovček, primerno pretresel pršilnik, pršilnik držal v pravilnem položaju (pravilno obrnjen z odprtino proti ustom in posodico navzgor), pršilnik držal v pravilni oddaljenosti pred usti (4-5cm), globoko izdihnil pred vpihom iz pršilnika, usklajeno vdihnil skozi usta in vpihnil iz pršilnika, zaprl usta po vpihu iz pršilnika, zadržal dih dovolj dolgo po vpihu, pred drugim vpihom ponovno primerno pretresel pršilnik in po vpihu kortikosteroidi usta splaknil.

6.6.1.5 Uporaba vdihovalnika (inhalerja)

Podobno moramo znati pokazati uporabo vdihovalnika, da bo bolnik pred vdihom pripravil kapsulo in inhaler, ga držal pravilno, približal k ustom, globoko izdihnil pred vdihom iz vdihovalnika, vdihnil skozi inhaler, zaprl usta po vdihu, zadržal dih dovolj dolgo po vdihu in po vdihu kortikosteroidi usta splaknil.

Študenti se boste z vodenjem astmatikov in z uporabo PEF metra, pršil in vdihovalnika srečali na vajah z asistenti, na vajah v splošnih ambulantah in v ambulanti NMP.

6.6.2 Kronična bolečina v križu

6.6.2.1 Opredelitev in pogostost bolečine v križu

Bolečina v križu je ena najpogostejših pritožb bolnikov v ambulantah družinske medicine. Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) prizadene vsaj enkrat v življenju približno 80 % ljudi. V Sloveniji so bolezni mišično skeletnega sistema drugi najpogostejši vzrok za obisk pri zdravniku družinske medicine, takoj za boleznimi dihal. V industrializiranih državah predstavlja bolečina v križu velik zdravstveni in ekonomski problem. V 75 % so ti ljudje v najbolj produktivnem obdobju, stari od 30 do 55 let.

6.6.2.2 Diagnoza bolečine v križu

Bolečina v križu je bolečina v predelu lumbosakralne hrbtenice in sakroiliakalnih sklepov. Akutna bolečina v križu traja manj kot šest tednov, kronična več kot tri mesece. Več težav imajo težki fizični delavci, pogosteje

zbolijo kadilci, ni pa razlik med ženskami in moškimi. Vzroki akutne bolečine so v 90 % nespecifični. Najpogosteje gre za dolgotrajni prisilni položaj, neustrezne sedeže ali neustrezno višino delovnega pulta, za slabo telesno pripravljenost in nepravilno dvigovanje in/ali dvigovanje težkih bremen.

Rentgensko dokazane degenerativne spremembe ne sovpadajo z jakostjo bolečine. Le nekaj odstotkov bolnikov pa ima tudi organski vzrok (*hernijo diskusa, spondilolistezo, spondilolizo, lumbalizacijo prvega sakralnega ali sakralizacijo zadnjega lumbalnega vretenca, osteoporozo, zlom, tumor, infekcijo, vnetno revmatsko bolezen, spinalno stenozo, fibromialgijo, fibrozitis idr.)* ali pa bolezni drugih organskih sistemov (*npr. rodil, prostate, ledvic idr.*), ki se prav tako lahko kažejo z bolečinami v križu. Pogosto se bolniki pritožujejo zaradi kronične bolečine v križu. Dejavniki tveganja za prehod v kronično obliko so neprekinjena bolniška odsotnost zaradi bolečine v križu, daljša od enega meseca, bolečina, ki seva v nogo, pozitiven Lasegueov test, slaba telesna pripravljenost, kajenje in alkohol. Še posebej moramo biti pozorni na psihosocialne dejavnike in simptome depresije, ki se dostikrat odražajo tudi z bolečino v križu.

V anamnezi postavljamo vprašanja tako, da najprej poskušamo ugotoviti, kateri organ povzroča glavnino težav. Bolnika sprašujemo z vzorci, značilnimi za določene bolezni: za bolezni gibalnega sistema je značilno, da so povezane s položajem telesa oz. z gibanjem. V mirovanju praviloma popustijo, kar velja predvsem za artroze in poškodbe. Pri lumboishialgijah se bolečina zmanjša oz. popusti pri določenem položaju. Tumorska in vnetna bolečina sta običajno stalnejši, močnejši in ne popustita, ko se bolnik uleže. Prisotne so tudi ponoči. Vnetna spondiloartropatija se pogosteje pojavlja pri moških, mlajših od 40 let. Bolnik se pritožuje nad jutranjo okorelostjo. Pri herniaciji diskusa se bolečina, ki sega tudi v spodnjo okončino, poveča pri predklonu ali sedenju; ko bolnik vstane, se bolečina zmanjša. Bolnik ima pridružene nevrološke izpade. Pri spinalni stenozi bolnik praviloma čuti bolečine tudi v obeh spodnjih okončinah (*prisotne so nevrogene klavdikacije; prisotnost perifernih pulzov pa izključuje periferno okluzivno arterijsko bolezen*), ki pa se povečajo pri hoji in drugih telesnih aktivnostih, olajšanje zanj pa je sedenje. Bolnika moramo vedno obravnavati celostno in misliti tudi na bolezni drugih sistemov, ki se lahko kažejo s podobno klinično sliko (*npr. ledvične bolezni, abdominalna anevrizma, srčni infarkt, retroperitonealni tumorji*).

Klinični pregled bolnika z bolečinami v križu začnemo z natančnim opazovanjem hoje, drže in izraza bolnika. Že pri hoji je mogoče opaziti, da je bolnik nagnjen v eno stran ali se drži v predklonu. Natančno ga opazujemo,

ko se usede. Bolnik z išijazom se usede zelo tipično: z rokami se nasloni na stol, na sedalo se usede najprej z zdravo stranjo oz. se sploh noče usesti. Bolniku ocenjujemo predklon, zaklon, odklon, za ugotavljanje lumbalne fleksije naredimo test po Schobru (razprtje posteriornih elementov lumbalne hrbtenice za manj kot 2,5 cm je ločljiv, vendar ne občutljiv znak ankiloznega spondilitisa) in pretipamo paravertebralno muskulaturo (spazem). Tipamo tudi spinalne nastavke (pri spondilolistezi lahko otipamo stopničko med vretenci). S hojo po prstih in petah ocenjujemo plantarno dorzifleksijo oz. dorziekstenzijo. Pregled bolnika z bolečino v križu nadaljujemo v ležečem položaju. Preverimo boleče točke na mišicah in bolečnost sakroiliakalnih sklepov (v položaju na trebuhu hiperekstendiramo kolk – dvignemo ga od podlage in istočasno pritisnemo nanj, tj. Menelov znak). V nadaljevanju bolnika še nevrološko pregledamo. Najprej naredimo test po Lasegueu, ki je zelo uporaben za ugotavljanje prizadetosti korenin L1 in S5, a je pogosto negativen pri bolnikih s spinalno stenozo. Pozitiven kontralateralni Lasegueov test je občutljiv, vendar slabo ločljiv znak bolnikov z diskus hernijo. Nato pregledamo še senzibilnost, motoriko in reflekse. Iščemo tudi morebitno razliko v dolžini nog, ugotavljamo gibljivost kolka in potipamo abdominalno aorto. Leže na trebuhu izvedemo nateg femoralnega živca. Pozorni moramo biti tudi na znake pretiranega odziva bolnika na preiskavo: močno znojenje, neprimerna verbalizacija, izraz na obrazu, kolaps.

V diagnostiki si moramo zastaviti in odgovoriti na naslednja vprašanja:

- Ali je bolečina posledica hujše patologije lumbosakralnega dela hrbtenice?
- Ali je zaradi kompresije živčnih korenin ali perifernih živcev potrebna operacija?
- Ali je bolečinam vzrok sistemska bolezen?
- Ali je bolečina prenesena od drugih organskih sistemov?
- Ali so pridruženi bolečini psihosocialni dejavniki?

Za večino bolnikov lahko dobimo odgovor s pomočjo dobre anamneze in statusa:

- enostavna bolečina v križu (v 90 %):
  - bolniki so stari med 20 – 50 let,
  - bolečina se pojavi v ledvenem predelu, stegnih, mečih,
  - bolnik ni prizadet,
  - napotitev k specialistu ni potrebna;
- radikularna bolečina v križu:
  - bolečina v nogi je hujša kot bolečina v križu, seva v stopalo ali prste,

    - bolniki navajajo mravljinčenje oz. parestezije po dermatomu,
    - test po Lasegueu je pozitiven,
    - najdemo posamezne nevrološke izpade;
- hujša patologija lumbosakralnega dela hrbtenice (vnetne bolezni, okužbe, tumorji, presnovne bolezni, poškodbe):
    - bolečina se pojavi pri bolnikih, starih manj kot 20 let oz. več kot 50 let,
    - v anamnezi bolniki navajajo izgubo telesne teže, zdravljenje s kortikosteroidi, raka v družini, slabše počutje, vročino, akutno poškodbo,
    - najdemo nevrološke izpade po več dermatomih;
- sindrom kaude ekuine:
    - bolečina je praviloma zelo huda in obojestranska,
    - bolniki imajo težave pri mikciji in defekaciji,
    - najdemo motorične izpade in odsotnost refleksov obeh okončin,
    - najdemo senzorične napade okoli anusa, perineja in genitalij,
    - mišični tonus analnih sfinktrov je zmanjšan;
- vnetne sistemske bolezni:
    - bolniki so stari manj kot 40 let;
    - prisotna je jutranja okorelost;
    - gibljivost hrbtenice je omejena v vse smeri;
    - prizadeti so lahko tudi sklepi, oči, koža, prebavila.

Pozorni moramo biti še posebej pri kronični bolečini, na psihosocialne dejavnike (*pridruženi simptomi depresije, nezadovoljstvo doma, na delovnem mestu)*, ker so lahko samostojen ali pridružen vzrok kronične bolečine v križu, zato je zdravljenje kompleksno in primarno osredotočeno na zdravljenje depresije oz. preprečevanje psihosocialnih težav.

V tabeli 6.7 je prikazana diferencialna diagnoza bolečine v križu. Ker v Sloveniji še nimamo zbranih podatkov glede pogostnosti posameznih vzrokov bolečine v križu, so za orientacijo v oklepaju prikazani odstotki posameznih vzrokov pri bolnikih, starih od 30-65 let, iz ameriške statistike. Pri bolnikih, starejših od 65 let, so pogostejši vzroki bolečinam v križu tumorji, kompresijski zlomi vretenc, spinalna stenoza in anevrizma aorte.

MEHANSKA BOLEČINA V KRIŽU (97 %)	NEMEHANSKA PATOLOGIJA HRBTENICE (1 %)	BOLEZNI TREBUŠNIH ORGANOV (2 %)
Idiopatska bolečina v križu (70 %) Degenerativne spremembe sklepov in medvretenčne ploščice (10 %) Herniacija diskusa (4 %) Spinalna stenoza (3 %) Fraktura vretenc zaradi osteoporoze (4 %) Spondilolisteza (2 %) Travmatska fraktura (<1 %) Kongenitalne bolezni (<1 %)	Tumorji (0,7 %) Infekcije (0,01 %) Vnetni artritis v sklopu sistemskih bolezni (0,3 %)	Bolezni pelvičnih organov - *Prostatitis* - *Endometrioza* - Bolezni ledvic - *Nephrolithiasis* - *Pielonefritis* - *Absces* - Anevrizma aorte - Bolezni prebavil - *Pankreatitis* - *Cholecystitis*

Tabela 6.7. *Diferencialna diagnoza bolečine v križu.*

Laboratorijskih in rentgenskih preiskav rutinsko ne delamo. Številne raziskave so namreč pokazale, da ni signifikantno značilnih povezav med rentgenskimi spremembami lumbosakralne hrbtenice in klinično sliko bolečine v križu. Nedvomno pa sta ti dve preiskavi dober diagnostični pripomoček pri sumu na tumor, spondilolizo, spondilolistezo, vnetje hrbtenice ali zlom vretenc. Magnetna resonanca dobro prikaže mehka tkiva (*herniacije tkiva in tumorje mehkih tkiv*), medtem ko računalniška tomografija bolje prikaže kortikalno kost (*osteoartritis*). Preiskavi sta indicirani v primeru hudih nevroloških izpadov oz. suma na infekcijo ali tumor, ki ga nismo mogli potrditi z rentgenom lumbosakralno. Scintigrafijo skeleta naredimo, ko posumimo na osteomielitis oz. ko z do sedaj omenjenimi preiskavami suma na infekcijo ali tumor še vedno nismo potrdili.

6.6.2.3 Ukrepanje pri bolečini v križu

Približno 80-90 % bolnikov, ki zbolijo za akutnimi bolečinami v križu, se

navadno v šestih tednih tudi pozdravi. Veliko se jih vrne na delo že po sedmih do desetih dneh. Po drugi strani pa statistični podatki kažejo, da je verjetnost vrnitve na delo samo še 50 %, če je bolnik v staležu šest mesecev, po dveh letih pa skoraj ni več možnosti, da bi se bolnik na delo še vrnil. Čeprav je ozdravitev akutne bolečine zelo pogosta, pa so ponovitve in prehod v kronično obliko v naslednjih šestih mesecih možne kar v 40 %.

Namen zdravljenja je odpraviti ali zmanjšati bolečino, čimprej doseči normalno gibljivost hrbtenice in sklepov ter obnoviti normalno delovanje vsega mišičja. Za zmanjševanje oz. preprečevanje bolečine sta najučinkovitejša paracetamol in NSAR. Bolnik naj zdravila prejema dva do štiri tedne redno in ne po potrebi. Narkotiki niso nič bolj učinkoviti kot NSAID, imajo pa številne stranske učinke, zato se jih izogibamo. Protibolečinska fizioterapija (*elektroterapija, krioterapija in ekstenzijska terapija*) je pri nas v vsakdanji praksi zelo pogosto uporabljena metoda. V več raziskavah po svetu pa so dokazali, da fizioterapija ni učinkovita niti glede hitrejšega okrevanja v akutni fazi niti ni vplivala na število ponovnih napadov in prehoda v kronično obliko. Zato fizioterapijo po svetu svetujejo le v primeru, ko bolečine po šestih tednih še vedno vztrajajo.

Še pred kratkim smo bolnikom v akutni fazi svetovali počitek od 1 do 2 tednov. Vse več randomiziranih raziskav pa dokazuje, da počitek v postelji ni nič bolj učinkovit kot placebo. Nasprotno. Nadaljevanje dnevnih telesnih aktivnosti in čim več gibanja (seveda kolikor to dopušča bolečina) vodi v hitrejše okrevanje v primerjavi s placebom in zmanjša tako kronično onesposobljenost kot tudi odsotnost z dela. Danes se počitek od 2 do 3 dni priporoča le pri bolnikih z akutno radikulopatijo in kadar so bolečine kljub analgetikom tako hude, da gibanja ne dopuščajo.

6.6.2.4 Vodenje kroničnega bolnika z bolečino v križu

Telesne vaje so pomemben del preprečevanja ponovitev oz. zdravljenja kronične bolečine v križu, niso pa primerne za zmanjševanje simptomov akutne bolečine. Točnega mehanizma delovanja še ne poznamo, vsekakor pa ima pomembno vlogo krepitev obhrbteničnih mišic. Bistvenega pomena je, da se vaje izvajajo pravilno. Najbolje je, da poleg pisnih navodil bolnika vaje nauči tudi fizioterapevt. Fizioterapevt bo ugotovil, katere vaje bolniku najbolj pomagajo, bodisi da gre za fleksijske ali pa ekstenzijske vaje. Ko je bolnik brez bolečin in svoje vaje dodobra obvlada, mu svetujemo tako imenovan stabilizacijski program, kjer bolnik krepi mišice celotnega organizma, povečuje gibljivost ne samo lumbosakralne hrbtenice, temveč

tudi v vseh sklepih spodnjih okončin. Postopoma naj se vključi v kak aerobičen program (šola za križ). Če bolnik vaje izvaja pravilno in redno, smo dosegli naš namen.

Bolniki morajo pri zdravljenju sodelovati aktivno, zato jih moramo dobro poučiti o naravi bolezni. Bolnika moramo poučiti, kaj je zanj dobro in kaj slabo, da bi čimprej vzpostavil vsakodnevne dejavnosti in se vrnil na delovno mesto. Bolniki naj se naučijo pravilno izvajati vaje za krepitev obhrbteničnih mišic, pravilne drže, sedenja in dvigovanja bremen. Tega se lahko naučijo tudi na fizioterpaiji, kamor jih lahko napotimo z delovnim nalogom. V delovno skupino pa niso vključeni le fizioterapevti in ortopedi, temveč tudi psihiatri in psihologi.

Bolnika napotimo h kliničnemu specialistu (ortopedu, nevrologu) v primeru,
- ko kljub terapiji ni izboljšanja v 4-6 tednih,
- ko so nevrološki izpadi hudi oz. pri poslabšanju le-teh,
- ko laboratorijski in rentgenski izvidi kažejo na hujšo patologijo lumbosakralnega dela hrbtenice (tumor, zlom, osteoporoza, okužba, spondilolisteza, spondiloliza),
- kadar hujše patologije lumbosakralnega dela hrbtenice s testi nismo potrdili, kljub temu pa nanjo sumimo,
- kadar sumimo na sindrom kaude equine - napotitev je potrebna takoj.

Študenti se boste z bolniki z bolečinami v križu kot primerom pogoste bolezni, ki bolnikom predstavljajo pomembno oviranost, zdravnikom pa obilo dela zaradi dolgotrajnega in kroničnega poteka bolezni ter s tem povezanimi vprašanji o zmožnosti za delo, spoznali na vajah v splošni ambulanti in v ambulanti NMP ter še posebej na vajah z asistentom v povezavi z racionalno uporabo fizioterapije za lajšanje bolečin.

6.6.3 Migrena

6.6.3.1 Opredelitev in pogostost

Migrena je prehodna, ponavljajoča se živčnožilna motnja. Pojavlja se v obliki migrenskih napadov, za katere je značilen zmeren do hud glavobol, običajno enostranski. Spremljajo ga slabost, bruhanje, preobčutljivost za svetlobo in zvok.

Migrena je ena najpogostejših oblik glavobola, ki ogroža približno 12 % ali več odrasle populacije. Pogostejša je pri ženskah. Lahko se začne v otroštvu in svoj vrh pojavnosti, ki je bolj izrazit pri ženskah, doseže med tretjo in četrto dekado življenja, nato s starostjo upada, razen pri nekaterih bolnicah, pri katerih se spet pojavi v meni. Približno 23 % družin ima vsaj enega družinskega člana, ki trpi za migreno. Belci pogosteje zbolijo za migreno kot ljudje drugih ras. Migrena ima velik vpliv na bolnikovo socialno in družinsko življenje: 76 % bolnikov poroča, da ne more opravljati hišnih del vsaj en dan v treh mesecih, 67 % bolnikov ima zmanjšano storilnost v gospodinjstvih za polovico. 53 % bolnikov poroča o zmernem glavobolu, ki vpliva na njihove dnevne dejavnosti ali celo potrebujejo počitek v postelji; 32 % bolnikov in 49 % bolnic z migreno izostane najmanj enkrat letno od dela in 15 % bolnikov ima migreno 8 do 14 dni letno. Le slaba polovica bolnikov obišče zdravnika družinske medicine, 57 % bolnikov pa se zdravi z različnimi zdravili v prosti prodaji (OTC zdravili), zdravniki predpišejo recepte za katere koli zdravilo za migreno v 40 % primerov, 3 % bolnikov pa se sploh ne zdravi. Spremljanje bolnikov ni urejeno in slaba zdravstvena oskrba vodi v številne probleme: veliko odsotnost od dela, preveliko uporabo analgetikov in nastanek kroničnega dnevnega glavobola.

6.6.3.2 Diagnoza

Migrena ni enovita klinična entiteta: razlikuje se po pogostosti, trajanju glavobolov, intenziteti bolečine, spremljajočih simptomih in stopnji vpliva na kakovost življenja bolnikov. Ena od glavnih značilnostih migrenskega napada je periodičnost in med napadi je bolnik brez simptomov. *Diagnostični kriteriji migrene brez aure so:*

A. Najmanj 5 napadov, ki izpolnjujejo merila od B do Č.

B. Napadi glavobola trajajo 4-72 ur (nezdravljeni ali neuspešno zdravljeni)

C. Prisotni sta najmanj dve od naslednjih značilnosti bolečine:

1. enostranska,
2. utripajoča,
3. zmerna ali huda intezivnost, ki preprečuje dnevne aktivnosti,
4. poslabšanje pri hoji po stopnicah ali podobnih fizičnih aktivnostih.

Č. Med napadom je prisotna najmanj ena od naslednjih skupin simptomov:

1. slabost in/ali bruhanje,
2. fotofobija in fonofobija.

D. Ne gre za drugo motnjo.

Diagnostična merila migrene z avro, ki jo ima 10 do 20 % ljudi, so:

A. Najmanj 2 napada, ki izpolnjujeta merila od B do Č.
B. Prisotne so najmanj tri od naslednjih značilnostih:
   1. Prisotnih je eden ali več vidnih simptomov avre, ki so popolnoma reverzibilni.
   2. Prisotnih je eden ali več senzoričnih simptomov avre, ki so popolnoma reverzibilni.
   3. Prisotne so disfazične motnje, ki so popolnoma reverzibilne.

C. Prisotni sta najmanj dve od naslednjih značilnosti:
   1. Homonimni vidni simptomi in /ali enostranski senzorični simptomi.
   2. Najmanj en simptom avre, ki se je razvil v 5 minutah ali več in/ali različni simptomi avre, ki so si postopno sledili v 5 minutah ali več.
   3. Vsak od simptomov traja od 5 do 60 minut.

Č. Glavobolu sledi avri po prostem intervalu, ki je krajši od 60 minut (lahko začne tudi pred ali sočasno z avro).
D. Ne gre za drugo motnjo.

V času migrenskega napada se lahko pojavijo štiri ločena obdobja: premonitorno obdobje, obdobje avre, glavobola in umiritve.

Premonitorno obdobje se pojavi pri približno 40 % bolnikov do 48 ur pred nastopom glavobola, v povprečju pa 3 ure pred nastankom glavobola. Najpogostejši simptomi so: sprememba razpoloženja, razdražljivost, čezmerno zehanje, prekomerna žeja in želja po določeni hrani. Ker so simptomi nespecifični, jih bolnik običajno ne zazna in jih ne opisuje.

Avra traja 5 do 60 minut pred pojavom glavobola, ki sledi avri takoj ali po kratkem časovnem presledku. Glavobol se lahko začne tudi že med avro. Glede na čas in pojavnost trajanja delimo avro na tipično, prolongirano in nenadno. Kaže se z različnimi vidnimi, senzoričnimi in motoričnimi simptomi. Najpogostejši so vidni znaki različnih oblik: iskreči skotomi, bleščeča svetloba, cikcak črte, izpadi vidnega polja na enem ali obeh očesih. Senzorične motnje se kažejo kot parestezije po polovici telesa, motorične pa v obliki hemipareze ali disfazije. Lahko se pojavijo tudi kombinacije simptomov. Nekateri bolniki opisujejo tudi začasno slepoto ali metamorfopsijo. Pri mlajših bolnikih se lahko pojavijo kognitivne motnje in dezorientiranost.

Glavobol traja od 4 do 72 ur. Večinoma narašča postopoma, bolečina je zmerna do huda in se poslabša med fizično aktivnostjo. Več kot polovica bolnikov jo opisuje kot utripajočo bolečino. Običajno je enostranska, lahko pa se pojavi obojestransko, tudi v čelu in na obrazu. Premikanje glave bolečino poslabša, zato bolniki v tem obdobju migrenskega napada počivajo. Ob glavobolu se pojavi anoreksija, slabost in bruhanje. Bolniki imajo lahko konstipacijo ali diarejo. Roke in noge imajo mrzle in jih trese. Preobčutljivi so na svetlobo in zvok, zato ležijo v temni tihi sobi. Ob glavobolu se pojavljajo tudi utrujenost, bolečine v vratu, nestabilnost in omedlevica ob vstajanju.

Obdobja umiritve se pojavijo po prenehanju glavobola in trajajo do 24 ur. Bolniki so utrujeni, izčrpani in slabe volje.

6.6.3.3 Ukrepanje pri migrenskem napadu

Migrenske napade bolniki praviloma obvladujejo sami. Zdravnik jim utemeljeno predpisuje zdravila vnaprej za napade, ki se bodo šele pojavili in jim po potrebi odobri upravičeno odsotnost z dela. Bolniki le redko obiščejo zdravnika družinske medicine ali dežurnega zdravnika zaradi neposrednega analgetičnega zdravljenja. Cilj zdravljenja akutnega migrenskega napada je čimprejšnja ustavitev glavobola in spremljajočih simptomov, da se lahko bolnik v najkrajšem času vrne v normalno življenje.

Za blage do zmerne migrenske napade uporabljamo nespecifična zdravila, kot so nesteroidni antirevmatiki z ali brez antiemetiki. Po učinkovitosti in stranskih učinkih so med sabo primerljivi. Za zmerne in hude migrenske napade uporabljamo specifične protimigrenske analgetike, kot so ergotamini in triptani. Ergotamine zaradi neselektivnosti in stranskih učinkov opuščamo in uporabljamo bolj specifične novejše triptane, ki jih bolniki dobro prenašajo. Odzivnost na triptane je lahko različna in če eden izmed triptanov ni uspešno zdravil migrene, ga lahko zamenjamo z drugim triptanom ali drugačno obliko aplikacije (nosno pršilo, intramuskularna injekcija za samoinjiciranje).

6.6.3.4 Vodenje kroničnega bolnika z migreno

Obsega zdravljenje pričakovanih migrenskih napadov in ev. profilaktično zdravljenje ter potrdilo o upravičeni odsotnosti z dela ali od pouka v času hudega migrenskega napada. Bolnikom ponudimo dnevnik migrenskih napadov, ki nam pove pogostost in težo napadov ter sprožilne dejavnike in

učinkovitost vzetih zdravil.

Zdravljenje naj bi potekalo tristopenjsko: najprej ocenimo bolnikovo onesposobljenost zaradi migrene z MIDAS ali HIT-6 vprašalnikoma, nato izberemo zdravilo glede na stopnjo prizadetosti ter ocenimo učinkovitost in prenosljivost zdravila. Bolniku ga predpišemo v zadostni količini glede na pogostost in težo napadov.

Če so napadi zelo hudi in/ali pogosti, uvajamo profilaktično zdravljenje z namenom, da zmanjšamo pogostnost, trajanje in stopnjo migrenskih napadov. V ta namen uporabljamo beta blokatorje, nekatere antikonvulzive, triciklični antidepresiv amitriptilin in antidepresive iz skupine SSRI, zaviralce kalcijevih kanalčkov in magnezij.

Za optimalen način zdravljenja morata bolnik in njegov zdravnik izdelati načrt, kako naj se bolnik izogiba sprožilnim dejavnikom, ki sprožijo napad migrenskega glavobola. Najučinkovitejši ukrep je zmanjševanje stresa in anksioznosti, saj lahko sprožita ali poslabšata glavobol. Vedenjska terapija se priporoča vsem bolnikom in jim pomaga, da se izogibajo razvoju migrenskega glavobola. Metode so različne, njihova uspešnost pa ni vedno znanstveno preverjena s študijami. Tehnika bioloških povratnih zank in relaksacijska terapija sta uspešna pri preprečevanju migrenskih napadov v 30-40 %, vendar pa kombinacija obeh metod ni pokazala učinkovitosti. Okoli 20 % bolnikov zmanjša število migrenskih napadov, če se izogibajo sprožilnim dejavnikom, npr. rdečemu vinu. Antistresni programi zmanjšujejo pogostnost napadov in vpliv migrenskih napadov na bolnikovo življenje. Tudi fizikalna terapija, kot so: cervikalna manipulacija, masaža in telesna vadba, je pokazala ugoden učinek v smislu zmanjševanja stresa in s tem posledično zmanjševanja pogostnosti migrenskih napadov.

Študenti se boste z migreno seznanili kot s primerom kronične bolezni, pri kateri diagnostika bolezni sloni izključno na kliničnih veščinah in veščinah sporazumevanja ter je vključenost bolnika v lastno zdravljenje ključnega pomena. Drugi poudarek je na vlogi samozdravljenja na podlagi bolnikove lastne presoje kliničnih znakov. Tretji poudarek pa je na predpisovanju zdravil na zalogo, za prihodnjo pričakovano potrebo, kar sicer pri večini drugih bolezni ni strokovno utemeljeno.

6.6.4 Protin

6.6.4.1 Opredelitev in pogostost protina

Protin je kronična ponavljajoča se bolezen, ki poteka v obliki akutnih napadov (uričnega) artritisa. **Napad protina** – **urični artiritis** – se praviloma pojavi le v enem sklepu. Ob različnih napadih se lahko pojavlja v istem sklepu ali pa v različnih sklepih ali v več sklepih hkrati. Med pogostejšimi sklepi je sklep med prvo stopalnico in prvim členkom nožnega palca (I. metatarzofalangealni skelp). Ta napad imenujemo tudi podagra. Pogosto je prizadeti sklep tudi koleno, gleženj in tarzalni sklepi. Napad se navadno začne nenadoma, ponoči, s hudo bolečino, omejeno na prizadeti sklep in oteklino tega sklepa. Sklep postane vroč, koža nad njim pordela, napeta in boleča. Videz je podoben kot pri celulitisu. Vzrok za napad je nalaganje kristalov sečne kisline (urata) v sklepne ovojnice zaradi nasičenosti krvi s sečno kislino, kar povzroči aseptično vnetje sinovije in znake artritisa. Pojavlja se pri nekaterih bolnikih s hiperurikemijo (glej hiperurikemija) ob možnih sprožilnih dejavnikih: dietni prekrški, poškodba sklepa, preobremenitev sklepa, uživanje alkohola, hipouрična zdravila, kirurški poseg, huda splošna bolezen (npr. AMI, možganska kap). Več kot 80 % bolnikov predstavljajo moški srednjih let. Napad spontano mine v 3 do 10 dneh. Marsikateri bolnik ne išče zdravniške pomoči in se zdravi sam z analgetičnimi zdravili. V slovenskih splošnih ambulantah predstavlja protin 0,36 % vseh diagnoz, oz. v ambulanti z 2000 bolniki pričakujemo vsaj 11 bolnikov s protinom.

6.6.4.2 Diagnoza protina

Ob prvem napadu postavimo diagnozo klinično na podlagi značilne anamneze in klinične slike. Predvsem nas zanima ev. število napadov pred tem napadom, nastanek napada, pozanimamo se o sestavi in obsegu zaužite hrane in alkohola en dan pred napadom in pregledamo prizadeti sklep ter iščemo kronične znake protina (glej kronični zanki protina). Zanima nas tudi prisotnost bolezni pri bolnikovih sorodnikih in ev. bolezni in zdravljenja, pri katerih gre lahko za povečano nastajanje sečne kisline. Laboratorijske in druge preiskave za potrditev diagnoze niso potrebne. V laboratorijskih izvidih pa bi našli normalno ali zvišano vrednost sečne kisline in pospešeno ali normalno sedimentacijo. V diferencialni diagnozi moramo izključiti septični artritis in pomisliti na možnost drugih s kristali povzročenih artritisov ter na psoriatični artritis.

6.6.4.3 Ukrepanje pri protinu

Napad protina je akutna bolezen, ki jo v tej fazi zdravimo z nefarmakološkimi in s farmakološkimi ukrepi. Prizadeti sklep razbremenimo (počitek, začasna delanezmožnost) dokler trajajo hude bolečine. Za lajšanje bolečin uporabljamo nesteroidne antirevmatike, ki zmanjšujejo bolečino in lokalno vnetje. Za prekinitev napada lahko predpišemo kolhicin tablete v skupnem dnevnem odmerku 4-5 mg. Hipouričnega zdravljenja med prvim napadom ne uvajamo. Ker je namen jemanja hipuričnega zdravila zmanjšanje števila napadov, ga uvedemo šele po več napadih. Bolniku, ki pa že uživa hipourična zdravila, med napadom ne ukinjamo. Na kontrolo zaradi spremljanja izboljševanja in vodenja bolniškega staleža ga naročimo v 7 do 10 dneh, ko preverimo pričakovano zmanjševanje otekline in rdečine, kar nam potrjuje pravilnost diagnoze in preverimo stopnjo bolečine, ki nam je vodilo pri odločanju o delanezmožnosti. Posvet izkoristimo za pouk o ustrezni prehrani in drugih nefarmakoloških ukrepih za preprečitev naslednjih napadov. Z bolnikom glede na pogostost napadov naredimo načrt ev. profilakse napadov s hipouričnimi zdravili in/ali z jemanjem udarne doze kolhicina ob začetnih znakih napada. Preverimo tudi prisotnost drugih bolezni iz sindoma X, ki so pomembni za oceno srčnožilne ogroženosti in mu svetujemo zdrav življenjski slog.

6.6.4.4 Vodenje kroničnega bolnika s protinom

Vodenje kroničnega bolnika s protinom je model vodenja kroničnega bolnika, ki ga v celoti vodi in obravnava zdravnik družinske medicine. Cilj vodenja je zmanjšanje števila napadov in zmanjšanje kroničnih okvar sklepov in obsklepnih tkiv zaradi hiperurikemije ali ponavljajočih se vnetij. Hiperurikemijo znižujemo z ustrezno hipourično dieto in s hipouričnimi zdravili. Uspešnost ocenjujemo z normalizacijo ravni sečne kisline v krvi in z zmanjšanjem števila napadov. Ker je za uspeh ključno sodelovanje bolnika, ga stalno spodbujamo pri hipourčni dieti in ev. jemanju hipouričnih zdravil. Pri izraženih kroničnih spremembah ravnamo glede na stanje in prizadetost sklepa ali obsklepnega tkiva. Pri hipourični dieti je ključna izključitev jedi iz drobovine oz. jedi z veliko purinov in alkohola, zlasti piva in rdečega vina.

Hiperurikemija je koncentracija sečne kisline > 420 mikromol/L in je lahko posledica manjšega izločanja, večjega nastajanja ali kombinacije obojega. V okoli 90 % je vzrok v zmanjšanem ledvičnem izločanju sečne kisline. Podrobnejšo razdelitev ostalih vzrokov za hiperurikemijo najdete drugje. Pogosto se pojavlja v sklopu t.i. sindroma X, tj. hiperurikemija,

inzulinska rezistenca, debelost, arterijska hipertenzija in dislipidemija ter ateroskleroze. Hiperurikemija nima vzročnega vpliva na srčnožilne bolezni. **Asimptomatska hiperurikemija** je prisotna pri 5 % prebivalcev. Asimptomatske hiperurikemije ni potrebno zdraviti. Izjema so hiperurični bolnikih na citostatikih zaradi rakave bolezni, da bi preprečili urično nefropatijo. Asimptomatska hiperurikemija ni dokazana kot dejavnik tveganja za nastanek ledvičnih kamnov. Sistematično presejane bolnikov za odkrivanje asimptomatske hiperurikemije ni smotrno.

Pri protinu se pogosto pojavijo *kronični znaki protina*, ki so navadno posledica ponavljajočih se vnetij: kronično vneti Heberdenovi in Bouchardovi vozli, tofi (kolekcije kristalov) v kitah, ušesnih mečicah in v podkožju, cistične spremembe, tj. erozije na rentgenskih posnetkih prizadetih sklepov (Martelov znak) in tofi v mehkih obsklepnih tkivih. Hieprurikemija je povezana tudi z večjo verjetnostjo za nefrolitijazo in nefropatijo.

Študenti se boste s protinom kot primerom kronične bolezni seznanili kot z boleznijo, ki jo zdravnik družinske medicine skoraj izključno zdravi v celoti samostojno in pri kateri diagnostika bolezni sloni skoraj izključno na kliničnih veščinah in veščinah sporazumevanja ter je vključenost bolnika v preprečevanje napadov ključnega pomena.

6.6.5 Sladkorna bolezen tip II

6.6.5.1 Opredelitev in pogostost sladkorne bolezni

Sladkorna bolezen je skupina bolezni, za katere je značilna zvišana raven krvnega sladkorja. Sladkorna bolezen povzroča trajne okvare malih žil ledvic in oči (mikroangiopatija), velikih žil v obliki ateroskleroze (makroangiopatija) in drugih tkiv ali organskih sistemov. Pojavnost bolezni se veča s starostjo bolnikov in je pogostejša v genetsko obremenjenih skupinah prebivalstva. Bolezen prizadene ženske in moške v približno enakem razmerju, čeprav je razmerje med registriranimi sladkornimi bolniki v Sloveniji 1,3 : 1 v korist (škodo) žensk. Okoli 5 % prebivalcev, starejših od 20 let, ima diagnosticirano sladkorno bolezen, kar okoli 2,7 % pa imajo zvišano raven krvnega sladkorja na tešče, vendar ostajajo neodkriti. V Sloveniji je 3 % prebivalcev registriranih sladkornih bolnikov, ocenjujejo pa, da jih je 4 %. Kasni zaplet zvišane ravni krvnega sladkorja se kaže kot posledica sprememb na velikih in malih žilah, perifernem živčevju in očesni leči kot

- diabetična retinopatija, ki lahko privede do slepote;

- diabetična nefropatija, ki vodi v končno ledvično odpoved;
- periferna nevropatija, ki zveča možnost kroničnih razjed na nogah in ima za posledico amputacije udov;
- avtonomna nevropatija, ki prizadene delovanje želodca, črevesja, srca, ožilja, sečil in spolnih organov;
- večja nagnjenost k aterosklerozi velikih žil in večjo verjetnostjo možganske kapi, srčne kapi in periferne arterijske okluzivne žilne bolezni (srčnožilnih dogodkov).

6.6.5.2 Diagnoza sladkorne bolezni

Diagnozo postavimo na podlagi zvišane ravni krvnega sladkorja (dva- ali večkrat izmerjenih 7,0 mmol/l ali več krvnega sladkorja na tešče, oziroma 11,1 mmol/l ali več krvnega sladkorja po obremenitvenem testiranju (oralni glukozni toleranční test, angl. oral glucose tolerace test = OGTT) oziroma 11,1 mmol/l krvnega sladkorja izmerjenega kadarkoli) ali na podlagi prisotnosti zapletov sladkorne bolezni.

6.6.5.3 Vodenje kroničnega bolnika s sladkorno boleznijo

Bolezen prizadene duševno, čustveno, socialno in družinsko življenje bolnika in njegove družine. Bolnikom omogočimo redne kontrolne preglede za nadzor metabolnega stanja in za odkrivanje ter spremljanje kroničnih zapletov bolezni. Pri bolnikih skušamo čim prej odkriti eventualne žilne in druge okvare in jih ustrezno zdraviti. Potrebno je spremljanje ostalih dejavnikov tveganja za razvoj srčnih in žilnih bolezni. S tem želimo

- preprečiti razvoj slepote,
- preprečiti razvoj kroničnih razjed in ran stopal ter s tem zmanjšati število amputacij udov,
- preprečiti razvoj končne ledvične odpovedi in s tem zmanjšati potrebo po kronični dializi ali presaditvi ledvic.

Vodenje sladkornega bolnika se vrti okoli cilja zagotoviti čim boljšo metabolno kontrolo bolezni (tabela 6.8). Priporočena vrednost sladkorja v krvi je < 8,0 mmol/l oz. vrednost glikiranega hemoglobina < 7 %. To poskušamo doseči

- z ustrezno poučenostjo bolnika in svojcev o bolezni,
- z ustrezno dietno prehrano,
- z vzdrževanjem telesne teže,
- z zadostno telesno dejavnostjo,

- s telesno dejavnostjo in hujšanjem pri debelih,
- s samokontrolo bolezni,
- z jemanjem peroralnih zdravil, ko dieta ne zadošča,
- s prejemanjem inzulina, ko samo zdravila ne zadoščajo več.

Vodenje sladkornih bolnikov omogoča register sladkornih bolnikov in list sladkornega bolnika v zdravstvenem kartonu ali na računalniku, ki omogoča spremljanje kakovosti vodenja. Register daje zdravniku pregled nad populacijo sladkornih bolnikov in omogoča klicanje bolnikov, ki izostanejo pri načrtovanih kontrolah. Računalniški zdravstveni karton še hitreje opozori zdravnika na bolnika, ki zamuja na kontrolni pregled.

Redno spremljanje sladkornih bolnikov je namenjeno tudi zgodnjemu odkrivanju kroničnih okvar zaradi sladkorne bolezni in njihovemu zdravljenju.

Študenti se boste s sladkorno boleznijo seznanili kot s primerom kronične bolezni, ki je v Sloveniji še do nedavnega veljala za subspecialistično področje dela, sedaj pa se vedno bolj vrača v splošne ambulante. Spoznali boste pomen bolnikovega sodelovanja pri zdravljenju, saj življenjski slog bistveno vpliva na uravnanost bolezni in ostalih dejavnikov tveganja za srčnožilne bolezni.

Kaj spremljamo	*Ob prvem posvetu*	*Ob rednih kontrolah (3 – 6 mesecev)*	*Letni pregled*
Anamneza			
Socialna anamneza, življenjski slog	*X*	*X*	
Anamneza sladkorne bolezni	*X*	*X*	
Anamneza zapletov in znakov	*X*		*X*
Ostala anamneza	*X*		
Družinska obremenjenost s sladkorno boleznijo	*X*		*X*
Zdravila	*X*	*X*	*X*
Usposobljenost za samozdravljenje			
Samozdravljenje sladkorne bolezni	*X*	*X*	*X*
Izvidi samozdravljenja in merjenja krvnega sladkorja	*X*	*X*	*X*
Žilni dejavniki tveganja			
HbA1c (glikirani hemoglobin)	*X*	*X*	*X*
Krvni sladkor	*X*	*X*	*X*
Maščobe v krvi	*X*	*Če so povečane*	*X*
Krvni tlak	*X*	*Če je povečan*	*X*
Kajenje	*X*	*Če je prisotno*	*X*
Albuminurija	*X*	*Če je prisotna*	*X*
Pregled / zapleti			
Splošni pregled	*X*	*X*	
Teža / ITM	*X*	*X*	*X*
Pregled nog	*X*	*Če je povečan*	*X*
Pregled vida / očesnega ozadja	*X*	*Če so spremembe*	*X*
Proteinurija	*X*		*X*
Kreatinin	*X*	*Če je povečan*	*X*

Tabela 6.8. *Načrt spremljanja ob različnih oblikah kontrolnih pregledov.*

6.6.6 Zvišan krvi tlak

6.6.6.1 Opredelitev in pogostost zvišanega krvnega tlaka

Zvišan krvni tlak (arterijska hipertenzija) predstavlja enega izmed najpogostejših dejavnikov tveganja za bolezni srca in ožilja, ki v razvitem svetu predstavljajo najpomembnejši vzrok bolezni in smrtnosti. V Sloveniji je pogostnost zvišanega krvnega tlaka primerljiva z evropskimi državami; po podatkih epidemiološke raziskave iz leta 1985 je imelo hipertenzijo 42 % odraslih (4); po podatkih zadnje izmed raziskav CINDI je imelo ob koncu devetdesetih let arterijsko hipertenzijo skoraj 50 % odraslih Ljubljančanov.

Povsod po svetu se srečujejo z nezadostnim prepoznavanjem oseb z zvišanim krvnim tlakom in nezadostnim nadzorom krvnega tlaka. V evropskih državah ima manj kot tretjina bolnikov z arterijsko hipertenzijo dobro nadzorovan krvni tlak, zadnji podatki za Združene države Amerike, objavljeni v ameriških smernicah za hipertenzijo, pa govorijo o 34 % bolnikov z dobro nadzorovanim krvnim tlakom.

Odločitev o zniževanju krvnega tlaka ne temelji le na višini krvnega tlaka, temveč na oceni celokupnega tveganja za srčnožilno bolezen, kjer moramo poleg višine krvnega tlaka upoštevati tudi prisotnost drugih dejavnikov tveganja za srčnožilno bolezen, prizadetost tarčnih organov (srca, žil, ledvic) in prisotnost vzporednih kliničnih stanj (možganskožilne bolezni, bolezni srca, bolezni ledvic, perifernih arterij, napredovale retinopatije).

6.6.6.2 Diagnoza zvišanega krvnega tlaka

Ko ob pregledu ugotovimo visok krvni tlak, moramo ugotoviti, ali gre za kronično zvišan krvni tlak (vsaj tri meritve v hipertenzivnem območju ob treh različnih obiskih), kar pomeni hipertenzijo, ali je šlo zgolj za enkratno trenutno vrednost tlaka. Za krvni tlak je značilna velika spremenljivost med dnevom in med dnevi.

Kdaj bolnika naročimo na kontrolno merjenje, je odvisno od višine krvnega tlaka, morebitnih posledic na tarčnih organih ali že prisotna srčnožilna bolezen. Mejno zvišane vrednosti tlaka in majhna srčnožilna ogroženost zahtevajo kontrolo krvnega tlaka po nekaj mesecih, velika ali zelo velika ogroženost bolnika pa pomeni, da je potrebno postaviti diagnozo in začeti z zdravljenjem v nekaj dneh ali tednih.

Bolnika, pri katerem ne ugotovimo kronično zvišanega krvnega tlaka, naročimo na kontrolno merjenje krvnega tlaka čez eno leto, ob potrditvi diagnoze zvišanega krvnega tlaka pa nadaljujemo z diagnostičnim postopkom.

Z diagnostičnim postopkom ugotovimo
- višino krvnega tlaka,
- morebitno sekundarno arterijsko hipertenzijo,
- ocenimo celotno dodatno srčnožilno tveganje bolnika.

Diagnostični postopek (t.i. minimalni diagnostični program), ki ga izvedemo pri vseh bolnikih z novoodkrito arterijsko hipertenzijo in po potrebi med vodenjem bolnika z arterijsko hipertenzijo, obsega anamnezo, oceno telesnega stanja, telesni pregled, laboratorijske preiskave, EKG in pregled očesnega ozadja.

Anamneza je zelo pomemben element diagnostičnega postopka. Bolnika povprašamo po družinski obremenjenosti z visokim krvnim tlakom, zanima nas, od kdaj vedo za visok krvni tlak in kakšne so bile vrednosti tlaka, sprašujemo po stanjih, ki so lahko vzrok za sekundarno hipertenzijo (bolezni ščitnice, bolezen ledvic, zloraba alkohola, jemanje hormonskih kontraceptivov in sistemsko zdravljenje s kortikosteroidi...). Povprašamo po morebitnih težavah s strani srčnožilnega sistema, o morebitni sladkorni bolezni, hiperlipidemiji in hiperurikemiji. Bolnika povprašamo tudi po življenjskem slogu, razvadah in socialni anamnezi.

V kliničnem pregledu ocenjujemo stanje prehranjenosti z indeksom telesne mase in izmerimo obseg pasu. Obseg pasu pri moškem, ki je večji od 102 cm, in pri ženski, več od 88 cm, pomeni abdominalno debelost, ki predstavlja enega od dodatnih dejavnikov tveganja za srčnožilno bolezen. Pozorni smo zlasti na znake morebitne sekundarne hipertenzije (kušingoidni izgled, palpatorno povečana ledvica, šum v abdomnu, šum nad prekordijem in zakasnjeni femoralni pulzi). Naredimo tudi okvirni nevrološki pregled zaradi ugotovitve morebitne cerebrovaskularne bolezni.

Pregled očesnega ozadja prav tako sodi h kliničnemu pregledu. Če je zdravnik vešč osnov oftalmoskopije, da je sposoben ločiti med benignimi (stopnja 1. in 2. po Keithu, Wagenerju in Barkerju) od malignih sprememb (stopnji 3. in 4. Keithu, Wagenerju in Barkerju), naj očesno ozadje pri široki zenici pregleda sam, sicer je potrebna napotitev k okulistu.

V ambulanti družinske medicine pri vseh bolnikih z arterijsko hipertenzijo izvedemo osnovne preiskave urina in krvi (krvni sladkor na tešče, lipidni profil, sečnino, kreatinin, kalij, hemogram). Med ostalimi laboratorijskimi preiskavami so nam dostopne še določanje TSH ob sumu na bolezen ščitnice in kvantitativno določanje proteinov v 24-urnem urinu po Biuretu v primeru, ko smo s testnimi lističi ob izključitvi drugih vzrokov, ugotovili protenurijo (testni lističi zaznajo proteine v urinu pri količini 300 do 500 mg/liter). Za natančnejšo oceno ledvične funkcije lahko iz serumske vrednosti kreatinina in podatkov o bolnikovi starosti in telesni teži izračunamo klirens kreatinina po Cockoft-Gaultovi enačbi. Vrednosti izračunanega klirensa kreatinina 60-70 ml/minuto pomenijo prizadetost tarčnega organa. Določanje mikroalbuminurije (po smernicah je obvezna za diabetike) in visoko specifičnega CRP presega možnosti, ki jih imamo v ambulantah družinske medicine.

Vsem bolnikom z arterijsko hipertenzijo posnamemo tudi 12-kanalni EKG, ki nam omogoča prepoznavanje motenj ritma, ishemije, prebolelega srčnega infarkta in oceno obremenitve atrijev in hipertrofijo levega in desnega prekata. Smernice za oceno hipertrofije levega prekata, ki pomeni prizadetost tarčnega organa. Svetujejo dva EKG kriterija: indeksa po Sokolowu in Lyonu > 35 mm in/ ali Cornellov produkt večji od 2400 mm*ms. Z uporabo kombinacije obeh kriterijev prepoznamo večji delež bolnikov z dejansko ehokardiografsko ugotovljeno hipertrofijo levega prekata.

Ehokardiografija zaenkrat še ne sodi v minimalni diagnostični program za arterijsko hipertenzijo. Zdravnik družinske medicine pa naj na preiskavo napoti naslednje bolnike z arterijsko hipertenzijo:

- vse bolnike s prisotno srčnožilno boleznijo ali simptomi in znaki le-te (srčno popuščanje, ishemična bolezen srca, atrijska fibrilacija);
- ugotovi EKG znake hipertrofije levega prekata ob mejnih vrednostih krvnega tlaka;
- vse bolnike s hudo in/ali sekundarno arterijsko hipertenzijo, ki v EKG nimajo znakov za hipertrofijo levega prekata;
- pri mladostnikih in športnikih z blago hipertenzijo;
- pri v mirovanju nornotenzivnih, ki pa jim ob obremenitvi močno poraste krvni tlak.

Med dopolnilnimi preiskavami je zdravniku družinske medicine dostopen še UZ ledvic in suprarenalk ob sumu na ledvične vzroke hipertenzije in tumorje suprarenalk. Ostale priporočene preiskave pa so v domeni specialistov različnih strok, kamor napotimo bolnika, ki ga ne moremo zadovoljivo

diagnostično obdelati.

6.6.6.3 Vodenje kroničnega bolnika z zvišanim krvnim tlakom

Arterijska hipertenzija je kronična bolezen, zato imamo za dosego ciljnih vrednosti tlaka na voljo več mesecev. Prehitro zniževanje krvnega tlaka ni na mestu, saj bolnik hitre spremembe tlaka občuti kot slabo počutje, omotice, zaspanost, večja pa je tudi verjetnost pojava **stranskih učinkov zdravil**, kar vse postavlja pod vprašaj bolnikovo nadaljnje **sodelovanje pri zdravljenju**.

Kako pogosto bolnika naročamo na kontrolo v ambulanto, je odvisno od bolnikove srčnožilne ogroženosti in višine krvnega tlaka. Med diagnostičnim postopkom in uvajanjem ter titracijo zdravil so potrebne pogostejše kontrole, smernice priporočajo kontrole na 1 do 3 tedne, kar je včasih težko izvedljivo, vendar naj razmak med obiski ne bo daljši od 1 meseca (dokler ne uspemo doseči ciljnih vrednost tlaka, predpišemo le po eno škatlico zdravila naenkrat – običajno za 28 do 30 dni). Pogoste kontrolne preglede na začetku zdravljenja izkoristimo za oblikovanje zaupnega terapevtskega odnosa. Preverjamo spoštovanje **nefarmakoloških ukrepov** in **jemanje zdravil**, sprašujemo po morebitnih težavah, povezanih z jemanjem zdravil, odprti smo za bolnikova vprašanja in poizkušamo izvedeti za bolnika stališča, poglede in mnenja, sprašujemo po odzivih družine, delavnega in socialnega okolja na bolnikovo bolezen, kar nam pomaga prilagoditi zdravljenje bolniku. Terapevtski načrt, ki bo sprejemljiv za bolnika, je pogoj za dosego cilja zdravljenja.

Ko smo dosegli **urejenost krvnega tlaka** (trenutno so ciljne vrednosti krvnega tlaka pri odraslih bolnikih z zvišanim krvnim tlakom pod 140/90 mmHg in pri sladkornih bolnikih pod 130/80 mmHg) in drugih dejavnikov tveganja, bolnika lahko naročimo na kontrolo na 3 do 6 mesecev. Pri malo ali zmerno ogroženih bolnikih, še posebno, če si doma merijo krvni tlak in je ta ustrezno nadzorovan (upoštevati je potrebno, da vrednost 135/85 mmHg doma pomeni 140/90 mmHg v ambulanti), zadoščajo kontrole na 6 mesecev. V skupini bolnikov z veliko in zelo veliko srčnožilno ogroženostjo pa je ob dobrem nadzoru krvnega tlaka in drugih dejavnikih tveganja najdaljši še dopustni razmak med kontrolnimi pregledi 3 mesece. Obdobno (enkrat letno) ponovimo elemente minimalnega diagnostičnega programa zaradi preverjanja prizadetosti tarčnih organov in spremljamo parametre, na katere lahko vplivajo antihipertenzivna zdravila. V ta namen uporabljamo vložni list za vodenje bolnikov z zvišanim krvnim tlakom.

Osveščenemu in sodelujočemu bolniku velja priporočiti **samokontrolo**

krvnega tlaka, ki nam omogoča večje število meritev, kar olajša zdravnikovo odločitev in izboljša zavzetost bolnika za zdravljenje. Pri zaskrbljenih bolnikih lahko samokontrole krvnega tlaka še povečajo zaskrbljenost in privedejo do pogostih in nepotrebnih obiskov ambulante. Pri bolj samosvojih bolnikih pa obstaja nevarnost, da domače meritve krvnega tlaka spodbudijo bolnika k spreminjanju sheme zdravljenja. Bolniku svetujemo naj nabavi aparat za merjenje tlaka na nadlakti. Priporočamo uporabo **polavtomatskih** ali **avtomatskih merilnikov**, ki so preverjeni. Bolniku damo jasna navodila, kako naj si meri krvni tlak, opozorimo ga, da vrednosti krvnega tlaka med dnevom in dnevi nihajo, zato se bodo tudi izmerjene vrednosti spreminjale. Bolniku damo navodila, kdaj in kako pogosto naj si meri krvni tlak in v kakšni obliki naj nam vednosti krvnega tlaka predstavi. Povemo mu, da so običajno ambulantne meritve višje od domačih (sistolični za 5-15 mmHg in diastolični za 5-10 mmHg) in da naj na osnovi domačih meritev nikakor sam, brez posveta z zdravnikom, ne spreminja sheme zdravljenja. Bolniki radi preverijo pravilnost delovanja svojega aparata, tako da ga prinesejo v ambulanto in želijo primerjavo s klasičnim živosrebrnim sfigmomanometrom. Kot ustreznega lahko priporočimo tisti merilec, kjer je razlika med obema meritvama znotraj 5 mmHg.

Študenti se boste z zvišanim krvnim tlakom kot s primerom kronične bolezni spoznali predvsem zaradi njegove pogostosti in neopaznega načenjanja zdravja.

6.7 Umirajoči bolnik

Umiranje imenujemo obdobje človekovega življenja od končane diagnostične obdelave, s katero smo ugotovili neozdravljivo bolezen ali poškodbo, ki bo v kratkem povzročila smrt, do smrti. Čeprav sta huda bolezen in smrt del našega življenja, bolniku in njegovi družini prinašata veliko stisko. Zdravnik družinske medicine je lahko bolniku s terminalno boleznijo in njegovi družini v veliko pomoč in oporo, če poleg drugega strokovnega znanja dobro obvlada veščine sporazumevanja pri **sporočanju slabe novice**, **načrtovanja zdravstvene oskrbe**, **sporočanje o smrti ljubljene osebe** in **svetovanja v obdobju žalovanja**.

Pri umirajočem bolniku se zdravnik srečuje s številnimi dilemami. V ospredju sta predvsem dve:

- določitev trenutka, ko ohranjanje življenja ni več smiselno in se ukrepi

za podaljševanje življenja opustijo (ni več aktivne terapije);
- evtanazija (to je dejanje, s katerim se namenoma konča bolnikovo življenje).

Zdravnikova dolžnost ohranjaja bolnikovega življenja preneha takrat, ko je bolezenski proces nastopil nepovratno pot v smrt. Takrat je odločitev, da se ukrepi za podaljševanje življenja opustijo, upravičena. Podaljševanje življenja bi v taki situaciji pomenilo vir dodatnega trpljenja in ni združljivo s človeškim dostojanstvom, smislom in vrednotami človeka. V teh primerih ostane le še paliativno zdravljenje.

Paliativna obravnava bolnika zahteva
- ustrezno klinično znanje,
- organizacijo dela,
- spoštovanje dostojanstva in sporazumevanje z bolnikom,
- podporo družinskim članom.

Pri zdravljenju umirajočega je potrebno upoštevati njegove želje, če je bolnik razsoden in je bil o svoji bolezni ustrezno poučen (razen, če se njegova želja ne sklada s temeljnimi etičnimi pravili). Dolžnost zdravnika je, da neozdravljivo bolnega ne zapusti, mu priskrbi ustrezno strokovno oskrbo (telesno in duševno), svetuje družini umirajočega in spoštuje bolnikovo samostojnost in pravico, da sam izbere način zdravljenja. Zdravnik je dolžan lajšati bolečine in trpljenje.

Evtanazija je dejanje, s katerim se namenoma konča bolnikovo življenje. Vprašanje evtanazije se je pojavilo s tehničnim razvojem medicine. Zagovorniki evtanazije poudarjajo, da je vedno več kronično bolnih in ostarelih ljudi, katerih oskrba je vse dražja, poleg tega pa so novejši časi prinesli več pravic človeka o odločanju o svojem zdravju. Nasprotniki pa opozarjajo na druge probleme, ki bi nastali ob legalizaciji, saj se po njihovem poruši osnovna človekova pravica, pravica do življenja. Med drugim bi prišlo tudi do okrnitve odnosa med zdravnikom in bolnikom, pa tudi odnos družbe do vseh bolnikov bi se spremenil. V naši družbi evatnazija ni niti zakonsko niti etično sprejemljiva.

6.7.1 Sporočanje slabe novice

Sporočanje slabe novice zahteva primerno okolje, čas, aktivno poslušanje, sposobnost vživljanja v bolnikovo stisko in poštenost, saj na vsa vprašanja

ne vemo odgovorov. Kadar bolniku grozi smrt, je zdravnikova dolžnost, da o tem obvesti njegovo družino, če se bolnik sam ni odločil drugače.

Zdravnik, ki pozna bolnika in družino, razume družinske težave in potrebe, lažje najde pravi način sporočanja. Pri tem so mu lahko v pomoč naslednja priporočila:

- Vzame naj si čas za odkrit pogovor z bolnikom o diagnozi, zdravljenju in napovedi poteka bolezni. Nikdar naj ne prikriva resnice.
- Odkriti mora, koliko bolnik že ve o bolezni in koliko želi še izvedeti. Nikoli naj mu ne pove več, kot želi izvedeti.
- Poskuša naj odkriti, kakšna so bolnikova čustva, strahovi in skrbi ob novici.
- Če bolnik želi, naj skliče družino in postopek ponovi. Dovoli, da vsi izrazijo svoja čustva. Prepozna naj ranljive družinske člane, ki bi utegnili razviti psihične ali telesne simptome, ter jim s pogovorom in prerazporeditvijo nalog poskuša pomagati.
- Pusti ljudem upanje. Skupno naj odkrijejo razlog za optimizem. Svojcem in bolniku naj zdravnik nikoli natančno ne napoveduje, kako dolgo bo še živel.
- Ne sme pristati na prikrivanje resnice, če jo od njega zahteva družina ali bolnik.
- Nauči naj se prepoznati znake zanikanja pri družinskih članih in bolniku. Nekateri ljudje nočejo sprejeti dejstva o pogubni bolezni in je zanikanje njihov obrambni mehanizem. Nikoli ne sme pristati na spodbujanje neresničnih pričakovanj.
- Predlaga ponovno srečanje za razjasnitev vprašanj, ki se bodo porodila, ko bo začetni stresni odziv mimo.
- V pogovoru z umirajočim ali s sorodniki sta pomembni besedna in čustvena raven komuniciranja (telesna govorica, dotik, stik z očmi).
- Če pride do nasprotovanj med svojci, naj se izogiba pristranosti v svojih stališčih.
- Zdravnik naj aktivno posluša in naj ohrani čustveno stabilnost.
- Jasno naj sporoči svojo pripravljenost pomagati.
- Sporočilo o smrti ljubljene osebe je najbolje sporočiti v neposrednem stiku in to čim prej. Sporočati je treba s spoštovanjem do pokojnika in družine. Izrečemo sožalje in ne uporabljamo besed »žal mi je«, ker zvenijo kot opravičilo.
- Družini da priložnost, da se poslovi od umrlega.
- Pojasni vzrok smrti in najbližjim odgovori na morebitna vprašanja. Dopusti, da pridejo na dan tudi močnejša čustva. Svojcem rutinsko ne daje pomirjeval.

- Družini zagotovi svojo pomoč in se dogovori za nadaljnja srečanja.

6.7.2 Vodenje najpogostejših zdravstvenih težav umirajočega bolnika

Umirajoči (terminalni) bolniki veljajo za najtežje bolnike zdravnika družinske medicine. Bolnik z napredovalo boleznijo ima pogosto številne simptome: bolečina, oslabelost, slabost, bruhanje, zaprtje, suha usta, anoreksija, dispneja, kašelj, zmedenost, anksioznost, srbež, kolcanje... Najpogosteje bolnika pestijo hude bolečine. Bolečina močno vpliva na duševno stanje bolnika, s tem pa seveda tudi na njegove odnose in stike z okolico. Zato je včasih smiselno dodati medicinskemu zdravljenju tudi podporno psihološko terapijo.

6.7.2.1 Lajšanje bolečin

Uporabimo čim preprostejšo obliko dajanja zdravila (tablete, injekcije, subkutana črpalka, ki omogoči neprekinjen vnos analgetične mešanice v telo, epiduralni kateter, obliž, ki ga menjamo na tri dni). Izbira analgetika je odvisna od jakosti bolečine. Ker gre za izrazito subjektiven simptom, bolnik oceni bolečino na vizualni analogni lestvici (VAS) SZO, ki je vodilo za uporabo analgetikov:

1. zmerna bolečina – periferni analgetiki (NSAID, paracetamol);
2. srednja bolečina – dodamo še blage opiatne analgetike (kodein, hidromorfon, tiamadol);
3. močna bolečina – močni opiatni analgetiki (morfin, metadon).

Pri vseh stopnjah bolečine lahko dodajamo še triciklični antidepresiv ali kortikosteroide, ki okrepijo učinek analgetikov. Pomembna je tudi profilaksa stranskih učinkov zdravil, ki jih apliciramo bolniku (odvajala, antiemetiki).

6.7.2.2 Žalovanje

Žalovanje poteka v treh fazah:

1. Akutna faza: pomeni čustveni pretres ali šok, traja okoli dva tedna;
2. Druga faza: značilni so depresija ter telesna občutja in znaki duševne motnje. Žalujoči je zaprt vase, razglablja o spominih na umrlega. Traja približno od 3 do 6 mesecev;
3. Tretja faza: je sklepna faza. Začne se načrtovanje prihodnosti. Običajno se zaključi leto po smrti.

Potrebno je upoštevati naslednjih nekaj dejstev:
- Vsak svojec ima poseben odnos do umirajočega. Njegova žalost nikakor ne mora biti identična z žalostjo drugih članov družine.
- Svojci se med seboj razlikujejo v žalosti, ki je zelo individualna in povezana s temperamentom posameznika.
- Vsak od svojcev žaluje tako močno, kot je bil močan njegov odnos do umirajočega.
- Vsak od svojcev potrebuje toliko časa za slovo in žalost, kot se mu zdi primerno in prav.

Nekateri značilni odzivi družine ob umirajočem bolniku so:
- Združevanje: odrasli otroci se začasno vrnejo v primarno družino, ki tako pridobi moč za premagovanje strahu in občutkov izgube.
- Povečana anksioznost: družinski člani se z anksioznostjo spopadajo na različne načine. Nekdo je lahko tolažnik, drugi ves čas nekaj ureja, tretji je črnogled. V nekaterih družinah se veliko pogovarjajo, drugje se posamezniki umaknejo v samoto.
- Razvoj psihičnih ali telesnih simptomov pri svojcih: bližina smrti je lahko za nekatere tako pogubna, da prikrivajo svoja čustva, ki pri svojcih včasih nihajo od želje, da bi bolnik že umrl, do občutka krivde zaradi takšnih misli in hotenj narediti karkoli, samo da bi bolnik čim dlje živel. Če teh čustev niso sposobni svobodno izraziti in jih deliti z drugimi družinskimi člani, lahko sami razvijejo bolezenske simptome. Ti se lahko kažejo v obliki bolezni s podobnimi simptomi, kot jih ima umirajoči bolnik. To lažje zazna nekdo od zunaj, na primer zdravnik družinske medicine.

Svojcem omogočimo vpogled v bolezenski potek, če tako želi bolnik, vključimo jih v nego in zdravljenje bolnika ter jim svetujemo in jih spremljamo. Ob pojavu hude bolezni se v družini marsikaj spremeni. Zamenjajo se družinske vloge: večkrat čustveno oporo bolj potrebuje tisti, ki jo je prej dajal drugim, spremenijo se vzorci odločanja in obnašanja, razvoj nekaterih družinskih članov je lahko ogrožen. Bolj ko je družina odvisna od umirajočega člana, težje dopusti njegov odhod. Pomembna je tudi starost umirajočega in njegova vloga v družini ter hitrost nastopa bolezni oziroma smrti. V nekaterih družinah je lahko bližajoča se smrt zadnja priložnost za ureditev starih nesoglasij.

Študenti se boste mogoče z umirajočimi bolniki srečali pri vajah v domu starejših občanov. Poglavje je študentom predvsem v oporo, če bi pri vajah naleteli na hudo bolne bolnike. O umirajočem bolniku se boste poglobljeno poučili v višjem letniku, ko boste na to temo pripravili tudi seminar.

6.8 Obravnava bolnikov z več boleznimi

Problem sočasnega pojavljanja več bolezni je značilen za bolnike v družinski medicini. Sočasno pojavljanje bolezni in stanj ob določenih osnovnih boleznih še dodatno zapleta potek osnovne bolezni. Z daljšanjem življenjske dobe so dane večje možnosti, da posameznik razvije več sočasnih bolezni. Večina bolnikov ima tako več različnih težav istočasno, zato bi zdravnike družinske medicine prav lahko imenovali specialiste za sočasne bolezni.

Sopojavnost (**komorbidnost, polimorbidnost, multimorbidnost, pridružene ali sočasne bolezni**) bolezni se nanaša na katero koli dodatno, jasno izraženo bolezen ali stanje, ki se pojavlja **sočasno** z **osnovno boleznijo**, ki jo obravnavamo pri določenem posamezniku. Včasih sopojavnost definirajo ožje, in sicer kot sočasno pojavljanje določene duševne bolezni in uživanje dovoljenih in nedovoljenih drog oziroma določenega psihičnega stanja, kot je na primer anksioznost. Govorimo o psihiatrični komorbidnosti. Vendar pa je smiselno, da se zaradi velike razširjenosti posameznih bolezni, ki pri posamezniku nastopajo sočasno, problematiko sočasnih bolezni in stanj obravnava in razume v širšem smislu. Govorimo o komorbidnosti v medicini.

Poznamo štiri tipe komorbidnosti:

1. Naključno sočasne bolezni– pojavlja se naključno (*ušesno maslo in bradavice na rokah*)
2. Vzročno sočasen pojav bolezni – ima skupen vzrok (*ishemična srčna bolezen in aortna anevrizma*)
3. Zapleten sočasni pojav bolezni – vzročna povezava ni čisto jasna, stanji pa sta povezani *(zvišan krvni tlak in hipertrofija levega prekata*)
4. Soodvisna sočasnost bolezni – bolezni, ki se pojavljajo sočasno bolj pogosto kot le po naključju *(zvišan krvni tlak in sladkorna bolezen*)

Različne študije navajajo različne podatke o tem, koliko različnih težav ob posameznem obisku obravnava zdravnik družinske medicine. Ameriška študija je pokazala, da je vsak zdravnik ob pregledu obravnaval pri

posamezniku v povprečju 3,1 problem. Podobna raziskava v Kanadi je pokazala, da ima kar 90 % bolnikov, ki pridejo k zdravniku v ambulanto, več kot eno bolezen, 50 % jih ima več kot 5 bolezni. To število se s starostjo povečuje. Podatki iz nacionalne presečne študije, narejene v Sloveniji v letih 2003 in 2004, govorijo o tem, da zdravnik družinske medicine pri svojem bolniku ob vsakem obisku v povprečju obravnava 1,5 zdravstvenega problema.

Problemi bolnikov s sočasnimi boleznimi in stanji so večplastni. Prvi problem se kaže pri sodelovanju med različnimi specialisti in usklajevanju njihovih priporočil. Vsak klinični specialist predpiše seznam zdravil za optimalno zdravljenje svoje bolezni. Tako nastane zelo dolg seznam zdravil, ki imajo med sabo mnoge potencialno škodljive učinke. Zdravnik družinske medicine je tako prisiljen in dolžan krčiti seznam zdravil, ki naj bi jih jemal bolnik z več sočasnimi boleznimi.

Sodelovanje z bolnikom, ki ima več bolezni, je bistveno težje in pomembnejše kot pri bolniku z eno samo boleznijo. Taki bolniki bistveno pogosteje opuščajo zdravila in se ne držijo priporočil, vendar ne za to, ker bi bili po naravi neubogljivi, ampak ker je to pri njih bistveno težje.

Sočasne bolezni so tudi povezane z naraščanjem stroškov, ki nastajajo v zvezi z zdravljenjem. Zdravljenje poteka dalj časa in v večji meri obremenjuje tako osnovno kot specialistično zdravstveno dejavnost.

Študenti se boste z bolniki z več boleznimi seznanili na vajah v splošnih ambulantah, z obiski s patronažnimi medicinskimi sestrami in predvsem v domovih starostnikov.

6.9 Načrtovanje in izvajanje hišnih obiskov

6.9.1 Opredelitev in pogostost hišnih obiskov

Hišni obisk je oblika posveta zdravnika z bolnikom zunaj zdravniške ambulante. Najpogosteje poteka na bolnikovem domu, lahko pa tudi v hotelski sobi, na javnem prostoru in drugje. Spada v delo zdravnika družinske medicine in sodi med njegova strokovna opravila. Hišni obisk je prvotna oblika zdravniškega dela. Šele z razvojem medicine in zdravstvenega varstva je začela prevladovati bolj institucionalizirana oblika nudenja zdravniške oskrbe. Dvajseto stoletje hišnim obiskom ni bilo naklonjeno, zato je njihovo število povsod začelo upadati. Na padec števila obiskov je zlasti vplivala

zdravstvena politika
- z administrativnim omejevanjem,
- s slabim nagrajevanjem in
- z razvojem polikliničnega načina dela.

Kljub vsemu hišni obisk pridobiva na pomenu, ker izboljšuje sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom, obenem pa zdravniku omogoča vpogled v ustroj in delovanje družine.

Glede na okoliščine poznamo več oblik hišnih obiskov:
- **zdravljenje na domu:**
  - vodenje hudih kroničnih bolnikov,
  - obdobni hišni obiski starostnikov,
  - obdobni hišni obiski invalidov,
  - spremljanje umirajočih;
- **nujni hišni obisk:**
  - sodelovanje v ekipi nujne medicinske pomoči,
  - nujno zdravljenje in nujna medicinska pomoč;
- **hišni obisk v ožjem pomenu besede:**
  - prvi hišni obisk zaradi novo nastale bolezni,
  - ponovni hišni obisk(i) zaradi spremljanja in vodenja novo nastale bolezni,
  - prvi hišni obisk zaradi poslabšanja znane bolezni ali stanja;
- **druge oblike hišnih obiskov:**
  - obisk v bolnišnici,
  - obisk v domu starostnikov,
  - obisk zaradi socialnih težav idr.

6.9.2 Zdravljenje na domu

Zdravljenje na domu je oblika hišnega obiska, ko pri bolniku spremljamo znano kronično bolezen ali stanje. Navadno gre za zaporedje hišnih obiskov, ki si jih začrta zdravnik družinske medicine sam glede na stanje obiskovanega. Ob vmesnih poslabšanjih hišni obisk lahko sproži tudi bolnik sam ali njegovi domači. Zdravljenje na domu praviloma opravlja osebni zdravnik. V času poslabšanj je mogoče vključiti tudi nadomestnega ali dežurnega zdravnika. Zdravnik družinske medicine tak način dela izbere takrat, ko bolnik brez posebnega napora ne more priti sam v ambulanto. Najpogostnejša vzroka sta slabo zdravstveno stanje ali težave zaradi prevoza do ambulante. Iz seznamov vpisanih in kroničnih bolnikov poiščemo one, ki ne prihajajo v ambulanto in z njimi nismo vzpostavili stika prek patronažne sestre. Obiske

pri kroničnem in umirajočem bolniku načrtujemo glede na zdravstveno stanje, ki smo ga ugotovili med prvim hišnim obiskom. Starostnike nad 80 let in hujše invalide, ki ne morejo sami do nas, obiskujemo obdobno. Skupina bolnikov, potrebnih zdravljenja na domu, navadno šteje 50 do 100 oseb. Zdravnik naj bi vsakega videl vsaj dvakrat letno.

Primer: 86-letna bolnica živi v razširjeni štirigeneracijski družini. Muči jo nespečnost, ima hudo artrozo kolen, zaradi katere je omejena na gibanje po stanovanju, žolčne kamne z močno zvišanimi transaminazami in hudo popuščanje srca (zdravljeno z visokimi odmerki diuretikov). Njena glavna oskrbovalka je 60-letna hči, ki zelo dobro skrbi za mamo in spremlja njeno zdravstveno stanje. Prihaja tudi po ponovne recepte in poroča o maminem trenutnem počutju. Tri- do štirikrat letno jo obiščem ne glede na trenutno stanje bolezni. Vedno težko pričakuje moj obisk, med katerim izmerim krvni tlak, utrip, poslušam srce in pljuča ter pregledam goleni. Obiske in mojo dostopnost sprejema kot zagotovilo, da ji bom na razpolago tudi v primeru večjih težav. Ob poslabšanjih pokliče hči in pogosto zadošča že nasvet za spremembo odmerka zdravil in poznejši obisk za spremljanje učinka. Zadnje tri leta ni bila v bolnišnici ali pregledana pri specialistu.

6.9.3 Nujen hišni obisk

Nujen hišni obisk je oblika, ko posveta pri bolniku ali poškodovancu ni mogoče odložiti, včasih pa ga je treba opraviti nemudoma, včasih s pomočjo sodelavcev in specialne opreme, ker gre za nujno stanje ali celo življenjsko ogroženost bolnika. V teh primerih je treba vključiti nujno medicinsko službo. Nujni hišni obisk navadno sproži bolnik sam ali njegovi bližnji. Pri tem velja poudariti prednost sistema, kjer o obliki obiska odloča tisti, ki bo bolnika tudi obiskal. Praviloma se odloča za najracionalnejšo obliko posredovanja. Zato veliko nujnih hišnih obiskov opravi zdravnik sam, če iz klica ni razvidna življenjska ogroženost oziroma ni mogoče predvidevati obsega poškodbe ali stanja, da bi bila potrebna takojšnja napotitev v bolnišnico.

Primer: Sredi dopoldanske ambulante kliče sin in prosi za obisk pri svoji 50-letni mami, ki jo je pred eno uro nenadoma začelo močno stiskati v prsih, da lovi zrak in ne more na noge. Mati, sin in snaha, ki je medicinska sestra v bolnišnici, so menili, da jo je 'napadlo srce'. Ocenil sem, da gre za panični napad. Kljub temu, da je stanovanje od ambulante oddaljeno 15 kilometrov in da se bom samo s potjo zamudil približno pol ure, sem se odločil za takojšen obisk. Sinu sem naročil, naj mamo pomiri, ker bom v najkrajšem možnem času pri njih. Ob prihodu se je grabila za prsi, hiperventilirala in bila močno zaskrbljena. Vsi

znaki in opisi občutij so potrjevali domnevo, da gre za panični napad. Pustil sem jo govoriti o svojih težavah, ki so imele korenine v njeni mladosti, občutka nesprejetosti v zrelem življenju in o sprožilnih dejavnikih (nedavna upokojitev in izguba podporne skupine na delovnem mestu; po njenem neprimerno ravnanje drugega sina z njegovo prijateljico). Pokazalo se je, da gre za anksiozno-depresivno stanje. V manj kot pol ure sva potegnila toliko niti o njenem življenju in družini, da je odklonila tudi ponujeno injekcijo pomirjevala. Bolnica je bila pomirjena in njena zaskrbljenost se je močno zmanjšala. Dogovorila sva se za jemanje anksiolitika iz njene stare zaloge, obljubila je, da bo prebrala zloženko o depresiji in me v treh dneh obiskala v ambulanti.

6.9.4 Hišni obisk v ožjem smislu

Hišni obisk v ožjem smislu je pregled bolnika na domu, ki je akutno zbolel in zaradi različnih razlogov ne more sam do svojega zdravnika. Razloge, ki prispevajo k temu, da pri nekaterih skupinah prebivalcev zdravnik opravi hišni obisk, pri drugih pa ambulantni pregled, je treba pripisati bolnikovi starosti, izjemno hudemu stanju in njegovi želji, da nima ustreznega prevoza ali ko gre za bolnega otroka. Med vzroki prevladujejo vročinska in bolečinska stanja. Prvemu lahko sledi eden ali več **ponovnih hišnih obiskov**, dokler se bolnikovo zdravstveno stanje spet ne uredi.

Primer: Okoli 17. ure pokliče mati (48-letna prekomerna pivka, bivša kadilka, po vstavitvi obvodov zaradi aterosklerotičnega žilja na nogah, pred leti ločena, z dvema odraslima in samostojnima otrokoma, sedaj ima v zakonski skupnosti z 20 let mlajšim moškim 8-letnega sina in 6-letno hčer) in prosi za obisk hčerke, ki je nenadoma zbolela z vročino 38,5 stopinj, z bruhanjem in bolečinami v trebuhu. Rada bi jo pripeljala na posvet, vendar zaradi odsotnosti partnerja in sosede ne more poskrbeti za prevoz do ambulante. Ker je bilo v tem obdobju takih bolnikov več, sem svetoval antipiretik in pitje čim večje količine tekočine. Dobro uro potem je znova poklicala. Čeprav je bilo moje predvidevanje enako kot ob prvem klicu, sem odšel na hišni obisk z namenom, da preverim svoje predvidevanje in pomirim mater. Ocena se je izkazala za pravilno. S svojo prisotnostjo, s pregledom in z zagotovilom, da ni šlo za vnetje slepiča ali kako drugo ogrožajoče stanje, sem močno zmanjšal materino zaskrbljenost. Vendar sem opazil, da v prisotnosti otrok kadi in da si je verjetno privoščila dodatni kozarček alkohola.

6.9.5 Druge oblike hišnih obiskov

Doslej našteti hišni obiski sodijo med pravice iz zagotovljenega zdravstvenega zavarovanja in jih je možno evidentirati kot opravljeno delo. To pa ne velja za obiske v bolnišnici in pri varovancih v domu starostnikov. Obiski bolnika v bolnišnici so zato redkejši, čeprav pomenijo eno izmed možnosti za izboljšanje sporazumevanja med zdravniki na različnih ravneh in zaradi izmenjave informacij lahko prispevajo k boljši skrbi za bolnika.

Družine imajo tudi številne težave, ki niso zgolj medicinske narave. Prihaja do trpinčenja, zlorabe in zanemarjanja otrok in partnerjev, zlorabe psihoaktivnih snovi ter težav v šoli. Zdravnik družinske medicine se pri reševanju navedenih težav vključuje v skupna prizadevanja socialne, patronažne in drugih služb. Pri poseganju v družino ga mora voditi predvsem misel, da ni dobro razstavljati stvari, ki je ni sposoben znova sestaviti in da so sprejemljive številne različice skupnega življenja, čeprav se razlikujejo od našega osebnega vzorca.

6.9.6 Izvajalci hišnih obiskov

Hišni obisk pri bolniku praviloma opravlja njegov izbrani, osebni zdravnik družinske medicine. Kadar gre za posebej nujno stanje, opravi zdravnik nujni hišni obisk skupaj s spremljevalcem in z voznikom reševalnega vozila ne glede na to, pri kom je bolnik registriran. Zdravljenje na domu lahko izvaja zdravnik družinske medicine sam ali s sodelovanjem patronažne sestre; včasih pa ga z naročilom v celoti prepusti patronažni medicinski sestri. Hišne obiske v posameznih primerih lahko opravijo tudi drugi delavci v zdravstvu, kadar taka oblika dela predstavlja prednost v primerjavi z ambulantnim načinom obravnave.

6.9.7 Indikacije za hišni obisk

Ena najtežavnejših nalog zdravnika družinske medicine je smotrno indicirati hišne obiske. Razlike v številu hišnih obiskov v različnih sistemih zdravstvenega varstva in pri različnih zdravnikih nam povedo, da indikacije za hišni obisk niso vedno samo odsev resnosti zdravstvenega stanja bolnika. Na odločitev vplivajo zlasti socialne razmere in bolnikova starost. Bolnik in družina kličejo zdravnika takrat, ko se je ravnovesje v njihovem družinskem sistemu porušilo do tolikšne mere, da čutijo potrebo po posredovanju od zunaj, zato je želja po hišnem obisku tudi klic na pomoč. Družina je neravnovesje zaznala in ga morala priznati tudi navzven. Zdravnik družinske

medicine je v našem kulturnem okolju za družino sprejemljiv zunanji posrednik. Tak klic na pomoč je zlasti izrazit v družinah z ostarelim ali onemoglim članom, za katerega svojci čedalje težje skrbijo. Čeprav jim je bolj ali manj jasno, da težave tičijo zunaj domene zdravstvene službe, je zdravnik družinske medicine pogosto prvi, ki ga pritegnejo k njihovemu reševanju. Bolniki zdravnika družinske medicine cenijo prav po njegovi pripravljenosti pomagati takrat, ko ga najbolj potrebujejo, zato od njega pričakujejo ustrezno ukrepanje tako na zdravstvenem kot tudi na socialnem področju. Na pomoč mu priskoči patronažna medicinska sestra, ki navadno poskrbi tudi za povezavo z ostalimi socialnimi službami. Zdravniki pretežno obiskujejo bolne otroke in starejše občane, ki teže pridejo v ambulanto. Na število hišnih obiskov pomembno vplivajo tudi način plačevanja hišnih obiskov, zdravnikovo delovno okolje in pričakovanja bolnikov. Našteli bomo nekaj pogostnejših indikacij za različne oblike hišnih obiskov:

Zdravljenje na domu	**Nujen hišni obisk**	**Hišni obisk**
kronične bolezni: *srčno popuščanje* *hipertenzija* *sladkorna bolezen* *golenja razjeda* *preležanine* *rak* *kronični bronhitis* *astma* stanja: *po možganski kapi* *invalidnost* *duševna prizadetost* *onemoglost* *nezmožnost prihoda v ambulanto* lajšanje bolečin: *bolečinski sindromi* *rak* spremljanje umirajočega: *rak* *starost* *srčno popuščanje* poslabšanje stanja	bolezni: *bolečine v prsih* *nezavest* *dušenje* *akutni infarkt* *možganska kap* *krči* poškodbe: *padci* *zlomi* *nezavest* *odprte rane* prometne nezgode porod	akutne bolezni: *visoka vročina* *angina* *vnetje srednjega ušesa* *prehlad* *pljučnica* *bronhitis* akutne bolečine: *v križu* *v trebuhu* duševne motnje: *psihoze* *nevrotske motnje* *somatoformne motnje* *panične motnje* *anksiozne motnje* *družinske težave* *demenca* *delirantna stanja* akutni alkoholni opoj stanja, za katere ugotovimo, da jih bo treba zdraviti na domu

6.9.7.1 Določitev nujnosti hišnega obiska

Zdravnik se mora o času obiska odločiti sam. Kadar ga kličejo na hišni obisk svojci ali bolnik sam, mora oceniti, kakšno je bolnikovo zdravstveno stanje in se na podlagi tega odločiti, kdaj ga bo obiskal. Pri tem mu pomagajo sporočeni znaki in občutja. Osnovno pravilo je, da se mora kljub morebitnemu dvomu, ali gre za nujno stanje ali ne, na hišni obisk odpraviti takoj.

6.9.7.2 Dostopnost in dosegljivost hišnih obiskov

Sistem zdravstvenega varstva zagotavlja bolnikom, ki ne morejo sami do izvajalca zdravstvene službe, zdravstveno oskrbo s hišnimi obiski. Stalna dosegljivost je dolžnost zdravnika družinske medicine, da 24 ur skrbi za svoje bolnike, in je organizirana tako, da je podnevi vključena v redni delovni čas, ponoči, ob nedeljah in praznikih pa v dežurno službo. Če jo zdravniki opravljajo zunaj redne ali dežurne službe, so zdravniki upravičeni do dodatnega plačila za hišni obisk.

6.9.7.2.1 Hišni obiski podnevi

Podnevi zdravnik lahko opravlja hišne obiske v rednem delovnem času ali zunaj njega.

6.9.7.2.2 Hišni obiski v rednem delovnem času

Zdravnik družinske medicine si lahko svoje delo organizira tako, da v svojem urniku predvidi del delovnega časa za hišne obiske. V rednem delovnem času opravljen hišni obisk je s količniki ocenjen toliko kot štirje povprečni posveti v ambulanti. Kadar za hišne obiske ni predvidenega službenega vozila, ima zdravnik v skladu z dogovorom v svoji zdravstveni ustanovi pravico do povračila potnih stroškov v obliki kilometrine.

6.9.7.2.3 Hišni obiski zunaj rednega delovnega časa

Zaradi številnih posvetov bolnikov v ambulanti se zdravniki pogosto odločajo za hišne obiske po končanem delu v ambulanti. Zlasti zdravljenja na domu pogosto ni mogoče opraviti v rednem delovnem času oziroma je bolnika celo nujno obiskati izven rednega delovnega časa. Mnogokrat zdravnika kličejo k bolniku tudi takrat, ko ni v dežurni službi, ker domnevajo, da ga bolje pozna ali mu bolj zaupajo. Za tak način dela je zdravnik poleg kilometrine

upravičen tudi do plačila za opravljeni hišni obisk iz sredstev, ki jih dobijo zdravstvene ustanove za ta namen. V Sloveniji je to navadno tisti čas dela dneva, ko zdravnik nima rednega delovnega časa, medtem ko drugje po Evropi pod hišnimi obiski zunaj rednega delovnega časa razumejo nočne in nedeljske hišne obiske.

6.9.7.2.4 Nočni hišni obiski

Nočne hišne obiske pri nas navadno opravlja zdravnik v dežurni službi. V Sloveniji šteje za nočni čas (ki ga upošteva plačnik dežurne službe) od 22.00 do 6.00 ure, medtem ko zdravniki pod nočnim časom razumejo čas od 20.00 do 7.00 ure, ki ga prebijejo v dežurni službi.

6.9.7.2.5 Hišni obiski v dežurni službi

V dežurni službi zdravnik praviloma obravnava novonastale in tudi hujše bolnike kot sicer v rednem delovnem času. Zato je tudi več zahtev in potreb po hišnih obiskih. Pogosto so opravljeni kot posegi ekipe nujne medicinske pomoči. Hišni obiski (tako nujni kot nenujni) v dežurni službi ne prispevajo niti h količnikom k realizaciji pogodbenih obveznosti in ne sodijo med posebej plačljive storitve, ker so pavšalna obveznost dežurne službe.

6.9.8 Potek hišnega obiska

Hišni obisk poteka v več fazah:
- klic za hišni obisk,
- sporočanje in sporazumevanje o stanju bolnika ali poškodovanca,
- zdravnikova odločitev in priprava na obisk,
- pot do bolnika,
- posvet z bolnikom,
- evidentiranje hišnega obiska in dokumentacija,
- vrnitev.

6.9.8.1 Klic na hišni obisk

Hišni obisk se začne s klicem bolnika ali svojcev. Na pričakovanja in predstave bolnikov, kdaj je hišni obisk smiseln in potreben, vplivajo poleg zdravnikovega prosvetljevanja še številni malo raziskani vplivi okolja.

6.9.8.2 Sprejem naročila

Vsaka zdravstvena ustanova ali posamezni zdravnik morata imeti izdelan sistem sprejemanja klicev za hišne obiske. Odgovorni za sprejem klicev mora biti usposobljen ločiti med tistimi, kjer je potrebna nujna medicinska pomoč in poseg ekipe nujne medicinske pomoči, in med onimi, kjer je potreben običajen hišni obisk. Kadar dvomi, v pogovor vključi zdravnika, ki je v tem času odgovoren za opravljanje hišnih obiskov.

Zdravnik skuša v kratkem telefonskem pogovoru razbrati pomembna sporočila, ki ga vodijo pri sporazumevanju s klicočim o potrebnosti, nujnosti, času in drugih podrobnostih v obisku. Zdravnik na podlagi skopih podatkov sprejme pomembno odločitev: hišni obisk da ali ne. Na odločitev vplivajo strokovni in drugi dejavniki. Sledi odločitev kdaj in kako. Pri sumu na posebej nujno stanje se bo na hišni obisk peljal z reševalnim vozilom in včasih tudi s spremljevalcem. Pri zdravljenju na domu odpade sprejem naročila za hišni obisk.

Kadar zdravnik utegne in ima na razpolago zdravstveni karton, si ga bo ogledal. Pomembne podatke o bolniku in družini mu lahko posreduje tudi patronažna medicinska sestra.

6.9.8.3 Pot do bolnika

Pot do bolnika ponoči ali v slabih vremenskih pogojih je lahko ena izmed ovir, ki zdravnika odvrača od hišnega obiska. Kultura sporočanja naslova in opisa poti na žalost ne sodita med boljše lastnosti naših ljudi. Ko je pot premagana in odkrit pravi naslov, sledi bistvo hišnega obiska – posvet z bolnikom na domu.

6.9.8.4 Posvet na hišnem obisku

Pogovor z bolnikom na domu se v osnovi ne razlikuje od drugih oblik posveta v splošni medicini. Njegova pomembna prednost je, da je bolnik v svojem domačem okolju. Zdravnik hkrati spoznava delovanje družine in vpliv bolezni nanjo. Poznavanje družinskih razmer, zlasti njene sposobnosti oskrbe bolnika, je pomembno za načrtovanje zdravljenja in vodenja bolezni. Na obseg oskrbe na hišnem obisku pogosto vplivajo okoliščine, in sicer kje se bolnik nahaja, kakšna je osvetlitev, ali je njegov položaj primeren za pregled, oprema in zdravila, ki jih ima zdravnik s seboj. Kljub temu je na bolnikovem domu mogoče obravnavati večino naštetih zdravstvenih težav.

6.9.8.5 Zapis o hišnem obisku

Kliničnemu delu sledi skrbno dokumentiranje hišnega obiska, ki v časovni stiski včasih ostaja zanemarjeno. Za slovenskega zdravnika je še vedno pomembnejša pomoč bolniku kot skrbno beleženje dela in obračunavanje storitev. Zapis o obisku je v pomoč ob ponovnem hišnem obisku za zdravnika, ki je obisk opravil, ali za kolega, ki ga bodo klicali prihodnjič. Zapis o hišnem obisku pri svojem bolniku sodi med ostale zapise v zdravstveni karton. Bistven del je načrt zdravljenja in spremljanja. Sledi vrnitev, ki je največkrat pot na obisk k naslednjemu bolniku.

6.9.9 Pomen hišnega obiska

Hišni obisk kot prvotni način oskrbe bolnikov se je v družinski medicini kljub institucionalizaciji zdravstva ohranil tudi na pragu 21. stoletja. Za to je veliko razlogov. Eden najpomembnejših izidov hišnega obiska je tudi ocena družine in njenega delovanja, ki jo je mogoče narediti le z neposrednim opazovanjem med obiskom družine na domu.

Študenti se boste s hišnim obiskom spoznali na vajah, ki bodo namenjene hišnemu obisku, na vajah s patronažnimi medicinskimi sestrami in pri delu na terenu. Pripravili pa boste tudi seminar na temo hišnega obiska.

7 Veščine lastnega razvoja

Namen poglavja je prikazati:
- *pripravo poročila o bolniku,*
- *vire strokovnih informacij,*
- *merila za pomoč pri kritičnem branju strokovne literature,*
- *pomen skrbi za lastno duševno in telesno zdravje.*

Študent mora
- *znati pripraviti poročilo o bolniku,*
- *pripraviti predavanje,*
- *znati poiskati strokovno literaturo,*
- *poznati merila za kritično branje strokovne literature,*
- *poznati dejavnike, ki pomagajo pri obvladovanju stresa.*

7.1 Priprava poročila o bolniku in njegovi obravnavi

Predstavitve kliničnih primerov oz. **poročila o bolniku** poteka podobno problemsko naravnanemu pouku:
- 1. stopnja:
    - o Učitelj veščin ponudi, ali pa si študent sam izbere klinični problem.
    - o Skupaj poiščeta primer bolnika ali obravnave.
    - o Opredelijo se nejasnosti in naloge.
- 2. stopnja (čez en teden):
    - o Študent predstavi rešitev problema.
    - o Učitelj veščin jo komentira in oceni.

Študentje vmesni čas porabijo za to, da poiščejo rešitve. Izbor kliničnih primerov je v začetku prepuščen asistentu oz. učitelju veščin, kasneje pa študentom na osnovi zanimivih primerov iz prakse. Pri tem izboru je potrebno paziti, da ne gre za prikaz redkih primerov, ampak značilnih situacij iz družinske medicine. Predstavitev kliničnih primerov je izhodišče in pristop, ki ga študent uporabi pri delu na vajah v mentorskih ambulantah. Poudarek je na **celoviti obravnavi** in sposobnosti **reševanja problemov**, ne samo na medicinskem znanju ali obsegu poznavanja.

7.1.1 Primer predstavitve bolnika

Pogosto moramo kolegom predstaviti bolnika iz prakse. Predstavitev je

seveda lahko poljubna, ker pa včasih dela težave, smo pripravili vzorec, ki vam je lahko nekakšno vodilo pri pripravi predstavitve.

S(ubjective – subjektivno)

Bolnik

33-letni, poročen bolnik, oče dveh predšolskih otrok, zaposlen kot vodja oddelka za razvoj v velikem uspešnem slovenskem podjetju.

Vzrok prihoda

"Zbadanje pri srcu"

Anamneza sedanje bolezni

Doslej vedno zdrav, redko pri zdravniku, je pred 10 dnevi začutil zbadanje pri srcu. Bolečina se pojavlja v različnih situacijah, največkrat pred spanjem. Vzel je že aspirin, vendar brez uspeha. Redno je telesno aktiven in pri igranju tenisa takih bolečin ni opazil.

Anamneza prejšnjih bolezni

V otroštvu so mu ugotovili šum na srcu, ki se je izkazal za funkcionalnega. Prebolel je norice in pogosta vnetja srednjega ušesa. Zaradi pogostih angin so mu v starosti 10 let odstranili mandeljne. V starosti 14 let si je pri smučanju zlomil levo golen. Pred petimi leti so mu odstranili slepič. Nima nobene kronične bolezni niti stalnega zdravljenja.

Socialna anamneza

Končuje magistrski študij na ekonomiji, 6 let je poročen z zdravnico, ki končuje magisterij. Družina je srečna, otroci so zdravi, živijo v lastni hiši blizu mesta, materialno so dobro preskrbljeni.

Anamneza razvad in navad

Kadi po 20 cigaret dnevno od 14. leta, alkohol uživa ob sprejemih in obiskih tujih predstavnikov. Hrani se zmerno in je redno telesno aktiven (vsaj trikrat tedensko po pol ure). Zdravil, poživil ali prepovedanih drog ne uživa.

Družinska anamneza

Kot otrok je živel v enostarševski družini z mamo in tri leta mlajšo sestro. Starša sta bila ločena od njegovega 5. leta starosti. Oče ga je obiskoval dvakrat mesečno. Ko sta s sestro odrasla, se je mati drugič poročila in se preselila v Dalmacijo. Zimske in poletne počitnice je preživljal s starimi starši, ki so sedaj že pokojni, pred pol leta je umrl dedek. Sestra se je poročila s 15 let starejšim moškim in živi v Rimu. Imajo le občasne stike. Očeta je pred

enim letom zadela srčna kap, a se uspešno rehabilitira. Mati je trpela za pogostimi glavoboli. Jemala je tudi apaurin.

Dodatna anamneza (povezana z vzrokom prihoda)
Pomagajte si npr. z naslednjimi vprašanji:
- Katere podatke o njegovem trenutnem zdravstvenem stanju bi morali še vedeti? Zakaj?
- Kaj dodatnega bi še radi vedeli o njegovi socialni anamnezi? Razložite.
- Kateri podatki iz anamneze namigujejo na to, da je bolnik prav sedaj poiskal pomoč?
- Kaj v bolnikovi anamnezi vas trenutno najbolj skrbi?

Diferencialna diagnoza
Podamo spisek najbolj verjetnih in najbolj ogrožajočih možnih diagnoz, ki jih bomo z nadaljnjim pregledom in preiskavami izključili:
- Katere so najbolj verjetne diagnoze?
- Katere so najbolj nevarne diagnoze, ki jih morate izključiti?
- Kako zelo se mudi?
- Ali je potrebno ukrepati, še preden nadaljujete s pregledom?
- Kako je z bolnikovo srčnožilno ogroženostjo?
- Kakšen je bolnikov pivski status?

O(bjective – objektivno)
Osnovni podatki
Visok 181 cm, težak 74 kg, krvni tlak 128/82, utrip 80/minuto, vročine nima.

Usmerjen telesni pregled (glede na vzrok prihoda in anamnezo)
Srčna akcija ritmična, toni normalno poudarjeni, šumov ne slišim. Nad pljuči slišim normalne dihalne šume. Pritisk na prsni koš ni boleč. Prav tako pritisk v žličko ne izzove bolečine. Bolnik je videti nesproščen in napet.
- Kaj bi morali še pregledati?

Usmerjene preiskave (glede na anamnezo, telesni pregled in soglasje bolnika)

Laboratorij:
- Če da, zakaj?
- Kakšne rezultate pričakujete/ste pričakovali?
- Kakšni so bili rezultati?
- Katere preiskave (bo)ste naročili glede na bolnikovo starost in znane

dejavnike tveganja v zvezi s srčnožilno ogroženostjo?

Elektrokardiogram:
- Če da, zakaj?
- Kakšne rezultate pričakujete/ste pričakovali?
- Kakšni so bili rezultati?

Druge preiskave:
- Katere?
- Če da, zakaj?
- Kakšne rezultate pričakujete/ste pričakovali?
- Kakšni so bili rezultati?

Opozorilo: Potrebno je navesti in upoštevati časovno dinamiko pri naročanju preiskav, možnost dobiti izvide in odgovore, ki jih pričakujemo v pomoč odločanju.

A(ssessment – ocena; diagnoza)
Somatomorfne motnje

Navedite diagnozo, ki ste jo na podlagi znanih dejstev postavili. Razpravljajte:
- Zakaj se vam ta diagnoza zdi najbolj verjetna?
- Kako boste poskrbeli, da ne bo prišlo do neugodnega izida v primeru, da ste se zmotili pri diagnozi?
- Kako bi svoje sklepe in napoved bolezni razložili bolniku?
- Kaj vas eventualno ob tej diagnozi/bolniku skrbi?
- Kakšen vpliv ima lahko bolezen na bolnika, na njegovo družino?
- Kakšne spremembe bo to stanje povzročilo pri bolniku in njegovi družini?
- Kakšne so možnosti omilitve neugodnih posledic?

P(lan - načrt)
D(iagnostika)
- Opišete in komentirate predvideno diagnostiko: preiskave, opazovanje, čas kot metodo dela (ko čakamo na izboljšanje, poslabšanje ali enako stanje)...

T(herapy - zdravljenje)
- Opišete in komentirate ukrepe, predpisano zdravljenje, fizioterapijo,

terapevtske poskuse (ko na podlagi izpolnitve pričakovanega učinka določenega zdravila lahko postavimo diagnozo)...

E(ducation - zdravstveno prosvetljevanje)
- Opišete in komentirate nasvete, ki ste jih dali bolniku v zvezi z zdravljenjem, z diagnostiko, z napovedjo bolezni, s samozdravljenjem, z opazovanjem samega sebe in z ustreznim ukrepanjem v primeru, da se zdravstveno stanje ne bo razvijalo v skladu s pričakovanji, naročilo za redne kontrole in kontrole v primeru poslabšanja...
- Opišete in komentirate nasvete v zvezi z vodenjem kroničnih bolezni, ki jih bolnik mogoče ima.
- Opišete in komentirate nasvete v zvezi z zdravim življenjskim slogom.
- Opišete in komentirate nasvete, kako v prihodnje iskati pomoč zdravstvene službe.

7.2 Priprava predavanja

Zdravniki moramo pogosto predavati kolegom ali drugim ljudem. Pogosto je čas za predavanje močno omejen, naslov pa praviloma precej ozek, kar nas rešuje pri tem, kaj bomo povedali. Pri pripravi predavanja se moramo najprej vživeti v vlogo poslušalca in se vprašati, kaj le-ta želi slišati, kaj bi ga utegnilo zanimati in šele nato, kaj želimo povedati sami.

Priprava pisnega prispevka presega to poglavje, zato se tu omejujemo zgolj na pripravo predavanja v obliki predstavitve. Naslovu, ki nam ga praviloma dodeli naročnik predavanja, sledi kratka predstavitev avtorja(ev) prispevka. Nadaljujemo z namenom predavanja, ki na kratko nakaže, o čem bomo govorili. Sledi prikaz snovi ali raziskovalnih rezultatov. S sklepi na kratko povzamemo bistvo, ki smo ga želeli posredovati (namen predavanja). Končamo z zahvalo ali s kakšnim sporočilom.

Kakovost predstavitve lahko izboljšamo z uporabo avdivizualnih pripomočkov (prosojnice, diapozitivi, računalniška predstavitev). Da bi občinstvo lahko nemoteno in z užitkom sledilo predstavitvi, je potrebna pravilna priprava in uporaba le -teh.

7.2.1 Priprava predavanja v obliki prezentacije

- Za 15 minut je vključno z naslovnim in zahvalnim maksimalno sprejemljivo število 8 diapozitivov. Tako imamo za vsakega 2 minuti.

Več jih je lahko le, če kažemo samo slike brez posebne razlage.
- Uporabimo velike, lahko berljive črke, velike minimalno 16 pik.
- Naredimo zadosti velike razmike med besedami in vrsticami (1,5 do dvojni razmik).
- Ne naredimo več kot 8 vrstic na eni strani.
- Vrstice razporedimo čez celo stran.
- V eni vrstici naj ne bo več kot 8 besed.
- Uporabimo svetle barve, najbolje poudarjen tisk, na temni podlagi (npr. rumena na modri, bela na modri, bela na rjavi ipd. ali obratno temno pisavo na svetli podlagi. Odločitev je deloma odvisna, ali bomo predavali v zatemnjenem prostoru (svetla podlaga) ali relativno svetlem (temna podlaga).
- Izogibamo se rdeče in zelene barve, ker se napisi v teh barvah pri projekciji pogosto slabo vidijo.
- Izogibamo se podlagam, ki se prelivajo, kjer je uporabljenih več barv, ki zmanjšujejo ločljivost med tekstom in podlago.
- Omenimo samo najnujnejše podatke, izogibamo se dolgim povedim. Povemo več, kot pokažemo.
- Pisava je primerna, če je možno besedilo na monitorju z golim očesom prebrati z razdalje 4 m.
- Slike in grafi naj bodo čim bolj enostavni – razumljivi.
- Naredimo si računalniški izpis ali fotokopijo tipkane predloge (lahko uporabimo tudi posebno funkcijo za zapiske).
- Če uporabimo funkcijo "Animation Effect", Animacija, se moramo zavedati, da za to potrebujemo dodatni čas med predavanjem, enako kot bi imeli dodatni diapozitiv. Pri animaciji izpustimo zvok, ker je praviloma nadležen dodatek.

7.2.2 Uporaba prezentacije

- Predstavitev preizkusite doma, in če je le možno, tudi z opremo v dvorani.
- Pri menjavi posameznih slik si pomagate s tipkami Enter, ⇓ , z levo (pri nekaterih tipih z desno) tipko na miški. Nazaj se pomikate s tipko Backspace.
- Zaradi lažjega sledenja vašemu predavanju je koristno uporabiti možnost Animacija, tako da posamezne vrstice prikazujete s pritiskom na tipko za naprej.
- Če je za razpolago prenosni mikrofon, ga uporabljajte, kadar sami izvajate prezentacijo.
- Ne govorite obrnjeni proti platnu (stran od občinstva).

- Če ne nekaj časa ne potrebujete projekcije, si na prezentaciji pripravite pomirjujočo sliko, ker je zelo zamudno izklapljati projektor, neprijetno pa je prikazovati drugo besedilo, kot predavate.
- Če niste vešči ravnanja z opremo, prosite za pomoč.
- Prosite za luči v dvorani, če ne boste več uporabljali projektorja.

7.3 Kritična analiza strokovnega prispevka

Strokovne informacije zdravniki pridobivajo na najrazličnejše načine: od udeležb na kongresih in srečanjih, branja strokovne literature do modernejšega brskanja po svetovnem spletu. Še vedno so najbolj cenjena oblika strokovne medicinske literature članki, objavljeni v recenziranih strokovnih revijah. Poleg tega poznamo še učbenike, monografije, priporočila, zbornike in druga gradiva. V medicini velja splošno načelo, da je potrebno nova odkritja, nove metode in izboljšave starih objaviti v strokovni medicinski literaturi. S tem postanejo ugotovitve javno dobro in jih lahko uporabljajo zdravniki po svetu. Tisto, kar ni objavljeno v strokovni medicinski literaturi, namreč počasi izgine iz spomina tistih redkih ljudi, ki so stvar poznali iz ustnega izročila, in je tako neizogibno zapisano pozabi. Vsaka stroka mora torej poskrbeti, da svoje znanstvene dosežke tudi objavlja.

Problem moderne medicine ni več v tem, kako priti do informacij, temveč v tem, kako te informacije izbrati na tak način, da nam bodo najbolj koristne. Poplava vsakovrstnih informacij je privedla do svojskega paradoksa: več ko jih je, teže se je znajti in izbrati tisto, ki je koristna za nas in našega bolnika. Posebna veščina zdravnika v novem tisočletju je, kako ločiti seme od plev v poplavi najrazličnejših priporočil, prispevkov in nasvetov, ki se mu ponujajo na vsakem koraku. Namen tega poglavja je dati vsaj nekaj napotkov, kako oceniti kakovost strokovne literature.

7.3.1 Vrste medicinske literature

V osnovi ločimo vire informacij na **terciarne**, **sekundarne** in **primarne**. Vsak od teh virov ima svoje prednosti in slabosti, ki se jih je potrebno zavedati, ko se jih poslužujemo.

7.3.1.1 Učbeniki

Prispevek v učbeniku ima prednost v tem, da navadno sistematično povzema znanje z določenega področja, ki ga pripravlja več avtorjev in pregleda več

recenzentov. Prva slabost učbenika je povezana s časovnim odmikom, ki nujno nastane pri pisanju in izdaji. Pisanje učbenikov pogosto traja nekaj let, zaradi česar so informacije lahko zastarele že ob njegovi objavi, saj vemo, da nekatera spoznanja v medicini zelo hitro zastarajo. To velja zlasti za hitro razvijajoče se vede, ne pa za vse (npr. učbenik iz medicinske propedevtike zastara bistveno kasneje kot učbenik iz medicinske genetike). Druga slabost učbenika je v tem, da avtorji v želji, da bi ohranili preglednost, ne morejo obdelati vseh podrobnosti in posebnosti določenega problema. Učbeniki so zaradi tega predvsem koristni zato, ker nam lahko služijo predvsem kot ogrodje, okoli katerega gradimo znanje o določenem vprašanju. Ravno zaradi tega so koristni takrat, kadar se hočemo seznaniti s področjem, ki nam je popolnoma neznano (kar se npr. redno dogaja študentom medicine). Prednost učbenika je tudi njegova zanesljivost, saj mora knjiga, da je sprejeta kot učbenik, iti skozi precej strog postopek. Težo učbenikom dajo imena avtorjev in ugledne založbe in univerze, ki jih izdajajo, kar nam posredno daje poroštvo, da je bil prispevek pripravljen strokovno.

7.3.1.2 Monografije

Pogosta oblika strokovne literature so različne oblike **monografij** o določenem vprašanju (doktorati, magisteriji, diplomske naloge, dela posvečena eni temi). Prednost monografij je v tem, da posamezno strokovno področje obdelajo v globino in širino, glavna pomanjkljivost pa njihova prostorska omejenost in težka dostopnost. Težo monografije je še posebno težko oceniti, ker jo je navadno pripravljala manjša skupina strokovnjakov. Zaradi vsega tega je razpon kakovosti monografij zelo velik.

7.3.1.3 Zborniki

Tovrstne literature je verjetno največ, saj pripravljavci skoraj vsakega strokovnega srečanja pripravijo tudi **zbornik**. Nekateri izmed njih so izjemno kakovostni in nekaj več teže imajo tisti, ki redno izhajajo, vendar je tu še teže preverjati njihovo kakovost kot pri monografijah. Pogosto ne vemo dosti niti o sestavljavcih niti o tem, ali so bili prispevki recenzirani ali ne. Prednost zbornikov je, da prinašajo podobno kot učbeniki pregledno in pogosto tudi sistematično pripravljene prispevke z manjšim časovnim zamikom in pogosto tudi o trenutno žgočih temah. Njihov pomen je predvsem pri odpiranju novih tem in kot izhodišče za iskanje in potrjevanje dokazov o tej temi.

7.3.1.4 Smernice

Smernice so poseben vir strokovne literature, ki je v zadnjem času doživel velik razmah. V njih naj bi bila povzeta strokovna navodila za obravnavanje določenega problema na osnovi **dostopnega znanja** in literature. Prava **priporočila** v smernicah nastajajo po točno določeni metodologiji, ki je relativno stroga. Cilj smernic je, da se z njihovo uporabo zmanjšajo razlike pri delu na račun postopkov, ki so nepreverjeni, poveča racionalnost in izboljša **kakovost dela**. Napisana naj bi bila izrazito praktično, da naj bi jih čim preprosteje lahko uporabili v praksi.

Priporočila morajo biti zasnovana na najboljših dosegljivih dokazih v literaturi in podkrepljena s soglasjem ustreznih strokovnjakov. Iz te zahteve sledi tudi nekaj zahtev, ki jim mora kakovostno priporočilo ustrezati. Jasno mora biti, katere vire so sestavljavci uporabili in kako so ocenili njihovo težo. Največjo težo imajo rezultati, pridobljeni na osnovi randomiziranih kliničnih raziskav, pogosto multicentričnih študij in meta-analiz. Tako je nastalo vrednotenje **stopnje pomembnosti dokazov**, ki je uporabljena tudi v Na dokazih temelječih medicinskih smernicah:

A **Visoka:** Verjetnost, da bodo nadaljnje raziskave spremenile zaupanje v sedanje znanje, je zelo majhna. Dokaze podpira več visokokakovostnih randomiziranih kliničnih raziskav z ujemajočimi se rezultati ali izjemoma ena velika visokokakovostna multicentrična randomizirana klinična raziskava.

B **Zmerna:** Nadaljnje raziskave bodo verjetno vplivale na zaupanje v sedanje znanje in lahko spremenijo sedanje vedenje. Dokaze podpira ena visokokakovostna randomizirana klinična raziskava ali več raziskav z drugačno metodologijo in s tem z nekaj omejitvami.

C **Nizka:** Nadaljnje raziskave bodo zelo verjetno pomembno vplivale na sedanje znanje in bodo verjetno spremenile sedanje vedenje. Dokaze podpira ena ali več raziskav s številnimi metodološkimi omejitvami.

D **Zelo nizka:** Kakršna koli ocena učinka je zelo nezanesljiva. Dokaze podpira strokovno mnenje, neposrednih znanstvenih dokazov ni ali jih podpira ena ali več raziskav s številnimi velikimi metodološkimi omejitvami.

7.3.1.5 Članki v revijah

Osnovne oblike pisanega besedila v revijah so raziskovalni članki, pregledni članki, pisma uredništvu in uvodniki.

7.3.1.5.1 Raziskovalni članki

Raziskovalni članki prinašajo rezultate originalnih raziskav. Kako jih ocenjujemo, je opisano v nadaljevanju v poglavju Ocenjevanje kakovosti primarnega dokumenta.

7.3.1.5.2 Pregledni članki

Pregledni članki so najpogostejši vir informiranja v medicini. Pogosto so napisani na zahtevo uredništva v obliki preglednih člankov in dajejo pregled nad določenim področjem. Odločilen vpliv na vsebino preglednega članka imajo izkušnje in znanje avtorja, zato pregledni članki niso najzanesljivejši vir znanstveno utemeljenih postopkov. Lahko so osnova za izdelavo strokovnih priporočil, novih raziskav in iskanje primarnih virov.

Posebna oblika preglednih člankov so meta-analize, ki iz primarnih člankov na sistematični način prikažejo zbrane izsledke številnih raziskav. Zaradi večje razvidnosti izbire literature in oblikovanja sklepov so praviloma enako zanesljive kot primarni viri. Celotno delo pri izdelavi meta-analize sloni na jasno zastavljenem cilju meta-analize. Sistematični pregled objavljenih raziskav temelji na jasni strategiji iskanja, merilih za vključitev ali izključitev raziskav v analizo. Predstaviti mora celoten seznam tako vključenih kot tudi izključenih člankov. Temeljiti oceni ustreznosti raziskav sledi senzitivnostna analiza. Če je ta ugodna, je mogoče oblikovati veljavne sklepe. Meta-analize morajo jasno odgovoriti na sedem vprašanj:

1. Ali je predstavljen protokol meta-analize?
2. Ali je opisano sistematično iskanje literature?
3. Ali so pojasnjena merila za vključitev ali izključitev posamezne raziskave, ali so navedene vse raziskave in ali so navedeni razlogi, zakaj so bile določene raziskave izključene?
4. Ali je homogenost rezultatov prikazana grafično in s testi?
5. Ali so bile uporabljene ustrezne statistične analize in ali je bila izpeljana senzitivnostna analiza?
6. Ali je v primeru statistično pomembnih razlik razložena možnost pristranosti različnih objav?
7. Ali so prikazani sklepi glede zdravljenja (koristno, enako, škodljivo) in glede nadaljnjih raziskav?

Pregledni članki, ki temeljijo na **sistematičnem pregledu literature**, se od meta-analiz praktično ne razlikujejo. Revije, ki objavljajo take prispevke, imajo navedene **stopnje pomembnosti dokazov**, ki jih morajo pisci pri

pisanju upoštevati:

A **Skladni**, kakovostni dokazi glede koristi za bolnika (Merijo izboljšanje glede končnih izidov, tj. zbolevnosti, umrljivosti, izboljšanja znakov, zmanjšanja stroškov in izboljšanja kakovosti življenja).

B Dokazi niso čisto skladni ali dokazi omejene kakovosti glede koristi za bolnika (Merijo izboljšanje glede končnih izidov, tj. zbolevnosti, umrljivosti, izboljšanja znakov, zmanjšanja stroškov in izboljšanja kakovosti življenja).

C Dokazi na **soglasju strokovnjakov,** vsakdanji praksi, mnenjih, usmerjeni predvsem v bolezen ali raziskave o opazovanju primerov glede diagnostike, zdravljenja, preventive ali presejanja (Merijo izboljšanje glede vmesnih izidov, tj. spremembe vmesnih telesnih znakov (npr. vrednosti krvnega tlaka, laboratorijski testi, patoloških najdb).

7.3.1.5.3 Pisma uredništvu

Gre za krajše, ne tako natančno strukturirane prispevke, ki ne sledijo tako strogemu strokovnemu preverjanju, vendar je njihova uporabnost predvsem v ažurnosti informacij.

7.3.1.5.4 Uvodniki

Skoraj izključno se jih napiše na zahtevo uredništva in največkrat odražajo strokovno utemeljeno mnenje uredništva do določenega zdravstvenega ali drugačnega aktualnega problema. Zlasti tisti v najuglednejših revijah so vedno vredni branja!

7.3.2 Ocena kakovosti vira informacij

Dober približek za oceno kakovosti je revija, v kateri je prispevek izšel. Gre sicer samo za merilo znanstvene kakovosti, ki je marsikdaj sporno, zlasti kar se tiče uporabnosti v praksi. Ta merila so narejena na osnovi akademskih meril in favorizirajo nekatere stroke (npr. imunologijo) na račun drugih (tipičen problem je javno zdravstvo). Kljub temu kot približek nekako veljajo. Na ta način so revije razdeljene v naslednje kategorije:

- revije z uredniško recenzijo,
- revije z notranjo recenzijo,
- revije z zunanjo recenzijo in
- indeksirane revije.

7.3.2.1 Revije z uredniško recenzijo

V najnižjo kategorijo sodijo revije, pri katerih je odločitev o tem, ali bo prispevek v njej objavljen ali ne, v rokah urednika samega. Take revije običajno tudi ne zahtevajo, da je objavljeno delo originalno in da ni bilo še nikjer objavljeno. Taka revija je pri nas npr. Isis.

7.3.2.2 Revije z notranjo recenzijo

Naslednja stopnja zahtevnosti so revije, pri katerih ima urednik ob sebi skupino strokovnjakov znotraj uredniškega odbora, ki presodijo, ali je članek ustrezen za objavo ali ne. Taka revija je pri nas npr. Zdravstveno varstvo.

7.3.2.3 Revije z zunanjo recenzijo

Članki v **recenziranih revijah** predstavljajo temeljno skupino strokovno medicinskih informacij, na osnovi katerih lahko načrtujemo, izvajamo in ocenjujemo zdravstvene ukrepe. V te revije pišejo številni avtorji, njihova dela praviloma anonimno ocenita vsaj dva neodvisna strokovnjaka in na podlagi njunih mnenj je prispevek objavljen ali zavrnjen. Recenzenti in uredniki pogosto svetujejo tudi določene popravke, kar prispeva k še večji kakovosti objave.Vse ugledne revije imajo postopek sprejemanja novih prispevkov urejen na tak način. Recenzentski postopek je strogo določen; bolj ko je revija ugledna, strožji je in uglednejši strokovnjaki odločajo o prispelih člankih.Taka revija je pri nas npr. Zdravniški vestnik.

7.3.2.4 Indeksirane revije

Revije, ki dosegajo določeno stopnjo kakovosti in so zanimive za širšo strokovno javnost, se pojavljajo v **sekundarnih zbirkah**. Teh **baz** je veliko, med njimi je najbolj znana Medline. Revije, ki jih indeksira Medline, imajo na splošno priznano višji rang kot tiste, ki v to zbirko niso uvrščene. Uvrstitev revije v zbirko Medline npr. odpira zelo široko dostopnost prispevkov v njej širšemu krogu bralcev, ki posredno s citiranjem dvigujejo ugled revije. Problem je pogosto v tem, da revije iz nekaterih držav zaradi tega, ker pišejo v nacionalnem jeziku, težko pridejo v to zbirko, ne glede na to, da bi si to zaslužile glede na svojo kakovost. Slovenija je s svojim Zdravniškim vestnikom eden najbolj značilnih primerov take diskriminacije.

7.3.2.5 SCI, SSCI, IF

Bolj za avtorje prispevkov, kot za bralce, je pomembno, da je revija v zbirki SCI (Science citation index) ali SSCI (Social science citation index). IF je kratica za angleški izraz »impact factor« (**faktor vplivnosti**), ki ga ima določena revija, moč pa ga je izračunati tudi za določen članek in je odraz tega, kako pogosto so bili članki iz te revije citirani v drugih revijah. To kaže na ugled revije in posredno tudi na težo določenega članka.

7.3.2.6 Svetovni splet

Svetovni splet (internet) je prinesel pravo revolucijo v medicinsko informiranje. Njegova prednost je predvsem izredna ažurnost objavljanja in enostavnost priprave ter oblikovanja spletnih strani. S tem, ko bo sčasoma postal splošno dostopen, bo verjetno izrinil ali pomembno zmanjšal pomembnost nekaterih drugih medijev. To so spoznale že marsikatere medicinske revije, ki so se začele pojavljati tudi na internetu. Pravi pionirji na tem področju so British Medical Journal, American Family Physician, Canadian Family Physician idr.

Poseben problem spleta je to, da ga je zelo težko nadzirati. Zaradi tega se pojavlja cela vrst spletnih strani, ki so sicer komercialno zanimive, pogosto pa strokovno sporne. Zato je najboljše priporočilo zdravniku, naj se drži spletnih strani preverjenih institucij. »Varne« so tako spletne strani univerz, uglednih časopisov in zdravniških združenj. To je še posebej pomembno, kadar se o informacijah na svetovnem spletu pogovarjamo z našimi bolniki, ki tega merila kakovosti pogosto ne upoštevajo.

7.3.3 Ocenjevanje kakovosti primarnega dokumenta

Klasičen primarni dokument ima naslednje elemente, na osnovi katerih ga lahko ocenjujemo:

- uvod,
- metodologijo,
- rezultate,
- razpravo in
- sklepe.

7.3.3.1 Uvod

Tu naj bi avtor prikazal poznavanje področja, ki ga obravnava in bralcu naj bi bilo kmalu jasno, da avtor ve, o čem govori. Povzeta mora biti ključna literatura s tega področja. Po drugi strani pa naj avtor pokaže, da zna ločiti pomembne rezultate od manj pomembnih. Nerazumljivost ni merilo kakovosti: najboljši članki so razumljivi tudi laiku.

Bistvo **uvoda** je, da avtor odgovori na naslednji vprašanji: ***"V čem je problem?"*** in ***"Zakaj je ta problem za bralca zanimiv?".***

Del uvoda pri primarnem dokumentu je tudi navedba ciljev naloge, iz katerih mora biti jasno, kaj se je avtor namenil dokazati.

7.3.3.2 Metodologija

Iz prebiranja **metodološkega** dela članka naj bi bilo bralcu povsem jasno, kako je bila naloga izvedena.To mora biti v idealnem primeru napisano tako, da lahko stvar ponovi tudi kdo drug. Specifična vprašanja, na katera mora odgovoriti avtor v metodološkem delu prispevka, so naslednja:

- izbira metodologije,
- vzorčenje,
- statistična metodologija in
- merila za oceno uspešnosti raziskave.

7.3.3.2.1 Izbira metodologije

Ali je avtor uporabil **kvalitativno** ali **kvantitativno metodologijo**? *Ali je jasno, na kakšen način so avtorji npr. merili zadovoljstvo bolnikov (EUROPEP), anksioznost in depresivnost (DUKE-AD) oz. pitje alkohola (AUDIT).* Obstajajo različne metode, ki imajo različno občutljivost in sprejemljivost. Nekatere metode niso uporabne, po drugi strani obstajajo take, ki so mednarodno preverjene in testirane. Ne glede na preverjenost metode v drugih raziskavah in okoljih mora raziskovalec metodo statistično in metodološko preveriti tudi sam.

7.3.3.2.2 Vzorčenje

Praktično nikoli v raziskavo ni mogoče zajeti vseh bolnikov z določeno boleznijo, zato se zatečemo k **vzorčenju** – izbiri bolnikov, katerih lastnosti

so čim bolj podobne lastnostim celotne skupine bolnikov s to boleznijo. Za pravilno posploševanje rezultatov raziskave zato ni vseeno, ali je bila raziskava narejena na zdravih prostovoljcih (*na katerih je npr. narejena večina testiranj novih zdravil*) ali na obiskovalcih ambulante. Zadovoljstvo bolnikov z zdravnikom je bistveno drugačno, če sprašujete ljudi, ki čakajo v ambulanti, ali če jim pošljete vprašalnik po pošti. Bolniki, ki so sprejeti v bolnišnico, imajo povsem drugačno patologijo kot tisti, ki jih zdravimo v ambulanti ali na domu in rezultatov iz enega okolja ne moremo vedno prenesti v drugo. Kadar se preiskovanci močno razlikujejo od povprečnih bolnikov v naši ambulanti, se moramo resno vprašati, ali nam izsledki raziskave lahko pomagajo pri delu z našimi bolniki.

Ključnega pomena za posploševanje je tudi **oblika raziskave**. Bolniki so namreč živa bitja, pri katerih ni mogoče nadzorovati vseh parametrov, ki lahko na nam nepoznan način vplivajo na rezultate in jih s tem oddaljujejo od povprečja celotne skupine. Najbolj zanesljive rezultate dajo **randomizirane raziskave**, kjer preiskovance razdelimo v dve skupini, ki imata v začetku raziskave čim več enakih lastnosti. Ena skupina je izpostavljena **intervenciji**, druga ne in služi kot **kontrolna skupina**. Če preiskovanci ne vedo, v katero skupino sodijo, je to **slepa randomizirana raziskava**; kadar pa tega do izračuna rezultatov ne vedo niti raziskovalci, govorimo o **dvojno slepi randomizirani raziskavi**. Pri takih zasnovi raziskave lahko upravičeno sklepamo, da bodo opazovane razlike po raziskavi posledica naše intervencije, in ne kopice nepoznanih dejavnikov. Kadar iz etičnih, finančnih ali organizacijskih razlogov ni mogoče izvesti randomizirane raziskave, si lahko pomagamo z opazovanjem **kohorte** (iste skupine) bolnikov skozi določeno obdobje ali pa se moramo opreti na **opazovalne**, **presečne** in **epidemiološke raziskave**. Pomanjkljivost teh je v tem, da nimamo kontrolne skupine in si moramo pomagati z različnimi statističnimi metodami, s katerimi »standardiziramo« preiskovance, da sklepamo z večjo zanesljivostjo. Kljub temu ostaja dvom, da so neznane lastnosti bolnikov, okolja ali drugi dejavniki **pristrano** vplivali na izsledke.

Velikost vzorca je ravno tako pomembna, saj je od njega odvisna verjetnost, da bomo resnično pomembne razlike lahko tudi z **zadostno gotovostjo statistično potrjevali**. Izkušnje s posamičnim primerom je zato zelo težko **posplošiti**, česar se moramo zlasti zavedati, ko ocenjujemo delo zdravnika, katerega bolnik je doživel neugoden izid. Velikost vzorca je odvisna od štirih dejavnikov:

1. pričakovanega odgovora preiskovancev na placebo v kontrolni skupini,
2. pričakovane koristi intervencije (pričakovana razlika med skupino z

intervencijo in kontrolno skupino),
3. predvidene stopnje statistične značilnosti (p = 0,05 ali manj), s katero zavrnemo ničelno hipotezo in
4. moči raziskave.

Moč raziskave dobimo, če od 1 odštejemo verjetnost, da ničelne hipoteze, da med skupinama ni razlik, ne zavrnemo v primeru, ko ta razlika v resnici je (tip II napaka). Praviloma izberemo moč 80 % ali več. Kdaj je vzorec zadosti velik, izračunamo iz tabel in enačb. Večjo moč, ko želimo (manjšo napako tipa II), večjo statistično značilnost, ko želimo (čim manjši p), večji, ko je odgovor preiskovancev v kontrolni skupini in manjša, ko je pričakovana korist intervencije, večji mora biti vzorec. V praksi moramo biti pozorni, če raziskava poroča o vzorcu z dihotomno spremenljivko, manjšem od 100 preiskovancev, in sami izračunati njegovo potrebno velikost, preden izsledke uporabimo pri svojem delu. Retrogradno zadostnost velikosti vzorca lahko ocenimo tudi iz rezultatov. Če je **spodnja meja intervala zaupanja** za relativno zmanjšanje tveganja za določen dogodek še vedno statistično značilna ali klinično pomembna (da bi tako zdravljenje ponudili svojim bolnikom), potem je bil vzorec zadosti velik.

7.3.3.2.3 Statistična metodologija

Ali se avtor pri opisovanju morebitnih razlik zanaša na statistične izračune ali pa nas poskuša impresionirati z lepo oblikovanimi tridimenzionalnimi grafi? Pri randomiziranih raziskavah navadno zadoščajo osnovne statistične analize, prikaz vrednosti v posamezni skupini, standardnega odklona, **statistične značilnosti** in/ali **intervalov zaupanja**. Pri ostalih oblikah raziskav si raziskovalci pogosto pomagajo z **multivariatnimi modeli**, s katerimi se izniči medsebojni vpliv **begajočih spremenljivk** in v raziskavi opazovanih **spremenljivk**. Na ta način pride do izenačitve lastnosti skupin z različnim izidom naknadno, po raziskavi, kar pri randomizirani raziskavi dosežemo z naključno razdelitvijo v dve skupini že pred raziskavo.

7.3.3.2.4 Merila za oceno uspešnosti raziskave

Zlasti pri študijah s področja preizkušanja novih zdravil se pogosto dogaja, da avtorji uporabijo različna merila, za oceno prednosti določene intervencije pred drugo: enkrat bo to sprejemljivost za bolnika, drugič okvara jetrne funkcije, tretjič spet prizadetost tarčnih organov. Različnih raziskav v takem primeru ne moremo primerjati med seboj.

7.3.3.3 Rezultati

Bralcu mora biti iz branja rezultatov jasno, kaj je avtor našel. Pogosta težava so preobsežne tabele in različni poskusi, kako z lepimi grafi potencirati razlike, ki so v bistvu zelo majhne. Zelo pogosta napaka je vztrajanje pri statistični metodologiji, kljub temu, da pravih rezultatov ni. Sodobni računalniški programi žal omogočajo dolgotrajno in sofisticirano mučenje podatkov, ki na koncu nekaj le »priznajo«! Bralec mora najti odgovor, kako velik je bil učinek intervencije, v obliki relativnega tveganja, ki mu pove razmerje med tveganjem za opazovani dogodek pri skupini bolnikov z intervencijo v primerjavi s kontrolno skupino ali v obliki zmanjšanja relativnega tveganja, ki mu pove, za kolikšen odstotek se zmanjša tveganje za določen dogodek pri skupini z intervencijo v primerjavi s kontrolno skupino. Natančnost ocene učinka intervencije ocenimo na podlagi intervalov zaupanja. Ožji kot so, z večjo zanesljivostjo lahko sklepamo, da je izračunano relativno znižanje tveganja dobra ocena resničnega relativnega znižanja tveganja.

7.3.3.4 Razprava in sklepi

V tem delu naj bi avtor pokazal, da je kritičen do svojih dosežkov in da se zaveda omejitev rezultatov, ki jih je dobil. *Tako npr. raziskava, narejena v okviru enega zdravstvenega doma, ne pomeni veliko za nacionalno zdravstveno politiko, kljub temu, da so rezultati lahko zelo zanimivi, ampak je treba verjetno nadaljevati z raziskovanjem v širšem obsegu.* Dobljeni rezultati naj bi bili prikazani v primerjavi z rezultati drugih, podobnih študij. Razlogi za morebitne razlike naj bi bili zadovoljivo pojasnjeni.

Del vsake raziskave, narejena v javnem zdravstvu, naj bi bili tudi znanstveno utemeljeni predlogi ukrepov. Ti naj bi bili čimbolj specifični in konkretni in naj ne bi pomenili ponavljanja splošno sprejetih dejstev iz deklaracij mednarodnih organizacij.

Preden bomo tudi najbolje ocenjene izsledke uporabili v praksi, moramo ugotoviti, če bodo res pomagali našemu konkretnemu bolniku, da mu ne bodo povzročili stranskih učinkov, in ne nazadnje – bolnik mora dati poučen pristanek.

Študenti boste uporabljali omenjene vire za svoje priprave na seminarje, vaje in preverjanje znanja.

7.4 Uporaba razpoložljivih virov za stalni strokovni razvoj

Zdravniki morajo imeti hiter dostop do informacij o boleznih, strokovnih smernic, znanstvenih izsledkov, centrov za hitro pomoč in bibliografskih zbirk. Najpomembnejši primarni vir informacij so članki v revijah, katerih število nenehno narašča in jih je danes za področje biomedicine že okoli 25.000. Revije so v vse večjem številu dostopne tudi na svetovnem spletu. Obvladovanje ogromne količine primarnih virov ne bi bilo možno brez sekundarnih publikacij, bibliografskih baz podatkov. Bibliografske baze podajajo strnjeno informacijo o primarnih virih informacij, po kateri je mogoče brskati – iskati določen primarni vir. So v pomoč pri iskanju razdrobljenih primarnih informacij. Na svetu je že okrog 4000 baz podatkov, ki so dostopne v različnih oblikah: tiskani, elektronski – na spletu ali drugem elektronskem mediju. Vsekakor je najugodnejše pregledovanje baze, prisotne na spletu. Za področje biomedicine je najpomembnejša in najbolj razširjena bibliografska baza MEDLINE, ki jo gradi National Library of Medicine (Ameriška nacionalna knjižnica za medicino) že od leta 1966. Sistematično obdeluje okrog 3900 revij in ima preko 11 milijonov zapisov (**http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez**). Med uporabnejšimi prosto dostopnimi viri kakovostno pripravljenih preglednih člankov je časopis American Family Physician **www.aafp.org/afp**

Pri resnem strokovnem in raziskovalnem delu je vedno potrebno poiskati dokument v celotnem besedilu, saj informacija, dobljena iz izvlečka, ne zadošča in lahko celo zavede ali privede do napake. Dostop do pomembnejših medicinskih revij, ki so v polnem besedilu dostopne na svetovnem spletu (Full-text online journals), je na mnogih spletnih straneh, tako na straneh društev, revij, organizacij ali knjižnic.

Iskanje informacij v bibliografskih zbirkah je možno:
- z naravnim jezikom (prosto izbrane besede)
- s ključnimi besedami (prosto izbrani termini)
- z deskriptorji (umeten jezik, ki nastane iz naravnega po določenih pravilih)

Najpomembnejši tezaver (zbirka deskriptorjev) za medicino je tezaver MeSH (Medical Subject Headings), ki vključuje že okoli 19.000 izrazov. Uporablja se med drugim za indeksiranje baze Medline in Biomedicine Slovenice. Prav tako lahko iščemo tudi po imenu avtorja, po strani oz. številki revije, po revijah iz določenega področja... Iskanje olajšujejo tudi Logični Boolovi operatorji IN (and), ALI (or) in NE (not).

Združenje zdravnikov družinske medicine (**www.drmed.org**), Katedra za družinsko medicino MF UM (**www.drmed-mb.org**) in Katedra za družinsko medicino MF UL (**www.kdm.si**) so pripravile spletne strani, preko katerih najdemo pot do številnih virov informacij. Univerza v Mariboru je uporabila napredno tehnologijo ter omogočila uporabo računalnikov in spleta za izvedbo pouka (**http://eizobrazevanje.uni-mb.si/**).

Študenti boste uporabljali spletni portal e-izobraževanje in druge vire za svoje priprave na seminarje, vaje in preverjanje znanja.

7.5 Skrb za lastno zdravje

Poslanstvo zdravnikov je v tem, da dnevno pomagamo svojim bolnikom skrbeti za njihovo zdravje. V današnjem tempu življenja in dela se lahko zgodi, da ostanemo zadnji na spisku po pomembnosti in da se v nas nevede in nehote tihotapi bolezen. Zanemarjanje samega sebe vodi v nezadovoljstvo, slabo počutje in celo v bolezen, kakršni sta npr. odvisnost ali **izgorelost**.

Zdravniški poklic je sam po sebi škodljiv za zdravje, saj je izpostavljen številnim stresom, se opravlja v težkih delovnih pogojih in praktično brez ustrezne socialne in čustvene opore. S sabo vsakodnevno nosimo bremena svojih bolnikov, dežuramo in posledično premalo spimo, prihranjene nam niso niti osebne težave. Slovenski zdravniki se v primeru stisk pogovorijo s kolegi, zdravnice pa se o problemih v službi pogovarjajo tudi doma. Zdravniki se pogosteje sproščajo s pomočjo rekreacije in pitjem alkohola. Kar 40 % anketiranih zdravnikov in 22 % anketiranih zdravnic ima neko kronično bolezen. Ob tem pa so s svojim zdravjem in počutjem pretežno zadovoljni.

7.5.1 Zadovoljstvo pri delu

Da zdravnik lahko svoje delo uspešno in učinkovito opravlja, mu mora biti delo v veselje, ga polniti s pozitivnimi občutki in mu prinašati zadovoljstvo. **Zadovoljstvo z delom** je posameznikov pozitiven odnos do dela, ki ga opravlja, in do okoliščin ter razmer, v katerih to delo opravlja. Povezano je s siceršnjim zadovoljstvom v življenju, z duševnim blagostanjem, z odnosi na delovnem mestu in z odnosi z bolniki. Glavne dimenzije, ki prinašajo zadovoljstvo pri delu in motivirajo za dobro opravljanje dela, so:

- avtonomnost in lasten vpliv na delovne pogoje in razmere,
- delovno okolje, ki nudi udobje, varnost in dobro fizično ter psihično počutje,

- osebni in strokovni dosežki, ki jih delovna organizacija podpira in spodbuja,
- odnosi med osebjem in odnosi z bolniki,
- osebni dohodek,
- stabilno, zagotovljeno stalno delovno razmerje,
- status in ugled.

Zadovoljstvo zdravnikov na delovnem mestu bi lahko izboljšali z boljšim razmerjem med številom bolnikov, medicinskih sester in administratork ter številom zdravnikov, z lastnimi ordinacijami, s splošnimi delovnimi in higienskimi razmerami ter z boljšim plačilom za opravljeno delo.

Ženske so na delovnem mestu manj zadovoljne, predvsem z odnosom do predpostavljenih (ki so običajno moški), s količino odgovornosti, ki jim je zaupana, s priložnostmi za izobraževanje in napredovanje ter s svojim mestom in položajem v kolektivu. Slovenske zdravnice se pri svojem delu počutijo bistveno manj uspešne od moških kolegov, so pa čustveno bistveno bolj angažirane, kar morda govori v prid temu, da svoje delo ocenjujejo bolj s čustvene kot z razumske plati. Zdravniki kot največjo obremenitev na delovnem mestu doživljajo prenatrpan urnik, »prezahtevnost bolnikov« in odnose s kolegi.

7.5.2 Izgorelost

Izgorelost je definirana kot sindrom telesne in duševne izčrpanosti, ki zajema razvoj negativne predstave o sebi, negativni odnos do dela, izgubo občutka zaskrbljenosti ter izostajanje čustev do strank. Nastopi, ko je posameznik postavljen pred zahteve, ki presegajo njegove sposobnosti, zalogo energije, moč in razpoložljiva sredstva. Izgorelost je posledica delovanja stresov in stresorjev na delovnem mestu v kombinaciji s številnimi drugimi dejavniki, kot so osebnostne lastnosti posameznika ter določeni pogoji delovnega okolja.

Sindrom izgorelosti je nevarnost, ki grozi mnogim zdravstvenim delavcem, tudi zdravnikom družinske medicine. Zdravniki se velikokrat ne zavedamo, da so kot njihovi bolniki, tudi sami občutljivi in ranljivi za stres. Sami sebe vidimo kot neranljive, odporne na stres in bolezni, tiste, ki vse vedo, ranljivost pa je znak šibkosti in čustvenosti. Ob misli, da bi kljub dejstvu, da zdravimo druge, tudi sami lahko zboleli, nam je nelagodno in neprijetno. Na možnost, da nas nenadno doleti npr. srčni infarkt, še pristajamo, o kakršni koli duševni nestabilnosti pa nočemo niti razmišljati. Ta nerealna, previsoka

pričakovanja do samih sebe v kombinaciji z neuresničljivimi cilji pogosto vodijo v izgorelost.

Zakaj se zdravniki tako ženemo?
- Izkazati se želimo pred kolegi; želimo si, da nas cenijo in občudujejo.
- Strah nas je neuspeha; če se maksimalno trudimo in dajemo vse od sebe, potem bo možni neuspeh pripisan naključju ter smoli, in ne našemu nedelu ali nesposobnosti.
- Če smo uspešni brez velikega truda, se bojimo kritik javnosti, zato raje zelo garamo in je naš uspeh upravičen.
- Na delu lahko zadovoljimo svoj ego, saj je to mesto, kjer sprejemamo odgovorne in včasih kritične odločitve ter zato tudi hvaležnost bolnikov, medtem ko smo doma ljudje kot vsi drugi.

Potreba po tem, da smo ljubljeni in da nas imajo radi, pa je verjetno gonilna sila, ki žene zdravnike k prekomernemu delu. Raziskave osebnosti zdravnikov so pokazale, da imamo pogosto nerešene težave odvisniške narave in občutke manjvrednosti. Medicina pa nam ponuja možnost ugajati in pomagati drugim ter tako razvijati samozavest in boljšo samopodobo.

Nedvomno prinaša zdravniško delo s seboj veliko stresnih dejavnikov in situacij:
- velika intenzivnost dela s številnimi obremenitvami (številni pregledi, težavni bolniki, delo brez odmora),
- nadurno delo in dežurstva,
- usklajevanje družinskega in poklicnega življenja,
- stalno obnavljanje znanja in izobraževanje,
- soočanje s terminalnimi stanji in smrtjo,
- negotovost zaradi delovnega mesta,
- nove medicinske tehnologije,
- predpisi zdravstvene politike,
- pravosodje z grožnjo pred malomarnim delom,
- pritisk medijev,
- zmanjšan javni ugled zdravniške službe,
- povečan obseg administrativnega dela,
- velika pričakovanja bolnikov.

Stres različno vpliva na različne ljudi; nekateri ga dobro prenašajo leta in leta, nekatere povozi v nekaj mesecih. Vsi prenesemo določeno količino stresa brez posledic. Končne posledice stresa se kažejo v problemih, kot so: depresija in druge duševne bolezni, samomorilnost, alkoholizem ter druge

odvisnosti, telesne bolezni in socialna izolacija.

Zgodnji znaki izgorelosti so:
- izguba interesa za delo oz. zmanjšano zanimanje in pomen dela ter potreben večji napor za opravljanje istega dela – kaže se s čedalje krajšimi anamnezami in čedalje večjo uporabo laboratorija ter slikanj in s predpisovanjem zdravil, ki nadomestijo pogovor ter posvet z bolnikom;
- zmanjšana pozornost in učinkovitost – težje osredotočanje na bolnikov problem, pozabljanje podatkov o bolnikih; zaradi občutka manjše sposobnosti, izpraznjenosti ter utrujenosti opravljanje lažjih, manj pomembnih nalog namesto težjih;
- težave v odnosih - z osebjem, z bolniki in z njihovimi svojci, zmanjšana sposobnost vživljanja ter razumevanja drugih zaradi naraščajočih osebnih težav;
- razdražljivost, zadirčnost, vzkipljivost, nestrpnost, nesodelovanje in ravnodušnost do osebja ter bolnikov;
- občutek negotovosti - npr. kljub dobremu položaju v delovni organizaciji, velika ranljivost za vsako kritiko, posvečanje časa in pozornosti temu, kaj mislijo drugi o meni;
- napake pri delu – preveliko število napak zaradi zmanjšane pozornosti, pomanjkanja interesa, nepazljivosti oz. zmanjšane koncentracije;
- pomanjkanje uvida v lastno stanje – neprepoznavanje svoje ključne vloge v situaciji, obtoževanje drugih za svoje počutje, cinične reakcije na ponujeno pomoč in nasvete ter pogosta utrujenost, zdolgočasenost in razdražljivost.

Poleg vsega naštetega se pojavljajo še nespečnost, glavoboli, palpitacije, motnje ritma, zvišan krvni tlak, gastrointestinalne težave, pozabljivost ipd. Ko se naši obrambni mehanizmi za spopadanje s stresom izčrpajo, se začnemo tudi umikati od svoje družine, svojih bližnjih, prijateljev in sodelavcev. Zmanjša se interes za spolnost ali pa se spustimo v neobičajno drzna spolna razmerja, poveča se uživanje alkohola, cigaret, kofeina, pomirjeval in mamil.

Pojav in nastanek izgorelosti lahko preprečujemo, in sicer:
- z medosebnimi odnosi: obdamo se z ljudmi, ki so nam v oporo, nas razumejo, s katerimi lahko delimo svoje počutje, ki nas znajo začasno preusmeriti iz medicinskih vod v za nas prijetne pogovore, nas nasmejati. Pomembno je druženje z družino, s prijatelji, sprostitev za konec tedna. Vsak zdravnik bi moral imeti svojega osebnega zdravnika, ki bi mu pomagal, da bi zares zadostil svojim duševnim potrebam in ga na to

opozarjal;
- s skrbjo zase: naredimo vse, kar običajno svetujemo svojim bolnikom, poskrbimo za dober spanec, zdravo prehranjevanje, zmerno uživanje alkohola, redno rekreacijo, spolnost in sprostitev. Bodimo dobri v življenjskih vlogah, kot so starš, partner, prijatelj, član delovne skupine...;
- s postavitvijo jasnih ciljev: cilji morajo biti realni in dosegljivi ter resnično v skladu z nami samimi in ne z željami drugih. Včasih je treba reči NE in se postaviti na prvo mesto; to ni sebično, ampak je to skrb zase;
- s povezanostjo s samim sabo, z negovanjem svoje duhovne plati, s posvečanjem duhovnosti in veri ter s pozitivno naravnanostjo.

Pri Zdravniški zbornici je bila ustanovljena delovna skupina za pripravo projekta Zdravniške pomoči zdravnikom. V načrtu je priprava pogojev, po katerih bi se bolni zdravniki hitreje, lažje in uspešneje vključevali v postopke zdravljenja. Razmišljajo o oblikah pomoči, ki bi jih bili zdravniki pripravljeni uporabiti, pa tudi o poteh, ki naj jih naredijo njihovi nadrejeni, da bi se zdravljenje čimprej začelo.

Študenti se morate čim prej navaditi obvladovati stres in uporabljati preventivne strategije za preprečevanje izgorelosti.

8 Literatura

8.1 Uporabljena literatura

8.1.1 1 Zgodovina in področje družinske medicine

1. Košir T. *Splošna medicina. Zgodovinski pregled do leta 1992*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2000.
2. Klemenc-Ketiš Z. *Desetletje družinske medicine. Kronika razvoja družinske medicine v Sloveniji od leta 1992 do 2004*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2006.
3. Allen J et al. *Evropska definicija družinske medicine*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2004. 48.
4. Heyrman J, editor. *The Educational Agenda of General Practice/Family Medicine.* Leuven: European Academy of Teachers in Family Practice EURACT, 2005.
5. Švab I, Petek-Šter M, Kersnik J, Živčec-Kalan G, Car J. Presečna študija o delu zdravnikov splošne medicine v Sloveniji. *Zdrav vars* 2005; 44: 183-92.
6. Kersnik J. Odprto čakanje. Med Razgl 2004; 43(Suppl 1):137-41.
7. Kersnik J. Odločanje v družinski medicini. V: Švab I, Rotar-Pavlič D, ur. *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2002; 37-52.
8. Švab I, Kersnik J. Vsebina posveta v ambulanti. V: Švab I, ur. *Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom*. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995; 25-32.
9. Kersnik J, ur. *Družinska medicina na stičišču kultur*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2004.
10. Kravos A, Kersnik J. Oskrba na domu. In: Kersnik J, ur. *Zdravnikovo delo izven ambulante.* 18. učne delavnice za zdravnike družinske medicine; 2001; Ljubljana. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2001; 19-32.
11. Kersnik J. Družina in bolezen. In: Švab I, Rotar-Pavlič D, ur. *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2002: 81-5.
12. Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F, ur. *Splošna medicina. Načela in tehnike.* Ljubljana : Sekcija splošne medicine Slovenskega zdravniškega društva, 1992.
13. Budak A, ur. *Organizacija rada i iskustva iz prakse opće medicine*. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1990: 44-50.

14. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list RS; 11. 7. 2006; 16 (72): 7637-57.
15. Starfield B. Primary care and health. A cross-national comparison. JAMA 1991; 266: 2268-71.
16. Fraser RC. Setting the scene. In: Fraser RC. Clincal method. *A general practice approach*. 2nd ed. Cambridge: Butterworth & Heinemann, 1992: 1-24.
17. Kersnik J. Odprto čakanje. *Med Razgl 2004*; 43(Suppl 1):137-41.
18. Kersnik J. Obravnava duševnih motenj v družinski medicini. *Med Razgl* 1999; 38: 265-80.
19. Campbell MJ, Machin D. Probability and decission making. In: Campbell MJ, Machin D. *Medical statistics: a commonsense approach*. 2nd ed. New York: John Wiley & sons, 1993: 32-43.

8.1.2 2 Družina v družinski medicini

20. Katja P, Rener T, Kersnik J. Zgodovina družine od 19. do 21. stoletja. V: Iljaž R, Kersnik J, Turk H. *Družinska medicina v skupnosti. Učno gradivo za 23. učne delavnice za zdravnike družinske medicine*. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, 2006: 76-81.
21. Katja P, Rener T, Kersnik J. Reorganizirane družine. V: Iljaž R, Kersnik J, Turk H. *Družinska medicina v skupnosti. Učno gradivo za 23. učne delavnice za zdravnike družinske medicine*. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, 2006: 82-9.
22. Rotar-Pavlič D. Družinski ciklus. V: Švab I, Rotar-Pavlič D, ur. *Družinska medicina.* Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2002: 72-80.
23. Tomori M. *Knjiga o družini*. Ljubljana: EWO, 1994.
24. Kersnik J. Družina in bolezen. V: Švab I, Rotar-Pavlič D, ur. *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2002: 81-5.
25. Kersnik J, Tušek-Bunc K. Nasilje in zanemarjanje v družini – vloga družinske medicine. V: Selič P, ur. *Nasilje v družini – poti do rešitev* : junij 2004, (Posebno poročilo). Ljubljana: Varuh človekovih pravic, 2004: 41-54.
26. Kersnik J, Tušek-Bunc K. Trpinčen otrok v ambulanti zdravnika družinske medicine. V: Balažic J, Kornhauser P ur. *Zloraba in nasilje v družini in družbi*. Ljubljana: Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete, 2006: 169-178.
27. Hennen BK. The family as the unit of care. In: Shires DB, Hennen BK, Rice DI. *Family medicine. A guidebook for practitioners of the art.* Second

edition. New York: McGraw-Hill, 1987: 16-24.
28. Selič P. Socialna podpora in psihosocialni vidik zdravja v lokalni skupnosti. V: Iljaž R, Kersnik J, Turk H. *Družinska medicna v skupnosti. Učno gradivo za 23. učne delavnice za zdravnike družinske medicine*. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, 2006: 114-125.
29. Aguilera DC. *Crisis intervention*. Theory and methodology. Seventh edition. Baltimore: Mosby, 1994.
30. Kupnik D, Špindler M. Otroci in metoda risanja družinskih krogov v diagnostičnem pristopu k družini. *Zdrav Vestn* 2005; 74: 175-7.

8.1.3 3 Vloga družinske medicine v sistemu zdravstvenega varstva

31. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. 189. člen. Dosegljivo na spletnem naslovu: **http:/www.zzzs/zzzs/info/egradiva.nsf/pravila**. Datum dostopa: 30. 9. 2004.
32. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. *Uradni list Republike Slovenje* 1992; 2: 577-90.
33. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001; 344: 2021-5.
34. Kersnik J. Družinska medicina in uporabniki komplementarne in alternativne medicine. *Zdrav Var* 2006; 45: 204-6.
35. Pesjak K. Posameznik in skupnost. V: Iljaž R, Kersnik J, Turk H. *Družinska medicina v skupnosti.* Učno gradivo za 23. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, 2006.
36. Pintar-Hafner R. Oprema in prostor za delo družinskega zdravnika. V: Švab I, Rotar-Pavlič D, ur. *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2002: 550-61.
37. Kersnik J. *Kakovost v splošni medicin*i. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino – SZD, 1998:308.
38. Kersnik J. Nadzor kakovosti dela zdravnika družinske medicine s pomočjo dokazov. *Med razgl*, Suppl 1, 2001; 40: 147-151.
39. Švab I, Petek-Šter M, Kersnik J, Živčec-Kalan G, Car J. Presečna študija o delu zdravnikov splošne medicine v Sloveniji. *Zdrav Vars* 2005; 44: 183-92.
40. Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. *Uradni list RS,* 23. 10. 2006; 16 (109):11085-112.
41. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. *Uradni list Republike Slovenje* 1992; 2: 577-90.
42. Rotar-Pavlič D, Kersnik J, Švab I. Napotitve v dejavnosti splošne

medicine *Isis* 2001; 10: 48-50.
43. Anon. Navodila za pripravo bolnika na osnovni ravni za operativni poseg v anesteziji. *Isis* 2001; 7: 89-90.
44. Kersnik J. Bolnik v slovenskem zdravstvu : *monografija o zadovoljstvu bolnikov in organizaciji pritožnega sistema*, (Zbirka PiP). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2003.

8.1.4 4 Veščine sporazumevanja

45. Tate P. The doctors's communication handbook. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1994.
46. Švab I, ur. *Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom*. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995.
47. Selič P. *Družinska medicina na stičišču kultur* – učenje veščin sporazumevanja. V: Kersnik J, ur. Družinska medicina na stičišču kultur. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2004: 13-26.
48. Švab I et al. *Družinska medicina, Delovni zvezek : študijsko leto* 2004/2005. 10. dopolnjena izd. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine - SZD, 2004. 80.

8.1.5 5 Veščine vodenja posveta

1. Kersnik J. Okoliščine sporazumevanja med bolnikom in zdravnikom. In: Švab I, ur. *Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom.* 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995; 17-24.
2. Dobovišek J. Klinični pristop k arterijski hipertenziji. V: Dobovišek J, Accetto R, eds. Arterijska hipertenzija. 4. izdaja. Ljubljana: Sekcija za arterijsko hipertenzijo, 1997: 77-106.
3. Rutar V. Elektrokardiografija. V: Kocjančič A, Mrevlje F. Interna medicina. Ljubljana: DZS&EWO, 1993: 46-54.
4. Dubin D. Brza interpretacija EKG. Beograd: Sportska knjiga, 1982.
5. Barić L. Elektrokardiografija u praksi. Libeli medici. Zagreb: Pliva, 1977.
6. Khunti K, Baker R, Grimshaw. Diagnosis of patients with chronic heart failure in primary care: usefulness of history, examination, and investigations. *Br J Gen Pract* 2000 50: 50-4.
7. Linzer M, Yang EH, Estes NA 3rd, Wang P, Vorperian VR, Kapoor WN. Diagnosing syncope. Part 1: Value of history, physical examination,

and electrocardiography. Clinical Efficacy Assessment Project of the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 1997; 126: 989-96.
8. Štajer D. Osnove elektrokaridografije. V: Kocijančič A, Mrevlje F, Štajer D. *Interna medicina.* Ljubljana: Littera Picta, 2005: 75-87.
9. Fležar M. Uporaba merilcev PEF pri astmi. In: Židanik S, Masten M, ur. *3. mariborski kongres družinske medicine.* Maribor: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2004: 98-100.
10. Clinical evidence. *A compedium of the best available evidence for effective health care.* 2nd Issue. London: BMJ Publishing group, 1999.
11. Govc-Eržen J. Preventiva srčnožilnih bolezni v skupnosti. V: Iljaž R, Kersnik J, Turk H. *Družinska medicina v skupnosti.* Učno gradivo za 23. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, 2006.
12. Kersnik J, Bizjak B. Izvajanje cepljenja proti tetanusu v družinski medicini. *Zdrav vars* 2001; 40: 344-6.
13. Bulc M. Primarna preventiva srčnožilnih bolezni. V: Kersnik J, ur. *Gerb, astma, migrena, hiperlipodemija, alergija : zbornik predavanj.* Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2003: 85-9.
14. Švab I et al. *Družinska medicina, Delovni zvezek : študijsko leto 2004/2005.* 10. dopolnjena izdaja. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine - SZD, 2004. 80.

8.1.6 6 Veščine obravnave posameznih skupin težav

1. Mir M, Kersnik J. Dileme pri zdravljenju nespečnosti v splošni ambulanti. Kersnik J, ur. *Depresija in kardiovaskularne bolezni, bolečina pri bolnikih z rakom, dejavniki tveganja za srčnožilne bolezni, osteoporoza, nespečnost, debelost : zbornik predavanj.* Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2006: 91-8.
2. Kersnik J. Odprto čakanje. *Med Razgl* 2004; 43(Suppl 1): 137-41.
3. Rotra-Pavlič D. Dispepsija v družinski medicini. V: Kersnik J. *Ulkusna bolezen, hipertenzija, zaščitni dejavniki zdravil na mikrocirkulacijo, KOPB, astma, možganska kap : zbornik predavanj.* Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2004: 3-6.
4. Simona Repar-Bornšek, Helena Turk, Janko Kersnik: Migrena v ambulanti zdravnika družinske medicine, V: Kersnik J, Turk H, ur. *Poškodbe rame in boleča rama, tendinitisi in druga kirurška stanja roke, hude poškodbe na terenu, anksioznodepresivne motnje, epilepsija, motnje razpoloženja, bolezni ščitnice, uporaba računalnikov in vaje iz oživljanja : zbornik predavanj.* Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2006: 132-4.

5. Kersnik J. Obravnava duševnih motenj v družinski medicini. *Med razgl* 1999; 38: 265-280.
6. Bizjak S, Švab I. Bolečina v križu in zdravljenje na domu. V: Kersnik J, ur. *Zdravnikovo delo izven ambulante.* Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2001: 85-94.
7. Lestan B, Logar D. S kristali povzročeni artritisi. In: Kocijančič A, Mrevlje F, Štajer D, editors. Interna medicina. 3. izdaja. Ljubljana: Littera Picta, 2005: 1374-9.
8. Kravos A, Kersnik J. Oskrba na domu. V: Kersnik J, ur. *Zdravnikovo delo izven ambulante.* Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2001: 19-32.
9. Ivetić V. Medicinsko nepojasnjena stanja . *Med Razgl* 2005; 44: 189-194.
10. Ivetić V. Medicinsko nepojasnjeni simptomi in sočasne bolezni. V: Kersnik J. Iljaž R. *Sočasne bolezni in stanja : monografija / 22. učne delavnice za zdravnike družinske medicine.* Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2005: 261-8.

8.1.7 7 Veščine lastnega razvoja

1. Berger T. Švab I, Car J. Informacije s področja družinske medicine na svetovnem spletu. Kersnik J, ur. *Znanstveno utemeljena medicina.* Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, Slovensko zdravniško društvo, 2000: 9-25.
2. Švab I, Kersnik J. Kako ocenjujemo strokovno literaturo? V: Kersnik J, ur. *Znanstveno utemeljena medicina.* Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, Slovensko zdravniško društvo, 2000, str. 33-46.
3. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, Woolf SH, Susman J, Ewigman B, Bowman M. Strength of Recommendation Taxonomy (SORT): A patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. *Am Fam Physician* 2004;69:549-57.
4. Vidič P. Zdravje zdravnikov. V: Iljaž R, Kersnik J, Turk H. *Družinska medicina v skupnosti. Učno gradivo za 23. učne delavnice za zdravnike družinske medicine.* Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, 2006.

8.2 Dodatno branje

1. Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F, ur. *Splošna medicina. Načela in tehnike.* Ljubljana : Sekcija splošne medicine Slovenskega zdravniškega društva, 1992.

2. Tate P. *The doctors's communication handbook*. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1994.
3. Švab I, ur. *Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom.* 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995.
4. Kersnik J. *Kakovost v splošni medicini.* Ljubljana:Sekcija za splošno medicino – SZD, 1998.
5. Kersnik J, ur. *Znanstveno utemeljena medicina.* Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, Slovensko zdravniško društvo, 2000.
6. Kersnik J, ur. *Zdravnikovo delo izven ambulante.* Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2001.
7. Švab I, Rotar-Pavlič D, ur. *Družinska medicina.* Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2002.
8. Kersnik J, ur. *Zdravstvene napake.* Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2002
9. Kersnik J, ur. *Etika v družinski medicini.* Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2003.
10. Kersnik J, ur. *Družinska medicina na stičišču kultur.* Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2004.
11. Kocijančič A, Mrevlje F, Štajer D. *Interna medicina.* Ljubljana: Littera Picta, 2005.
12. Kersnik J. Iljaz R. *Sočasne bolezni in stanja : monografija / 22. učne delavnice za zdravnike družinske medicine.* Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2005.
13. Iljaž R, Kersnik J, Turk H. *Družinska medicina v skupnosti. Učno gradivo za 23. učne delavnice za zdravnike družinske medicine.* Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, 2006.
14. Kunnamo I, ur. *Na dokazih temelječe medicinske smernice.* Ljubljana: zavod za razvoj družinske medicine, 2006.

9 Seznam slik in tabel

9.1 Seznam slik

Slika 1.1. *Štiri področja posveta med bolnikom in zdravnikom.*

Slika 1.2. *Zapletena pot odločanja v medicini.*

Slika 2.1. *McMasterjev model družinskega delovanja.*

Slika 2.2. *Primer družinskega drevesa, kjer je mati ločena in drugič poročena. V družini živi tudi otrok iz prvega zakona. V drugem zakonu se je po enem splavu rodila deklica. Ob prikazanih odnosih si lahko predstavljamo možne zdravstvene težave, ki se pri tem porajajo pri posameznih družinskih članih.*

Slika 2.2. *Primer družinskega drevesa, kjer je mati ločena in drugič poročena. V družini živi tudi otrok iz prvega zakona. V drugem zakonu se je po enem splavu rodila deklica. Ob prikazanih odnosih si lahko predstavljamo možne zdravstvene težave, ki se pri tem porajajo pri posameznih družinskih članih.*

Slika 3.1. *Pojavljanje zdravstvenih težav v splošni populaciji in iskanje zdravstvene pomoči.*

Slika 3.2. *Vzajemna povezanost sistemov in podsistemov ali sistemov nižjega reda v biopsihosocialnem modelu. Oseba sestoji iz biološkega in psihosocialnega sistema, ki sta med seboj povezana, vsak od njiju pa zajema podsisteme. Oseba je povezana tudi s socialnimi sistemi zunanjega sveta. Vsi sistemi vplivajo eden na drugega.*

Slika 3.3. *Povratna zanka sooblikovanja kakovosti storitve med izvajalcem in uporabnikom.*

Slika 3.4. *Beli recept.*

Slika 3.5. *Zeleni recept.*

Slika 3.6. *Napotnica.*

Slika 3.7. *Organizacija pritožnega sistema na ravni zdravstvene ustanove: 1 – Pripombe, pritožbe, pohvale, pobude in predlogi (5 P) – izpolnjeni vprašalniki o*

zadovoljstvu se zbirajo v posebnem nabiralniku.

Slika 3.8. *Prikaz odnosa med kakovostjo in stroški oskrbe. Če za oskrbo namenimo premalo sredstev (točka A), ne moremo doseči zaželene kakovosti (točka E), ki jo lahko dosežemo z uporabo večjih virov (točka B). Pri porabi sredstev preko določene meje večanje stroškov ne prispeva k izboljšanju kakovosti, temveč lahko celo povzroči poslabšanje kakovosti (iatrogeni učinki, nepotrebna oskrba, stranski učinki nepotrebnih zdravil itd.) (točka C). Zaželeno raven kakovosti (točka H) je mogoče doseči le ob dodatnih naporih in še večji porabi virov. Točke D, F in G predstavljajo nezaželeno raven kakovosti. Vsakdanja zdravstvena oskrba se neprestano giblje nekje med zaželeno ravnijo kakovosti (točke E, B, H) in nezaželeno ravnijo (točke D, F, G). Z racionalizacijo lahko kljub manjšim stroškom dosežemo enako želeno raven kakovosti (točka B), kot bi jo drugače ob večjih stroških (točka H). Z nadaljnjim zmanjševanjem stroškov (racioniranjem) se raven kakovosti oskrbe začne zmanjševati.*

Slika 4.1. *Ponazoritev sporočanja. Sporočanje poteka med dvema subjektoma (oddajateljem sporočila in prejemnikom sporočila) izmenično. Pri tem uporabljata določene zveze. Do motenj lahko prihaja na zvezah, pri kodiranju ali dekodiranju sporočila. Sporočanje se vedno odvija v določenem okolju.*

Slika 5.1. *SOAP – postopek zapisovanja srečanja med bolnikom in zdravnikom (Smith 1983): S – oporne točke, iz tistega, kar nam bolnik o svojem stanju pove, bolnikov razlog obiska, anamnestični podatki; O – vse pozitivne ugotovitve in za zadevo bistvene negativne ugotovitve iz našega pregleda, testov, izvidov; A – zdravnikova ocena ali razlog za obisk ali bolezni; P – načrt, ki zajema tri razločljive dele: D – načrt nadaljnje diagnostike, E – svetovanje bolniku in T – predpisano in svetovano zdravljenje.*

Slika 5.2. *Merilec maksimalnega pretoka zraka (PEF-meter).*

Slika 5.3. *Primer obrazca, kjer sta združena zbirnik in seznam stalnega zdravljenja.*

Slika 5.4. *Cepilna knjižica.*

Slika 6.1. *Obravnava nespečnosti v družinski medicini.*

Slika 6.2. *Hipotetični razvoj dogodkov pri bolezni, kjer poznamo ukrepe, ki skrajšajo čas zdravljenja in bistveno izboljšajo znake in občutja. Črta A kaže na naravni potek bolezni, črta B kaže na ukrepanje v času, ko so bili znaki bolezni*

najbolj izraženi in črta C ukrepanje že ob manj razvitih težavah. Ukrepi omilijo težo znakov in skrajšajo potek zdravljenja.

Slika 6.3. *Hipotetični razvoj dogodkov pri samoomejeni bolezni, kjer ni dostopnega ukrepanja, ki bi skrajšalo čas zdravljenja in bistveno izboljšalo znake in občutja. Črta A kaže na naravni potek bolezni, črta B kaže na ukrepanje v času, ko so bili znaki bolezni najbolj izraženi in črta C ukrepanje že ob manj razvitih težavah. Ne glede na čas ukrepanja v poteku bolezni in ne glede na težo znakov v trenutku ukrepanja ni bistvene razlike v teži znakov v času zdravljenja niti ni bistvenega vpliva na dolžino bolezni.*

Slika 6.4. *Drevo odločanja pri bolniku s prikritimi ali izraženimi duševnimi motnjami pri zdravniku družinske medicine.*

Slika 6.5. *Značilnosti predstavitve psihosocialne težave v družinski medicini, aktivnost bolnika oziroma zdravnika in način sporočanja.*

9.2 Seznam tabel

Tabela 1.1. *Prikaz obiskov po namenu.*

Tabela 1.2. *30 najpogostejših posamičnih diagnoz, kot jih v enem letu pričakujemo pri delu v povprečni splošni ambulanti in njihov delež med vsemi diagnozami.*

Tabela 1.3. *30 najpogostejših kroničnih bolezni, ki jih pri 2000 registriranih bolnikih pričakujemo pri delu v povprečni splošni ambulanti.*

Tabela 2.1. *Priporočena vprašanja za preverjanje delovanja družine.*

Tabela 3.1. *Način izdaje zdravil.*

Tabela 2.2. *Prvi del standardiziranega vprašalnika družinski APGAR služi za oceno delovanja bolnikove družine, kot ga vidi anketirani bolnik. Ocenjujemo s točkami: skoraj vedno - 2, včasih - 1 in nikoli - 0. Seštevek točk 8 do 10 govori za normalno, 4 do 7 moteno in 1 do 3 močno moteno delovanje družine.*

Tabela 2.3. *Drugi del standardiziranega vprašalnika družinski APGAR, ki pove, katere osebe v bolnikovi družini ali v njegovi okolici nam lahko pomagajo, kadar je pomoč potrebna.*

Tabela 2.3. *Drugi del standardiziranega vprašalnika družinski APGAR, ki pove,*

katere osebe v bolnikovi družini ali v njegovi okolici nam lahko pomagajo, kadar je pomoč potrebna (prirejeno po 11).

Tabela 3.1. *Odstotek receptov iz posamezne ATC skupine zdravil.*

Tabela 3.2. *Seznam preiskav za poseg v splošni anesteziji, ki jih opravi osebni zdravnik, osebni pediater ali osebni ginekolog.*

Tabela 3.3. *Spremno pismo izbranega zdravnika ob napotitvi bolnika na operativni poseg v anesteziji.*

Tabela 3.4. *Seznam preiskav, ki jih opravi izbrani zdravnik pred prvo nenujno napotitvijo k napotnemu zdravniku.*

Tabela 3.5. *Spremno pismo izbranega zdravnika napotnemu zdravniku ob prvi nenujni napotitvi.*

Tabela 5.1. *Ritem oz. srčni utrip.*

Tabela 5.2. *Določite srčne osi s pomočjo I. standardnega in aVF odvoda.*

Tabela 5.2. *Določite srčne osi z Bayleyevo metodo.*

Tabela 5.3. *Prikaz statističnih pojmov.*

Tabela 5.4. *Prikaz statističnih vrednosti pri 50 % pogostosti bolezni ali znaka.*

Tabela 5.5. *Prikaz statističnih vrednosti pri 1 % pogostosti bolezni ali znaka.*

Tabela 5.6. *Stopnje ogroženosti za srčno-žilni dogodek.*

Tabela 6.1. *Delitev dispneje glede na hitrost njenega razvoja.*

Tabela 6.2. *Delitev dispneje glede na prizadetost organskega sistema (izvzete so poškodbe).*

Tabela 6.3. *Opozorila, ki kažejo na možnost življenje ogrožajočega stanja pri bolnikih z bolečino v trebuhu.*

Tabela 6.4. *Najpogostejši povzročitelji akutnih infekcijskih bolezni dihal.*

Tabela 6.5. *Simptomi in znaki virusnih infekcijskih bolezni dihal.*

Tabela 6.6. *Razdelitev bakterijskih rinosinusitisov.*

Tabela 6.7. *Diferencialna diagnoza bolečine v križu.*

Tabela 6.8. *Načrt spremljanja ob različnih oblikah kontrolnih pregledov.*

24-urna dostopnost, 3-88

A
abdominalna anevrizma, 6-206
aktivno poslušanje, 4-116
anamneza, 1-18, 1-21, 1-22, 5-122, 6-221, 6-223, 6-244
družinska -, 6-244
- ,negativne navedbe, 5-98, 5-99
anksioznost, 2-40, 2-41, 6-161, 6-192, 6-196, 6-215, 6-229, 6-230, 7-256
aritmija, 5-126
asistolija, 5-125
astma, 6-155, 6-199, 6-205
atrioventrikularni vozel, 5-125
avra, 6-213

B
bacilonosec, 6-169
bolečina
lajšanje -, 6-227
- v križu, 6-205
- v prsnem košu, 6-188
bolezen, 4-99, 4-100
akutna -, 6-224
-, ena epizoda, 1-16
kronična -, 6-225
kronična -, vodenje, 1-8
kronična nenalezljiva -, 1-16
lastno vodenje kronične -, 5-97
-, nalezljiva, 1-15, 5-113
nediferencirani znaki -, 1-13
osnovna -, 1-16, 5-112, 6-176
pojavljanje -, 1-9
predstavljen znak -, 1-24
- , preprečevanje, 1-3, 5-140,5-142
- , preprečevanje, priložnostno, 1-14
samonadzor -, 3-83
sočasna obravnava več -, 1-9
sočasno pojavljanje -, 6-231
sočasne bolezni in stanja -, 1-16, 3-61
somatoformna -, 6-194
samoomejena -, 1-5, 6-165
- v družini
- v zgodnjem stadiju, 1-2
vodenje -, 1-16
vpliv -, 4-100
-, vpliv na družino, 2-40, 2-45, 2-48
zgodnje odkrivanje -, 5-118, 5-140
zahteve bolnega, 2-40
bolnik
izločitev -, 2-41
-, celovita osebnost, 1-10
kronični -, 6-217
-, pričakovanja, 1-6
seznam -, 1-14
-, skrbi, 1-20
- s terminalno boleznijo, 6-226
-, umirajoči, 6-226
brizga, injekcijska, 6-180

C
center za socialno delo, 2-38
cepilni status, preverjanje, 5-142
cepljenje proti tetanusu, 5-142
preekspozicijsko -, 5-143
postekspozicijsko -, 5-143
ceruminalni zamašek, 6-186

Č
čakalne vrste, 3-59, 3-74
čas v medicini, 6-161
časovni dejavnik, 5-116
občutek, da si je zdravnik vzel čas, 5-117
uporaba -, 6-161, 6-162

D
dejavniki tveganja za nastanek bolezni srca in žilja, 5-144
diagnoza,
najverjetnejša -, 1-4
dostopnost, 6-238
prosta -, 3-59
omejena -, 3-59
družina, 2-27
anarhična -, 2-31
delovanje -, 6-202, 6-233
dopolnjena -, 2-30
enostarševska -, 2-30

jedrna -, 2-30
mešana -, 2-30
moteno delovanje -, 2-41
nedružinske življenjske oblike, 2-31
ocena delovanja družine, 2-48, 6-241
odprta družinska skupnost, 2-32
opazovanje -, 2-45
- praznega gnezda, 2-32
poljubna -, 2-31
posvojiteljska -, 2-30
primarna -, 2-29
razširjena -, 2-30
razvoj -, 2-51
razvojna kriza -,2-35
samohranilska -, 2-30
sekundarna -, 2-30
sestava -, 2-30
- s prvorojencem, 2-32
- s šolskimi otroki, 2-32
reorganizirana -e, 2-32
ustroj -, 2-48
-, vir bolezni, 2-37
vpliv - na zdravstveno stanje, 2-33
- z mladostniki, 2-32
začetno partnerstvo, 2-32
zaprta -, 2-31
življenjska skupnost, 2-30
družinska kriza, 2-33,35,37
družinska medicina
bistvene značilnosti, 1-3
definicija -, 1-2
opredelitev -, 1-2
posebnosti -, 1-11
posegi, 1-19
družinski APGAR, 2-33
družinski krog, 2-33
stopnje -, 2-32
družinsko delovanje, 2-41
normalno -, 2-43
družinsko drevo, 2-49
depolarizacija, 5-125, 5-128, 5-129
depresija, 6-191
dihala, okužba, 6-170
dispneja, 6-154
diagnoza, dokončna, 1-4
dodatek za pomoč in postrežbo drugega, 3-71
dojemanje resnosti, 2-36
družabna podpora, 2-43, 2-54
družba, 3-63
družbena mreža, 3-64
duševne motnje, 6-190
duševno zdravje, 6-190

E
ekstrasistola, 5-126, 5-127
elektrokardiogram, 5-124
empatija, 4-100, 4-103
epidemiologija, 1-4
evtanazija, 6-227

F
frekvenca, srčna, 5-129
fizioterapevt, 3-61

G
glavobol, 6-160, 6-211

H
higiena spanja, 6-157
hipnotiki, 6-159, 6-160
hišni obisk, 2-47, 6-232
izven rednega delovnega časa, 6-238
ponovni -, 6-235
nujen -, 6-234, 6-236

I
infekcijske bolezni dihal
- akutne 6-170
- zgornjih dihal, 6-170, 6-172
- rinosinusitis, akutni, 6-172
injiciranje, 6-180
intrakutano, 6-180
intramuskularno, 6-180
intraosalno, 6-180
intravensko, 6-180, 6-184
izbira igle, 6-180, 6-184
subkutano, 6-180
interval P-R, 5-128
invalidnost, 3-71

I. kategorija, 3-71
II. kategorija, 3-72
III. kategorija, 3-72
invalidska komisija, 3-71
izbira, 3-57
osebni zdravnik, 3-57
izboljševanje oskrbe, 3-52
izpiranje sluhovoda, 6-186
iztočnica, 1-10, 6-197

K
kajenje, 6-167
kakovost, 3-65
celovito obvladovanje -, 3-66
- celotnega sistema zdravstvenega varstva, 3-92
izboljševanje -, 3-86
ocenjevanje -, 3-87
sistem -, 3-89
- življenja, 3-60, 6-212
kakovostna oskrba, 3-93, 4-99
katedra, 7-261
katetrizacija mehurja pri moškem, 6-187
katetrizacija mehurja pri ženski, 6-187
klicenosec, 6-179, 2-49
klinična slika, 5-138
klinične poti, 3-62
kolegialni pritisk, 3-62
kompleks QRS, 5-131
Korotkowi toni, 5-123
kronične bolečine v križu, 6-205
krvni tlak, 5-115, 5-122, 5-123, 5-144, 5-145
merjenje -, 5-122
kultura, vpliv, 4-110

L
laborant, 3-61
lastna učinkovitost, 4-106
lestvica stopnje ogroženosti, 5-145
framinghamska -, 5-145
SCORE -, 5-145
Lewisov indeks, 5-132
lista zdravil, 3-68
negativna -, 3-68
pozitivna, 3-68
vmesna, 3-68

M
maksimalno izdihan zrak v prvi sekundi, 5-134
manšeta, 5-123
medicinska sestra, 3-60
medicinske storitve, 1-18
migetanje prekatov, 5-124
migrena, 6-211
migrenski napad, hud, 6-212
migrenski napad, zmeren, 6-212
merilec maksimalnega pretoka, 5-134
model
medicinski-, 5-116
biopsihosocialni-,1-10,
motnja prevajanja, 5-124
možnost nevarnega poteka, 6-164, 6-165

N
napotitev, 3-73
navodila na prvo nenujno -, 3-76
navodila za pripravo bolnika pred operacijskim posegom v, 3-76
nenujna -, 3-74
neposredna -, 3-75
nujna -, 3-73
ponovna -, 3-74
posredna -, 3-75
prva -, 3-74
stopnja -, 1-20
- v bolnišnico, 3-64
napotnica, 3-76
nasilje
- v družini, 2-38
- med partnerji, 2-40
- nad otrokom, 2-38
- nad starostniki, 2-40
storilec -, 2-38
-žrtev, 2-38
nesodelovanje pri zdravljenju, 4-104

nespečnost, 6-156
prebujanje večkrat na noč, 6-160
posledična -, 6-161
povratna -, 6-161
spalni laboratorij, 6-157
zgodnje prebujanje, 6-160
neustrezna raba, 3-67
nezapletena okužba spodnjih sečil, 6-175
nujna medicinska pomoč, 6-240
nujno stanje, 6-240
nujno zdravljenje, 6-233
zdravstvena težava, akutna, 1-13

O
obravnava, celostna, 1-16
obvladovanje stroškov, 1-13
obvezno zdravstveno zavarovanje, 3-58
odnos med zdravnikom in bolnikom, 4-99
- osredotočen na bolnika, 1-2
medosebni -, 4-99
odprto čakanje, 6-162
odvrnljiv nevarni potek, 1-4, 6-164
opozorilni znak, 6-157
oprema za vsakodnevno delo, 3-65
organizacija dela, 1-4
ortopneja, 6-154
os
- desna deviacija, 5-130
- leva deviacija, 5-130
normalna -, 5-130
srčna -,5-129
oskrba
celovita -, 1-3, 1-7
- na domu, 2-42
paliativna -, 1-3, 6-227
- rane s šivanjem, 1-19
trajna -, 1-2
oskrbovalec, 2-42
glavni-, 2-42
osnovno zdravstveno varstvo, 3-59

P
"Pa še to, doktor!", 5-116, 6-194, 6-197
paroksizmalna nočna dispneja, 6-154
patronažna medicinska sestra, 2-61
pogostnost, 1-4, 6-191
poklicna integriteta, 3-84
pooblastila glede diagnostike in zdravljenja, 3-73
poročilo o bolniku, 7-143
posamična ambulanta, 3-62
poškodba po tretji osebi, 1-9
poslušanje, 4-102
pospeševanja zdravja, 5-118, 5-141
posredna predstavitev, 6-197
posvet, 4-99
kontrolni -, 1-16, 6-198
prvi, 1-16
-, število zdravstvenih težav, 1-14
učinkovita izraba -, 5-117
vodenje, 1-18
vstopnica, 1-24, 5-116
povezanost, 4-101
pasti -, 4-103
pozitivne navedbe, 5-120
prag znosnosti, 2-36
pravice
- bolnikov, 1-9, 3-88
- iz zagotovljenega zdravstvenega zavarovanja, 3-58
pregled
telesni -, 1-22
usmerjen -, 1-22
presejalni -, 5-144
predpisovanje zdravil, 3-67
indeks, 3-67
negativna lista, 3-68
pozitivna lista, 3-68
racionalno -, 3-82, 5-119
razporeditev zdravil na liste, 3-67
vmesna lista, 3-68
preiskava, 1-7, 5-101
diagnostična -, 1-22, 3-65, 6-121
laboratorijska -, 5-109
naročanje -, 1-28, 5-97
preostala delovna zmožnost, 3-72

preventiva
primarna -, 5-140
sekundarna -, 5-140
terciarna -, 5-140
P-R interval, 5-128
dolžina -, 5-128
prijavna dolžnost, 2-38
priložnostno merjenje krvnega tlaka, 5-144
priložnostno zdravstveno prosvetljevanje, 5-118
pritožni sistem, 3-89
pristop
celosten -, 1-4,
nefarmakološki-, 6-159
osnovnozdravstveni -, 1-4
v osebo usmerjen -, 1-3
v skupnost usmerjen -, 1-4
znanstveni -, 1-12
problemsko usmerjen vodeni zapis, 5-121
program imunoprofilakse in kemoprofilakse, 5-142
promocija zdravja, 5-141
protin, 6-216
prvi stik, 1-13, 3-59
psihogena bolečina, 6-189
psihosomatske motnje, 2-34

R
razlaga ugotovitev, 5-117
razlika, verska, 1-9
razlika, etnična, 1-9
razlog za prihod, 5-116
razlog za obisk, 5-116
razširjenost, 1-2
razvada, 5-118, 6-223
recept, 5-139
beli -, 3-68
zeleni -, 3-68
register zdravil, 3-67
režim predpisovanja, 3-67
ritem, 5-125
hitrejši 5-127
menjajoč 5-126
motnja, 5-126,
normalni -, 5-125
potujoči ritmovnik, 5-126

S
SA vozel, 5-125
samopodoba, 4-106
samozdravljenja
samozdravljenje, 1-14, 6-164, 7-247
sekundarna raven, 3-59
seznam zdravil, 5-150, 6-232
sfigmomanometer, 5-122
sinoatrilani vozel, 5-125
sistem zdravstvenega varstva, 3-57
sladkorna bolezen, 6-218
slog iskanja zdravniške pomoči, 5-119
slog zdravnikovega dela, 1-19
smernice, 7-251
SOAP, 5-212
socialna mreža, 3-59
socialna podpora, 3-64
socialne težave, 5-118
socialni pritisk, 3-56
socialno okolje, 4-110
sodelovanje pri zdravljenju, 4-104
Sokolow indeks, 5-132
somatizacija, 6-194
somatoformna motnja, 6-150, 6-194
specifičen način odločanja, 1-2
spirometer, 5-134
splošna ambulanta, 3-64
sporazumevanje, 4-95
okolje -, 4-96
- , prekinitev, 4-102
soglasje, 1-32, 4-104, 4-112
spolna privlačnost, 4-103
zanikanje, 6-196, 6-228
sporočanje, 4-96
dekodiranje, 4-98
kodiranje, 4-98
nebesedno -, 4-97,
pisno -, 4-98
- po telefonu, 4-99
pomenske motnje, 4-97
- slabe novice, 6-227, 6-228

veščine -, 1-7
sporočilo, 4-96
obdelava -, 4-96
oddajanje -, 4-96
oddajatelj -, 4-96
odgovor -, 4-96
prejemnik -, 4-96
prenos -, 4-96
sprejem -, 4-96
zveze, 4-96
srčni blok, 5-128
srčni infarkt, 6-196
srčni utrip, 5-127
stalnost, 1-5
- ambulante, 1-6
- izvajalca, 5-118
osebna -, 5-118
- zdravnika, 1-5, 5-118
-, zdravstveni karton, 1-6
storitvena dejavnost, 3-66
strokovna integriteta, 3-73
strokovna usposobljenost, 3-73
strokovni nadzor,
izredni -, 3-82
notranji -, 3-82
redni -, 3-82
strokovna spoznanja, 3-73
sum zastrupitve s hrano, 6-179
svetovanje, individualno, 5-146

T
tahikardija, 5-127
telesna okvara, denarno nadomestilo, 3-72
telesni znaki duševne motnje, 1-24, 1-27, 6-151, 6-194
tesnoba, 1-20
test, 5-135, 5-136
tetanus, 5-142
teža, 5-145
trajna delovna nezmožnost, 3-71
trepopneja, 6-154
tveganje, 7-159

U
učenje
stalno -, 1-5
- iz napak, 3-90
učinkovitosti sistema zdravstvenega varstva, 3-92
umirajočim članom, 2-42
umiranje, 6-226
umrljivosti
umrljivost, 1-18, 5-140
uporaba zdravstvene službe, 1-8
urični artiritis, 6-216
usmerjen pregled, 5-120
usmerjenost v skupnost, 1-9
uspavala, 6-157

V
val, 5-102, 5-103, 5-104, 5-131, 5-133
- P, 5-131
- T, 5-133
vdihovalnik, 6-205
verjetnost
potestna -, 1-21
predtestna -, 1-21
veznica ST, 5-132
vložni list, 6-201, 6-225
vodenje
- ambulante, 1-11
- bolezni, 1-16
- kroničnih bolezni in stanj, 5-118
- medicinske dokumentacije, 1-6
- posveta, 1-18
- zdravstvene težave, 1-16
- zdravstvenega kartona, 5-116, 5-149
vodilni predstavniki v stroki, 3-62
vpliv na navade pri iskanju zdravniške pomoči, 5-116
vpliv kolegov, 3-62
vrednostni sistem, 3-53
vživljanje, 4-100
vzorec vedenja med boleznijo, 2-36

Z
začasna delovna nezmožnost, 3-70

zadovoljstvo bolnikov, 3-58
zagotovilo, da ni nič resnega, 1-20, 6-195
zapletena okužba sečil, 6-175
zastrupitev s hrano, 6-178
zbirnik, 5-150
zbolevnost, 1-18, 6-190, 2-34, 3-92
zdrav način življenja, 1-2, 5-145
zdravila
- *na recept, 3-58, 3-67*
- *v prosti prodaji, 3-60*
zdravilni poskus, 6-161
zdravljenje, 1-10
- *na domu, 6-233, 6-180*
vključevanje v lastno -, 3-88
zdravnik
- prvega stika, 1-13, 3-57
osebni -, 1-3
zdravnik družinske medicine, 1-3
delo -, 1-11
delo, okoliščine, 1-11, 4-100
delovna skupina -, 3-60
obseg dela -, 1-11
opravila -, 1-13
osebni izbrani zdravnik, 1-14, 3-57
temeljna znanja in veščine, 1-3
- , vratar, 1-13
-, vsebina dela, 1-23
zdravniško upravičena odsotnost z dela, 3-71
zdravstvena nega, 2-50, 3-56
zdravstvena oskrba na domu, možnosti nudenja, 2-42
zdravstvena politika, 3-66
zdravstvena služba, 1-8
osnovna, 5-95
uporaba -, 1-14
zdravstvena težava, 1-5
akutna -, 6-132, 6-162, 6-180, 6-172
izluščenje -, 5-95
narava -, 1-18
nediferencirana -, 1-23
neselkcionirana -, 1-11
pojavnost -, 1-20, 1-21
predočena -, 1-11, 5-96, 5-97
slabo izražena -, 6-120
verjetnost -, 1-18
zdravstveni izid 1-15
zdravstveni karton, 5-120
zdravstveno prosvetljevanje, 5-118
zdravstveno stanje, 3-60, 3-75, 6-194, 6-199
zgaga, 6-167
znak, predstavljen, 1-24
zobec, 5-131
- R, 5-132
- S, 5-132
- Q, 5-131

Ž

žalovanje, 6-229

Foreword to the first edition....I
TABLE OF CONTENTS....III
1 History and the definition of family medicine....1
1.1 History of family medicine....1
1.2 Definition of medicine....2
1.2.1 Characteristics of family medicine....2
1.2.2 Speciality of family medicine....3
1.2.3 A) Core competencies in family medicine....3
1.2.4 B) Areas of application of core competencies in family medicine....11
1.2.5 C) Specific features of family medicine....11
1.3 Role of family medicine in the health care system and prevalence and incidence of the most frequent health care problems....12
1.3.1 First contact with a health problem....13
1.3.2 Management of health care problems....16
1.3.3 Medical services....18
1.3.4 Additional tasks of a family physician....19
1.4 Management of the most frequent health problems during the first contact and patient priorities in family practice....20
1.4.1 First explanation of a health problem....24
1.4.2 Probability....25
1.4.3 Danger of worsening of the health status....26
1.4.4 Possibility to intervene....26
1.4.5 Rare cases....26
2 Family in family medicine....27
2.1 Family types....29
2.1.1 Primary and secondary families....29
2.1.2 Families and family members....30
2.1.3 Families and family borders....31
2.2 Family cycle....32
2.3 The impact of family on the health of its members....33
2.3.1 Family as a group of genetically identical individuals....33
2.3.2 Family as a social network....34
2.3.3 Family as a group of individuals in the same environment....35
2.3.4 Family as a source of the disease....37
2.4 The impact of a family member illness on the family....40
2.4.1 The impact on mental disorders....41
2.4.2 Changes in family functioning....41
2.4.3 Care for the patient in a family....42
2.5 Family physician and the family....43
2.6 Assessment of family functioning....44

2.6.1 Family observation....45
2.6.2 Patient in the office....47
2.6.3 Home visit....47
2.6.4 Family tree....49
2.6.5 Family circle....50
2.6.6 Family APGAR....51
2.7 Assessment of family ability to care for a patient....54
2.7.1 Assessment of the home and patient environment....54
2.7.2 Assessment of the possibility for health care delivery in the patient home....55
3 Role of family medicine in the health care system....57
3.1 Organisation of health services....57
3.1.1 Family physician's role of a gate-keeper in the health care system....57
3.1.2 Patient flow in the health care system....58
3.2 Family physician and the community....59
3.2.1 Family practice team....60
3.2.2 Collaboration with local patient support groups and organisations....63
3.3 Typical family practice....64
3.3.1 Facilities....64
3.3.2 Equipment....65
3.4 Quality improvement and quality assurance....65
3.4.1 Drug prescription....67
3.4.2 Sickness leave....70
3.4.3 Referrals....73
3.4.4 Peer review within health organisations....82
3.5 Patient rights....88
3.5.1 Value of patient expectations....88
3.5.2 Patient involvement....88
3.5.3 Complaint system....89
3.5.4 Cost containment, financial constrains and ethical dilemmas of the health care system....92
4 Communication skills....95
4.1 Doctor patient communication....95
4.1.1 Braking news....96
4.1.2 Consultation....99
4.2 Doctor patient connections....99
4.2.1 Interpersonal relations....99
4.2.2 Empathy....100
4.2.3 Connexions....101
4.3 Patient involvement....104

4.3.1 Definition of patient involvement....104
4.3.2 Involvement in treatment....104
4.3.3 Not following management plan....104
4.3.4 Appropriate level of patient involvement....108
4.4 Patient's social, ethnical, cultural and other differences in seeking health care and involvement in own care....108
4.5 Assessment of doctor patient communication....110
4.5.1 Introduction of a consultation....110
4.5.2 Check-up consultation....111
4.5.3 Data gathering....111
4.5.4 Physical examination....111
4.5.5 Information flow and braking news....112
4.5.6 Understanding patient views....112
4.5.7 Finishing a consultation....112
4.5.8 In the case of new management plan....112
5 Consultation skills....115
5.1 Reason for encounter....116
5.1.1 A. Exploration and dealing with actual health care problems....117
5.1.2 B. Management of chronic conditions....118
5.1.3 C. Opportunity health promotion and prevention....118
5.1.4 D. Modification of patient's health care seeking behaviour....119
5.2 History taking and explanation of focused history....119
5.3 Focused physical examination and explanation of findings....120
5.3.1 Problem oriented medical record....121
5.3.2 Blood pressure measurement....122
5.3.3 ECG....124
5.3.4 PEF....134
5.4 Referral to laboratory investigations and the interpretation of the results....135
5.4.1 Writing a prescription....139
5.5 Health promotion, disease prevention, opportunity and systematic preventive activities....140
5.5.1 Health promotion....141
5.5.2 Tetanus immunisation....142
5.5.3 Opportunity blood pressure measurements....144
5.5.4 Cardiovascular risk factors check-up....144
5.5.5 Individual counselling for smoking cessation....146
5.5.6 Individual counselling for risk drinkers....147
5.6 Patient medical record....149
5.6.1 Problem and medication lists....150

6 Management skills in selected health care problems 153
6.1 Management of early stage health care problems 153
6.1.1 Dyspnea 154
6.1.2 Sleep disorders 156
6.2 Use of time as a diagnostic and therapeutic tool 161
6.2.1 Watchful waiting 162
6.2.2 Medication trial 164
6.2.3 Watchful waiting in chronic disorders 166
6.2.4 Pyrosis 167
6.3 Management of acute illnesses 169
6.3.1 Acute upper respiratory diseases 170
6.3.2 Uncomplicated lower urinary tract infection 175
6.3.3 Food poisoning 178
6.3.4 Interventions 180
6.4 Emergency cases in family practice 188
6.4.1 Acute chest pain 188
6.5 Patients with mental disorders 190
6.5.1 Incidence of mental problems 190
6.5.2 Management of patients with mental problems 191
6.5.3 Management of patients with somatoform disorders 194
6.6 Management of chronic patients 199
6.6.1 Asthma 199
6.6.2 Chronic low back pain 205
6.6.3 Migraine 211
6.6.4 Uric arthritis 216
6.6.5 Diabetes type II 218
6.6.6 Hypertension 222
6.7 Terminal patient 226
6.7.1 Braking bad news 227
6.7.2 Management in terminally ill patient 229
6.8 Management of polymorbid patients 231
6.9 Planning and going on home visits 232
6.9.1 Definition of home visits 232
6.9.2 Home care 233
6.9.3 Emergency home visit 234
6.9.4 Home visits 235
6.9.5 Other out-of-office visits 236
6.9.6 Providers of home visits 236
6.9.7 Indications for home visits 236
6.9.8 Steps of a home visit 239
6.9.9 Role of a home visit 241

7 Skills of own continuing professional development+243
7.1 Patient report....243
7.1.1 Patient case report....243
7.2 Lecture....247
7.2.1 Preparation of a lecture as a presentation....247
7.2.2 Presentation....248
7.3 Critical analysis of medical article....249
7.3.1 Types of medical literature....249
7.3.2 Assessment of the quality of the information source....253
7.3.3 Assessment of the quality of the primary document....255
7.4 Sources for continuing professional development....260
7.5 Care for own health....261
7.5.1 Job satisfaction....261
7.5.2 Burn out....262
8 Literature....267
9 List of figures and tables....275
9.1 List of figures....275
9.2 List of tables....277
10 Index....281