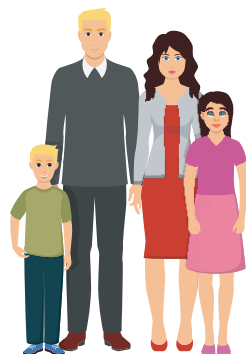
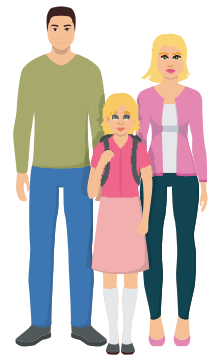


PRIROČNIK ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE

IZVAJANJE INTEGRIRANE PREVENTIVE KRONIČNIH NENALEZLJIVIH
BOLEZNI V REFERENČNIH AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE



**IZVAJANJE INTEGRIRANE PREVENTIVE KRONIČNIH NENALEZLJIVIH BOLEZNI V REFERENČNIH AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE
PRIROČNIK ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE**

Urednici:
Jana Govc Eržen, Marija Petek Šter

Jezikovni pregled:
Ivanka Huber

Izdajatelj:
Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, Ljubljana

Oblikovanje:
Itiniti d.o.o.

Tisk:
DZS, založništvo in trgovina, d.d.

Naklada:
1500

Kraj in leto izdaje:
Ljubljana, 2017

Brezplačen izvod.

Dokument je nastal v okviru projekta »Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju« s finančno podporo Norveškega finančnega mehanizma. Za vsebino tega dokumenta je odgovoren izključno Nacionalni inštitut za javno zdravje in zanj v nobenem primeru ne velja, da odraža stališča nosilca Programa Norveškega finančnega mehanizma.

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

616-036.1-084(035)
614.2:316.356.2(035)

PRIROČNIK za zdravnike družinske medicine : izvajanje integrirane preventivne kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine / [urednici Jana Govc Eržen, Marija Petek Šter]. - Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017

ISBN 978-961-7002-30-0
1. Govc Eržen, Jana
289948160

VSEBINA

AVTORJI.....	4
RECENZIJ.....	6
PREDGOVOR	7
1 POGLAVJE: UVOD	9
1.1 PRIROČNIKU NA POT - BESEDE UREDNIC	9
1.2 PROGRAM INTEGRIRANE PREVENTIVE KRONIČNIH NENALEZLJIVIH BOLEZNI PRI ODRASLIH – OPIS PREVENTIVNE POTI OBRAVNAVANE OSEBE	10
1.3 ZAGOTAVLJANJE NEMEDIKAMENTOZNE OBRAVNAVE V ZDRAVSTVENOVZGOJNIH CENTRIH	17
1.4 REFERENČNE AMBULANTE DRUŽINSKE MEDICINE – OPIS PROJEKTA	26
1.5 ZAGOTAVLJANJE KAKOVOSTI	31
1.6 ZAGOTAVLJANJE ODZIVNOSTI – NA RAVNI DRUŽBE, PROMOCIJA V LOKALNI SKUPNOSTI, V AMBULANTI ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE	35
1.7 PROGRAM INTEGRIRANE PREVENTIVE KRONIČNIH BOLEZNI IN ZMANJŠEVANJA NEENAKOSTI V ZDRAVJU PRI ODRASLIH: KLJUČNE NADGRADNJE IN NOVOSTI V PILOTNEM TESTIRANJU	41
2. POGLAVJE: ORGANIZACIJA DELA V REFERENČNI AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE, KAZALNIKI KAKOVOSTI, POROČANJE IN INFORMACIJSKA PODPORA	47
3. POGLAVJE: PREVENTIVNI PREGLED Z OCENO TVEGANJA.....	53
3.1 IZHODIŠČA PRESEJANJA.....	53
3.2 PREVENTIVNI PREGLED Z OCENO TVEGANJA ZA BOLEZNI SRCA IN OŽILJA	58
OCENA SRČNO-ŽILNE OGROŽENOSTI	58
3.3 ODKRIVANJE IN OCENJEVANJE TVEGANJA ZA RAZVOJ SLADKORNE BOLEZNI TIPA 2 V REFERENČNI AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE	63
3.4 PREVENTIVNI PREGLED V ZVEZI S KAJENJEM IN ZGODNJIM ODKRIVANJEM KRONIČNE OBSTRUKTIVNE PLJUČNE BOLEZNI (KOPB).....	67
3.5 PREVENTIVNI PREGLED NA PODROČJU TVEGANEGA IN ŠKODLJIVEGA PITJA ALKOHOLA.....	70
3.6 PREVENTIVNI PREGLED NA PODROČJU OSTEOPOROZE	74
3.7 PREVENTIVNI PREGLED NA PODROČJU DEPRESIJE	80
3.8 PREPREČEVANJE IN ZGODNJE ODKRIVANJE RAKA V DRUŽINSKI MEDICINI.....	84
4. POGLAVJE: UKREPI ZA SPREMEMBO ŽIVLJENJSKEGA SLOGA.....	93
4.1 PRISTOPI ZA PODPORO PRI SPREMINJANJU ŽIVLJENJSKEGA SLOGA	93
4.2 OPUŠČANJE KAJENJA	101
4.3 SPODBUJANJE TELESNE DEJAVNOSTI.....	107
4.4 SPREMINJANJE PREHRANJEVALNIH NAVAD IN VZDRŽEVANJE NORMALNE TELESNE TEŽE	112
4.5 SPREMINJANJE PIVSKIH NAVAD	118
5. POGLAVJE: DIAGNOSTIKA, ZDRAVLJENJE IN SPREMLJANJE KRONIČNEGA BOLNIKA.....	123
5.1 ARTERIJSKA HIPERTENZIJA.....	123
5.2 DISLIPIDEMIJE	130
5.3 DIAGNOSTIKA, ZDRAVLJENJE IN SPREMLJANJE SLADKORNE BOLEZNI TIPA 2	134
5.4 DIAGNOSTIKA, ZDRAVLJENJE IN SPREMLJANJE BOLNIKA S KRONIČNO OBSTRUKTIVNO PLJUČNO BOLEZNIJO (KOPB).....	144
5.5 VODENJE BOLNIKA Z ASTMO V REFERENČNI AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE.....	151
5.6 DEPRESIJA.....	157
5.7 DIAGNOSTIKA, ZDRAVLJENJE IN SPREMLJANJE BOLNIKA Z OSTEOPOROZO.....	162

6. PRILOGE	169
ALGORITEM ODLOČANJA IN UKREPANJA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE V PROCESU IZVAJANJA PREVENTIVNEGA PREGLEDA V REFERENČNI AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE.....	169
VPRAŠALNIK ZA PREVENTIVNI PREGLED NA PODROČJU KRONIČNIH NENALEZLJIVIH BOLEZNI.....	210
POGLOBLJEN VPRAŠALNIK O PREHRANJEVALNIH NAVADAH	222
POGLOBLJEN VPRAŠALNIK, KI SE NANAŠA NA OCENO PIVSKEGA STATUSA (AUDIT-10).....	226
POGLOBLJEN VPRAŠALNIK, KI SE NANAŠA NA OCENO TVEGANJA ZA PRISOTNOST DEPRESIJE (PHQ-9)	228
LETNA OCENA STANJA SB TIPA 2.....	229
PISNI NAČRT SAMOZDRAVLJENJA POSLABŠANJA ASTME	230

AVTORJI

Andrea Backović Juričan, univ. dipl. org., dipl. del. ter., viš. fiziot., Center za upravljanje programov preventive in krepitev zdravja, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zaloška 29, 1000 Ljubljana

prim. doc. dr. Mateja Bulc, dr. med., Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

Breda Čuš, dipl. m. s., Center za upravljanje programov preventive in krepitev zdravja, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zaloška 29, 1000 Ljubljana

asist. Janet Klara Djomba, dr. med., Katedra za javno zdravje, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana in Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

prim. Jana Govc Eržen, dr. med., Zdravstveni dom Celje, Zdravstvena postaja Vojnik, Keršova 1, 3212 Vojnik in Nacionalni inštitut za javno zdravje, OE Celje, Ipavčeva 18, 3000 Celje

prim. prof. dr. Ivan Eržen, dr. med., Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

doc. dr. Jerneja Farkaš Lainščak, dr. med., Center za upravljanje programov preventive in krepitev zdravja, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zaloška 29, 1000 Ljubljana

mag. Tadeja Hočevar, psih., univ. dipl. kom., Center za upravljanje programov preventive in krepitev zdravja, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zaloška 29, 1000 Ljubljana

† prim. prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Taborska ulica 8, 2000 Maribor

Marjeta Keršič Svetel, prof. zgod., dipl. etn., Center za upravljanje programov preventive in krepitev zdravja, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zaloška 29, 1000 Ljubljana

Tjaša Knific, dipl. fiziot. Center za upravljanje programov preventive in krepitev zdravja, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zaloška 29, 1000 Ljubljana

prim. prof. dr. Marko Kolšek, dr. med., Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana in Zdravstveni dom Litija, Partizanska pot 8a, 1270 Litija

Jožica Maučec Zakotnik, dr. med., Center za upravljanje programov preventive in krepitev zdravja, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zaloška 29, 1000 Ljubljana

Nataša Medved, dipl. m. s., Center za upravljanje programov preventive in krepitev zdravja, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zaloška 29, 1000 Ljubljana

prim. doc. dr. Davorina Petek, dr. med., Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

doc. dr. Janez Rifel, dr. med., Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana in Zdravstveni zavod Revita, Splošna ambulanta Komenda, Glavarjeva cesta 61a, 1218 Komenda

izr. prof. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med., Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana in Ambulanta družinske medicine, Nova pot 5, 1351 Brezovica

izr. prof. dr. Marija Petek Šter, dr. med., Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
in Zdravstveni dom Trebnje, Goliev trg 3, 8210 Trebnje

asist. Rok Poličnik, mag. diet., spec. klin. diet., višji predavatelj, Center za upravljanje programov preventive
in krepitev zdravja, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zaloška 29, 1000 Ljubljana

dr. Nataša Sedlar Kobe, univ. dipl. psih., Center za upravljanje programov preventive in krepitev zdravja,
Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zaloška 29, 1000 Ljubljana

mag. Pia Vračko, dr. med. Center za upravljanje programov preventive in krepitev zdravja, Nacionalni inšti-
tut za javno zdravje, Zaloška 29, 1000 Ljubljana

asist. Sanja Vrbovšek, dipl. m. s., univ. dipl. soc., Center za upravljanje programov preventive in krepitev
zdravja, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zaloška 29, 1000 Ljubljana

RECENZIJ

Igor Švab

Slovenija se glede zdravstvenih izzivov sooča s podobnimi problemi, kot jih imajo razvite države sveta. Številni globalni trendi imajo velik vpliv na zdravje in hitro spreminjajo epidemiologijo, vzorce obolevnosti in načine zdravljenja in oskrbe v razvitem svetu.

Nekateri trendi so neposredno povezani z zdravjem populacije in bremenom bolezni, druge spremembe vplivajo na zdravje bolj posredno: zaradi vpliva demografskih dejavnikov se prebivalstvo stara, je vedno bolj mobilno ter se preseljuje v urbana okolja; hiter razvoj zdravstvenih tehnologij zahteva dodatne finančne vire, ki pa so, še posebej v času finančne krize, omejeni. Hiter razvoj komunikacij je prinesel boljše informiranost in večja pričakovanja prebivalstva, ki se kot enakopraven partner želi vključiti v skrb za svoje zdravje.

Še posebej je pomembno, da obravnavo prilagodimo sodobnim izzivom in izkoristimo priložnosti, ki jih ponuja razvoj. Na srečo v Sloveniji lahko gradimo na kakovostnem kadru, saj imamo kot kriterij za delo zdravnika v družinski medicini obvezo končane specializacije iz družinske medicine.

Med ključnimi elementi razvoja osnovne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji v prihodnosti je vpeljevanje celovitega modela obravnave bolnikov preko referenčnih ambulant. Gre za ambulante, v katerih delajo timi, ki so že sedaj v mreži javnega zdravstvenega sistema in so strokovno na visoki ravni: gre za nadgrajen način dela z že opredeljeno populacijo bolnikov. Njihov način dela temelji na celoviti obravnavi bolnikov, delu v skladu s protokoli vodenja kroničnih bolnikov, celoviti preventivi, doseganju kazalnikov kakovosti, strokovno optimalni rabi laboratorijskih storitev, opravljanju čim več storitev in posegov na primarni ravni ter izvajanju določenih aktivnosti s strani diplomirane medicinske sestre v skladu z njenimi pristojnostmi in odgovornostmi. Rezultati tega projekta so izvrstni, zato je s stališča razvoja osnovne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji nujno, da se projekt izpelje do konca in sproti nadgrajuje.

Nacionalni inštitut za javno zdravje je v sodelovanju s strokovnjaki iz osnovne zdravstvene dejavnosti pripravil priročnik, namenjen timom v referenčnih ambulatah družinske medicine za področje preventive. Med avtorji so ključni strokovnjaki s področja družinske medicine, kar je iz kakovosti prispevkov jasno razvidno. Gradivo predstavlja dopolnitev protokolom, ki so nastali v okviru projekta referenčnih ambulant in so objavljeni na spletnih straneh tega projekta.

Priročnik bo zagotovo našel svoje mesto v marsikateri ambulanti, pa tudi pri pouku, saj je dobrodošel celovit pregled preventivnih dejavnosti družinske medicine, ki poteka ob rednem delu v ambulanti. Že iz samega obsega je jasno videti, da preventiva predstavlja pomemben vidik dela sodobne ambulante družinske medicine. Z veseljem lahko ugotavljam, da je na tem področju slovenska družinska medicina med vodilnimi v Evropi.

PREDGOVOR

Ivan Eržen

Naraščanje kroničnih bolezni, povezanih z življenjskim slogom, je izziv večine razvitih držav, ki s staranjem prebivalstva prihaja vse bolj do izraza. Ker se na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje zavedamo, da prav noben sistem zdravstvenega varstva tako z vidika financiranja kot izvajanja tega naraščajočega bremena ne bo mogel obvladovati, se v zadnjih letih lotevamo razvoja celovitih programov, ki problematiko kroničnih bolezni naslavlja širše in z več vidikov.

Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju, s krajšim imenom Skupaj za zdravje je odličen primer tovrstnega dela, saj je že v svoji zasnovi vključeval sodelovanje strokovnjakov s področja javnega zdravja, družinske medicine, pediatrije, zdravstvene nege in številnih drugih področij zdravstva, prav tako pa tudi strokovnjakov drugih profilov in strok, ki so vsak iz svojega zornega kota prispevali k razvoju novih vsebin in pristopov ter nadgradili preventivne programe na primarni ravni zdravstvenega varstva.

Tudi v Sloveniji še vedno obstajajo pomembne razlike v zdravju med različnimi skupinami prebivalcev. Ob tem velja posebej izpostaviti ranljive in bolj občutljive skupine prebivalstva, pri katerih je preventivno delovanje izjemnega pomena, saj veliko doprinese k zmanjšanju neenakosti v zdravju. V sklopu projekta Skupaj za zdravje smo kot eno glavnih orodij za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalni skupnosti prepoznali skupnostni pristop. Tak pristop združuje številne lokalne strukture in partnerje, ki z usklajevanjem na osnovi prvotno dogovorjenih vrednot vzpostavljajo pogoje za boljše zdravje. Pričakujemo, da bodo dobre prakse, ki so se v lokalnem okolju, predvsem z veliko zavzetostjo vseh sodelujočih zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter strokovnjakov drugih področij, pokazale kot izjemno učinkovit pristop v skrbi za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju, pripomogle k sistemski ureditvi skupnostnega pristopa.

Za učinkovitejše doseganje ciljev, ki jih ima primarna raven zdravstvenega varstva v povezavi z boljšim javnim zdravjem ter z namenom zmanjševanja neenakosti v zdravju, smo nadgradili obstoječe zdravstvenovzgojne centre v zdravstvenih domovih, tako z organizacijsko-funkcionalnega kot vsebinskega vidika ter jih preimenovali v centre za krepitev zdravja. V bodoče jih vidimo kot eno ključnih organizacijskih struktur zdravstvenega doma, kjer se bodo izvajale aktivnosti krepitve zdravja, zdravstvene vzgoje in zmanjševanja neenakosti v zdravju v lokalni skupnosti. Pri delovanju centra za krepitev zdravja je v ospredju povezovanje, sodelovanje in komuniciranje med vsemi izvajalci preventivnega programa ter zdravstvenimi strokovnjaki in predstavniki nevladnih in drugih organizacij v lokalnem okolju. Nov koncept organizacije in delovanja centra za krepitev zdravja podpira tako integrirano preventivo kroničnih bolezni kot tudi skupnostni pristop za krepitev zdravja in zmanjševanja neenakosti v zdravju ter vključevanje ranljivih skupin v preventivni program.

Prepričan sem, da bodo rezultati projekta Skupaj za zdravje dolgoročno prispevali k boljšemu zdravju prebivalcev Slovenije ter h kakovostnejšemu izvajanju integrirane preventive z okrepljenim medpoklicnim sodelovanjem.

1 POGlavJE: UVOD

1.1 PRIROČNIKU NA POT - BESEDE UREDNIC

Pred vami je priročnik o integrirani obravnavi kroničnih nenalezljivih bolezni, namenjen zdravnikom družinske medicine ter drugim članom tima, ki se vključujejo v to obravnavo. Pri pisanju priročnika so sodelovali izkušeni avtorji s področja javnega zdravja in družinske medicine, ki so znanstvena spoznanja in organizacijske vidike izvajanja preventive predstavili na razumljiv način, podprt s praktičnimi nasveti za delo.

Priročnik je sestavljen iz splošnega dela, ki razloži organizacijo sistema izvajanja integrirane preventive, v nadaljevanju je razloženo presejanje in ukrepi za izboljšanje življenjskega sloga, v zadnjem delu priročnika pa so predstavljena priporočila za diagnostiko, zdravljenje in spremljanje kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine, ki povzemajo in razlagajo protokole za vodenje kroničnih bolezni v referenčnih ambulantah. Protokoli so spremenljiva se orodja, ki se spreminjajo z najnovejšimi spoznanji stroke, ki so zapisana v smernicah za delo. Že v času pisanja priročnika je prišlo do spremembe nekaterih priporočil oziroma protokolov, kar smo v največji možni meri upoštevali, vendar pa je se je potrebno zavedati stalnosti sprememb in v primeru novih spoznanj ali priporočil za delo upoštevati novosti.

Ob koncu priročnika so predstavljena orodja in vprašalniki, ki jih pri delu na področju preventive uporablja diplomirana medicinska sestra oziroma zdravnik za oceno stanja, prepoznavo tveganja, pomoč pri postavitvi diagnoze oziroma spremljanje uspeha zdravljenja. Uporaba standardiziranih vprašalnikov omogoča primerljivost dobljenih rezultatov in pripomore k objektivni oceni stanja oziroma napredka po določeni intervenciji.

Urednici verjameva, da je priročnik, ki je pred vami, dobrodošla dopolnitev in osvežitev že obstoječe literature na področju preventivne dejavnosti. Posebno vrednost pa mu daje to, da je napisan tako, da sledi konceptu celostne obravnave oseb, pri katerih so zaznana tveganja, v okvirih, ki smo jih oblikovali v našem prostoru.

Urednici:

Jana Govc Eržen

Marija Petek Šter

1.2 PROGRAM INTEGRIRANE PREVENTIVE KRONIČNIH NENALEZLJIVIH BOLEZNI PRI ODRASLIH – OPIS PREVENTIVNE POTI OBRAVNAVANE OSEBE

Jožica Maučec Zakotnik, Breda Čuš, Sanja Vrbovšek, Jana Govc Eržen, Nataša Medved

Osnovni namen Programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni (KNB), ki se izvaja v referenčnih ambulantah družinske medicine (RADM), je izboljšanje zdravja odraslih prebivalcev Slovenije, aktivni nadzor nad zdravjem ljudi, zgodnje odkrivanje oseb z biološkimi in vedenjskimi dejavniki tveganja za razvoj KNB in visoko ogroženih za razvoj KNB ter ustrezno ukrepanje, vključno s svetovanjem za obvladovanje dejavnikov tveganja in spremembo življenjskega sloga ter uvajanjem ustreznih strokovnih obravnav za preprečitev nastanka KNB in ustrezno zdravljenje odkritih bolezni.

Glavni cilji programa so:

- a) zmanjšanje zgodnje umrljivosti, obolevnosti ter invalidnosti zaradi nekaterih pogostejših KNB (bolezni srca in žilja, raka, sladkorne bolezni tipa 2, kronične obstruktivne pljučne bolezni, hipertenzije, debelosti, depresije, osteoporoze, mišično skeletnih disfunkcij) in drugih KNB;
- b) zmanjšanje vedenjskih in bioloških dejavnikov tveganja (telesna nedejavnost, nezdrava prehrana, kajenje, tvegano in škodljivo pitje alkohola, zvišan krvni tlak, zvišane maščobe v krvi, zvišan krvni sladkor) ter izboljšanje duševnega zdravja (spoprijemanje s stresom, depresijo in anksioznimi motnjami) v populaciji;
- c) opolnomočenje posameznikov pri skrbi za lastno zdravje;
- d) vzpostavljanje mreže partnerjev iz lokalnega okolja, ki posameznika podpirajo pri vzdrževanju zdravega življenjskega sloga in pri samooskrbi KNB.

Ciljna populacija

V Program integrirane preventive KNB je zajeta populacija oseb starih 30 let in več. Pri posameznikih, ki so družinsko obremenjeni z boleznimi srca in žilja, z družinsko hiperholesterolemijo oziroma dislipidemijo in bolnikih s sladkorno boleznijo se lahko opravi preventivni pregled že pred to starostjo.

Vabljenje na preventivni pregled

Na prvi preventivni pregled se vsakih 5 let vabi osebe stare 30 let in več. Na ponovni (kontrolni) preventivni pregled pa se vabi osebe z zelo izraženimi dejavniki tveganja za KNB, osebe s prisotno ogroženostjo za KNB in kronične bolnike na 1 leto ali že prej, skladno s presojo zdravnika družinske medicine (ZDM) ali diplomirane medicinske sestre (DMS) v RADM.

V primeru, da se oseba po treh vabljenjih (pisno, po e-pošti ali telefonsko) na preventivni pregled ne odziva, se ZDM/DMS iz RADM lahko poveže z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu, ki neodzivno osebo obišče na domu in jo motivira za udeležbo na preventivnem pregledu.

Izvajanje preventivnega pregleda

DMS preventivni pregled lahko v celoti izvede sama, če je potrebno, pa pacienta usmeri k ZDM. Pri tem ravna v skladu s smernicami in protokoli, ki so bili potrjeni na projektnem svetu RADM in so objavljeni na spletni strani RADM.

POTEK PREVENTIVNEGA PREGLEDA NA PODROČJU KRONIČNIH NENALEZLJIVIH BOLEZNI

Preventivni pregled sestavljajo 4 faze:

- prva faza – uvodni del preventivnega pregleda,
- druga faza – pridobivanje informacij o pacientu s pomočjo vprašalnikov, meritev in laboratorijskih izvidov,
- tretja faza – ocena tveganja/ogroženosti za KNB,
- četrta faza – obravnava pacienta glede na profil ogroženosti za KNB.

Prva faza: uvodni del preventivnega pregleda

Uvodni del preventivnega pregleda pri DMS iz RADM obsega naslednje ključne elemente: predstavitev in razlaga namena preventivnega pregleda, zanimanje za pacientovo trenutno počutje in njegov pogled na zdravstveno stanje, aktivno poslušanje pacientove ocene stanja, razlaga načrta preventivnega pregleda, postopkov in ciljev ter pridobitev soglasja o poteku preventivnega pregleda in mentorski vlogi DMS.

Druga faza: pridobivanje informacij o pacientu s pomočjo vprašalnikov, meritev in laboratorijskih izvidov

DMS skupaj s pacientom izpolni Vprašalnik za preventivni pregled na področju kroničnih nenalezljivih bolezni (pri posameznih vsebinskih področjih, ki so vključena v vprašalnik, je skladno z algoritmom obravnave treba uporabiti tudi tako imenovane poglobljene vprašalnike, in sicer na področju prehrane, pitja alkoholnih pijač in depresije) in nato po strokovnih protokolih:

- izvede antropometrične meritve (telesne višine, telesne mase, obsega pasu);
- izmeri krvni tlak;
- izvede spirometrijo, če je indicirana in takoj izvedljiva;
- pridobi laboratorijske izvide (krvnega sladkorja (KS), lipidograma – trigliceridov, skupnega holesterola, LDL-holesterola in HDL-holesterola, oralnega glukoznega tolerančnega testa (OGTT), če je indiciran in je tako dogovorjeno).

Tretja faza: ocena ogroženosti za KNB

Na osnovi podatkov, pridobljenih s pomočjo Vprašalnika za preventivni pregled na področju kroničnih nenalezljivih bolezni, poglobljenih vprašalnikov na področju prehrane, pitja alkoholnih pijač in depresije ter s pomočjo izvedenih meritev in laboratorijskih izvidov je skladno s protokoli določanja ogroženosti za KNB mogoče identificirati:

- družinsko obremenjenost za zvišan krvni tlak, srčno-žilne bolezni (SŽB), sladkorno bolezen tipa 2 ter raka debelega črevesa in danke (RDČD),
- udeležbo v preventivnih presejalnih državnih programih (Dora, Zora, Svit),
- status prehranjevanja,
- status telesne dejavnosti,
- kadilski status,
- pivski status,
- ogroženost za stres,
- ogroženost za depresijo,
- ogroženost zaradi neugodnih socialnih determinant zdravja,
- ogroženost za aterosklerotično SŽB,
- ogroženost za sladkorno bolezen tipa 2,
- ogroženost za KOPB,
- ogroženost za debelost,
- ogroženost za arterijsko hipertenzijo,
- ogroženost za alkoholizem,
- ogroženost za osteoporozo.

DMS na osnovi vedenjskih in bioloških dejavnikov tveganja, ocene ogroženosti za KNB in sumov na že prisotno KNB oblikuje predlog načrta obravnave pacienta in ga po potrebi usmeri k ZDM.

Četrta faza: obravnava pacienta glede na profil ogroženosti za KNB

Glede na oceno ogroženosti pacienta za razvoj KNB lahko DMS:

- preventivni pregled do konca izpelje sama, kadar pregled pri ZDM ni potreben, kar pomeni, da prevzame nadaljnjo obravnavo, ali
- pacienta usmeri k ZDM.

Čeprav (v idealnem primeru) v anamnezi in statusu ni zaznanega nobenega tveganja za zdravje, je prav, da se ZDM seznanijo z ugotovitvami preventivnega pregleda za vse svoje paciente. Način, kako se ZDM seznanijo s temi podatki, je odvisen od organizacijskih možnosti v konkretni ambulanti. O tem se dogovori DMS z ZDM v soglasju s pregledano osebo.

DMS lahko praviloma samostojno vodi in spremlja:

- osebe z ugotovljenimi dejavniki tveganja v življenjskem slogu (neustrezno prehranjevanje, nezadostna telesna dejavnost, kajenje, stres), pri katerih ogroženost za SŽB skupaj ne presega 20 % tveganja za pojav koronarnega dogodka v naslednjih desetih letih;
- osebe, pri katerih pri preventivnem pregledu ni odkrite ogroženosti/tveganja za katero izmed KNB (debelost, hipertenzija, dislipidemija, preddiabetesna stanja, sladkorna bolezen tipa 2, KOPB, depresija, zasvojenost z alkoholom, drugo).

DMS k ZDM napoti:

a) osebe brez izražene KNB, pri katerih v poteku presejanj ugotovi:

- 20% ali večjo ogroženost za SŽB in/ali
- tvegano, škodljivo pitje ali sum na zasvojenost z alkoholom in/ali
- ogroženost za KOPB in/ali
- ogroženost za hipertenzijo in/ali
- ogroženost za depresijo in/ali
- veliko tveganje za sladkorno bolezen in osebe, pri katerih izmerjena koncentracija glukoze na tešče presega diagnostično vrednost za sladkorno bolezen in/ali
- dislipidemijo in/ali
- zelo izražen kateri izmed posameznih dejavnikov tveganja (na primer skupni holesterol, debelost, zelo povečan obseg pasu, hudo kajenje in drugo) in/ali
- katero izmed opozorilnih znamenj ali drugo ogroženost za raka ter
- vse osebe, ki izrazijo neki simptom, skrb v povezavi z zdravjem ali željo, da jih pregleda zdravnik in/ali

b) vse paciente z izraženo katero izmed KNB, če ni drugače predvideno v protokolu vodenja te KNB.

Pri delitvi delovnih nalog in odgovornosti je potrebno upoštevati naslednja varnostna načela:

1. DMS je pri svojem delu dolžna upoštevati dokumenta Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi in Aktivnosti zdravstvene nege za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege v ambulanti družinske medicine.
2. Pri mejnih ali nejasnih ugotovitvah, pri katerih predpisani protokoli odločanja ne dajejo enoznačnih usmeritev glede nadaljnjih postopkov, je vedno potreben posvet DMS z ZDM.
3. Kadar oseba pri preventivnem pregledu izrazi težavo, skrb v povezavi z zdravjem ali željo po pregledu pri ZDM, ji je potrebno tak pregled omogočiti, čeprav v poteku pregleda ni bilo ugotovljenih odstopanj v zdravju.

Kratek opis pregleda pri zdravniku

ZDM se seznanja z rezultati presejalnih vprašalnikov in meritev, po potrebi poglobi anamnezo, izvede klinični pregled, pregleda laboratorijske izvide in se z osebo pogovori. Na osnovi celovite presoje stanja zapiše delovno ali končno diagnozo, poda oceno zmernega, velikega ali zelo velikega tveganja za SŽB in za druge

KNB, naroči potrebne dodatne laboratorijske in funkcionalne preiskave, predpiše ustrezno medikamentozno terapijo ter poda dodatna navodila in datum naslednje kontrole pri sebi.

Ob koncu pregleda pri ZDM so zbrane naslednje informacije o pacientu:

1. profil vedenjskih dejavnikov tveganja;
2. profil bioloških dejavnikov tveganja;
3. opredeljena je ogroženost za KNB (SŽB, KOPB, depresijo/stres, alkoholizem, debelost, družinskega RDČD), prepoznane so osebe z velikim tveganjem za sladkorno bolezen tipa 2 oziroma je izpeljana diagnostika sladkorne bolezni;
4. morebitna napotitev na kolonoskopijo ali druge dodatne preiskave;
5. opredeljeni so sumi manifestnih KNB (delovna diagnoza) in/ali
6. potrjene so že nekatere končne diagnoze in zdravljenje z zdravili, kjer je to indicirano.

Končni rezultat preventivnega pregleda

Pri obravnavani osebi se po izvedenem preventivnem pregledu lahko ugotovijo naslednja stanja:

1. **zdrava oseba;**
2. **zdrava oseba z dejavniki tveganja** (nezdravo prehranjevanje, telesna nedejavnost, kajenje, tvegano/škodljivo pitje alkohola, stres, povišan krvni tlak, povišane maščobe v krvi);
3. **oseba, ogrožena za KNB** (več kot 20 % srčno-žilna ogroženost, oseba ogrožena za sladkorno bolezen tipa 2 (osebe z moteno toleranco za glukozo, osebe z mejno bazalno glikemijo), oseba ogrožena za KOPB (glede na izvid spirometrije), oseba ogrožena za depresijo (glede na presejalni vprašalnik PHQ-9), oseba ogrožena za osteoporozo (glede na izračun tveganja za osteoporozne zlome - FRAX);
4. **oseba s prisotno KNB** (s srčno-žilnimi boleznimi, s sladkorno boleznijo tipa 2, z debelostjo, s KOPB, z depresijo, s hipertenzijo, z osteoporozo).

Spremljanje oseb po opravljenem preventivnem pregledu

Nadaljnje izvajanje ukrepov in spremljanje osebe po izvedenem preventivnem pregledu s strani DMS v RADM je odvisno od njene identificirane ogroženosti/obolelosti za KNB. Specifični ukrepi DMS glede na ogroženost/obolelost za KNB so navedeni v Tabeli 1.

Tabela 1. Spremljanje oseb po opravljenem prvem preventivnem pregledu

OGROŽENOST ZA KNB/MANIFESTNA KNB	SPREMLJANJE
Zdrava oseba	Ponovni preventivni pregled čez 5 let.
Zdrava oseba z dejavniki tveganja	<p>Prisotnost dejavnika tveganja nezdravega prehranjevanja in/ali telesne nedejavnosti – ponovni preventivni pregled čez 5 let, po presoji DMS/ZDM pogosteje.</p> <p>Prisotnost dejavnika tveganja kajenja in/ali tveganega/škodljivega pitja alkohola in/ali stresa in/ali visoko normalnega krvnega tlaka in/ali visokih maščob v krvi – ponovni preventivni pregled čez 1 leto, po presoji DMS/ZDM že prej.</p> <p>DMS osebi kratko svetuje o spreminjanju nezdravih življenjskih navad in jo usmeri v CKZ ter motivira za udeležbo v ustreznih zdravstvenovzgojnih delavnicah.</p>
Oseba, ogrožena za KNB	<p>Oseba opravi ponovni preventivni pregled čez 1 leto, po presoji DMS/ZDM lahko prej. DMS ponovno preveri dejavnike tveganja za KNB in status ogroženosti za KNB.</p> <p>DMS osebi kratko svetuje o spreminjanju nezdravih življenjskih navad in jo usmeri v CKZ ter motivira za udeležbo v ustreznih zdravstvenovzgojnih delavnicah.</p>
Oseba s prisotno KNB	<p>DMS pri osebi 1-krat letno preveri vse vedenjske dejavnike tveganja z ustreznimi presejalnimi vprašalniki.</p> <p>Pri že manifestni KNB sta za urejenost KNB ključni sprememba življenjskega sloga in optimalna urejenost življenjskega sloga, zato DMS osebi kratko svetuje o spreminjanju nezdravih življenjskih navad in jo usmeri v CKZ ter motivira za udeležbo v ustreznih zdravstvenovzgojnih delavnicah.</p> <p>DMS pri osebah z manifestno KNB enkrat letno izvede presejanje za morebitno prisotnost depresije.</p>

Ponovni preventivni pregledi so priložnost, da DMS pri osebah s tveganji v življenjskem slogu in/ali s tveganji za razvoj KNB ter brez manifestnih KNB preveri stanje, ki je ob prvem pregledu odstopalo, osebo spodbudi k zdravemu življenjskemu slogu oziroma ustrezno ukrepa.

Če gre pri osebi za veliko ali zelo veliko tveganje za KNB ali za že izraženo bolezen, datum naslednje kontrole določi ZDM. DMS ob kontroli preveri stanje na področju dejavnikov tveganja ter osebo ozavešča, seznanji in motivira za opuščanje zdravstveno tveganih vedenj, pomaga pri oblikovanju načrta spreminjanja in organiziranju vključevanja v programe CKZ.

Vloga DMS pri izvajanju integrirane preventive KNB v RADM

Vključitev DMS v tim ZDM vsekakor pomeni krepitev področja preventive v primarnem zdravstvenem varstvu. DMS v RADM prevzema vlogo posameznikovega koordinatorskega mentorja in mentorja na njegovi poti do boljšega zdravja in počutja. DMS usmerja preventivni pregled od vabljenja dalje, pri čemer konti-

nuirano sodeluje z ZDM. S pomočjo presejalnih vprašalnikov in meritev pridobi pomembne informacije o pacientu in njegovih navadah, povezanih z zdravjem, ter mu skladno z rezultati preventivnega pregleda svetuje o vzpostavljanju zdravih in spreminjanju nezdravih življenjskih navad. Skupaj z njim načrtuje nadaljnje ukrepe z vidika nemedikamentozne obravnave, pri čemer ga skladno z njegovo ogroženostjo in obolestjo za KNB ter prisotnimi dejavniki tveganja usmerja in motivira za vključitev v strukturirane in standardizirane zdravstvenovzgojne delavnice v CKZ, ki jih izvajajo za to posebej usposobljeni zdravstveni delavci in sodelavci. DMS v RADM s svojim delovanjem pomembno pripomore k odločitvam, ki pacienta vodijo k ohranjanju in krepitvi zdravja ter mu pomaga pri doseganju zastavljenih ciljev in odstranjevanju morebitnih ovir. Po izvedenem preventivnem pregledu DMS pacienta tudi spremlja skladno s sprejetimi smernicami in protokoli ter načrtuje njegovo nadaljnjo preventivno obravnavo.

Opomba: podrobnejša opredelitev poteka preventivnega pregleda na področju KNB je navedena v priročniku za diplomirane medicinske sestre Izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine, ki je potrjen na projektnem svetu RADM in objavljen na spletni strani RADM.

LITERATURA

Poplas Susič T, Švab I, Kersnik J. Projekt referenčnih ambulant družinske medicine v Sloveniji, Zdrav vestn 2013; 82: 635–47.

Vrbovšek S., Čuš B., Maučec Zakotnik J. in Štern B., ur. Izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine. Priročnik za diplomirane medicinske sestre. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, v tisku.

Vprašalniki za preventivni pregled dostopni na spletni strani: <http://www.referencna-ambulanta.si/?p=1110>.

1.3 ZAGOTAVLJANJE NEMEDIKAMENTOZNE OBRAVNAVE V ZDRAVSTVENOVZGOJNIH CENTRIH

Sanja Vrbovšek, Jožica Maučec Zakotnik

Zdravstvenovzgojni centri (ZVC)¹ so samostojne organizacijske enote v zdravstvenih domovih in ključne organizacijske strukture za zagotavljanje aktivnosti krepitev zdravja v lokalni skupnosti in zdravstvene vzgoje za odraslo populacijo na primarni ravni zdravstvenega varstva. ZVC izvajajo aktivnosti krepitev zdravja v lokalnem okolju ter standardizirano in strukturirano nemedikamentozno obravnavo v okviru **Programa svetovanja za zdravje**², kjer gre za izvajanje zdravstvenovzgojnih in psihoedukativnih delavnic ter individualnih svetovanj, v katerih strokovnjaki udeležencem posredujejo strokovne informacije, jih učijo veščin in jim nudijo podporo za dolgotrajno spremembo življenjskih navad oziroma za krepitev duševnega zdravja.

KOMU JE NAMENJEN PROGRAM SVETOVANJA ZA ZDRAVJE?

Odraslim osebam od 19. leta dalje

- s prisotnimi vedenjskimi, biološkimi in psihosocialnimi dejavniki tveganja za razvoj kroničnih bolezni (KB) – nezadostna telesna dejavnost, nezdrava prehrana, kajenje, tvegano/škodljivo pitje alkohola, stres, zvišan krvni tlak, zvišane maščobe v krvi,
- s prisotno ogroženostjo/visokim tveganjem za razvoj KB in
- s prisotnimi KB.

V nekatere delavnice/individualna svetovanja se lahko vključijo vse osebe iz ciljne populacije programa, v druge pa le po opravljenem preventivnem pregledu v ambulanti družinske medicine, skladno z ugotovljenimi dejavniki tveganja za KB, ogroženostjo in/ali obolelostjo za KB.

Za osebe z urejenim obveznim zdravstvenim zavarovanjem je udeležba v Programu svetovanja za zdravje brezplačna.

KAJ OBSEGA PROGRAM SVETOVANJA ZA ZDRAVJE?

Program svetovanja za zdravje obsega 12 vrst nemedikamentoznih obravnav, od tega 4 temeljne/kratke delavnice in 8 poglobljenih/dolgih delavnic oz. individualnih svetovanj. Struktura Programa svetovanja za zdravje je prikazana v Tabeli 1.

1 Na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje smo v okviru vnaprej definirane projekta »Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje« nadgradili organizacijo, delovanje in vsebino programa v zdravstvenovzgojnih centrih ter jih preimenovali v centre za krepitev zdravja. Od leta 2015 v Sloveniji delujejo 3 centri za krepitev zdravja, in sicer v zdravstvenih domovih Celje, Vrhnika in Sevnica, leta 2017 pa se bo vzpostavilo novih 25 centrov za krepitev zdravja. Postopoma se bodo vsi zdravstvenovzgojni centri preoblikovali v centre za krepitev zdravja in izvajali razširjeni program.

2 V centrih za krepitev zdravja se izvaja razširjeni Program svetovanja za zdravje, imenovan Program za krepitev zdravja.

Tabela 1. Struktura Programa svetovanja za zdravje.

TEMELJNE/KRATKE DELAVNICE	POGLOBLJENE/DOLGE DELAVNICE IN INDIVIDUALNA SVETOVANJA		
	SVETOVALNICA ZA ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG	SVETOVALNICA ZA DUŠEVNO ZDRAVJE	SVETOVALNICA ZA TVEGANA VEDENJA
Življenjski slog Preizkus hoje na 2 km Dejavniki tveganja (Zvišan krvni tlak, Zvišane maščobe v krvi, Zvišan krvni sladkor) Tehnike sproščanja	Zdrava prehrana Telesna dejavnost – gibanje Zdravo hujšanje	Podpora pri spoprijemanju z depresijo Podpora pri spoprijemanju s tesnobo Spoprijemanje s stresom	Skupinsko svetovanje za opuščanje kajenja Individualno svetovanje za opuščanje kajenja

Del Programa svetovanja za zdravje je tudi Individualno svetovanje za tvegane pivce alkohola, ki pa se ne izvaja v ZVC, temveč le pri zdravnikih družinske medicine (ZDM).

Temeljne/kratke zdravstvenovzgojne delavnice so namenjene

- seznanjanju udeležencev o pomenu zdravega življenjskega sloga za ohranjanje in krepitev zdravja ter preprečevanje in zdravljenje KB,
- motiviranju za spremembo vedenja, povezanega z zdravjem, in za vključitev v poglobljene zdravstvenovzgojne delavnice/individualna svetovanja, skladno s prisotnimi dejavniki tveganja, ogroženostjo in obolelostjo za KB.

Vanje se lahko vključijo vse osebe iz ciljne populacije programa.

Poglobljene/dolge zdravstvenovzgojne delavnice oz. individualna svetovanja so namenjena pridobivanju znanja in veščin ter motivacije udeležencev za spreminjanje vedenja, povezanega z zdravjem. Strokovnjaki jim prav tako nudijo podporo in pomoč v procesu opolnomočenja za spremembo življenjskega sloga in za krepitev duševnega zdravja ter pri skrbi za zdravje.

Strokovnjaki iz tima ZVC osebe najprej vključijo v temeljne delavnice, nato pa glede na njihovo ogroženost, obolelost in prisotne dejavnike tveganja ter glede na njihov interes v poglobljene delavnice in individualna svetovanja. Osebe se zdravstvenovzgojne delavnice/individualnega svetovanja lahko udeležijo v katerem koli ZVC-ju, ne glede na geografsko lokacijo njihovega stalnega/začasnega prebivališča oziroma geografsko lokacijo osebnega izbranega zdravnika.

KDO IZVAJA PROGRAM SVETOVANJA ZA ZDRAVJE?

Program svetovanja za zdravje izvajajo dodatno strokovno usposobljene diplomirane medicinske sestre/profesorice zdravstvene vzgoje, diplomirani fizioterapevti, psihologi, zdravniki in ostali zdravstveni delavci in sodelavci.

OPREDELITEV POSAMEZNIH SKUPINSKIH DELAVNIC IN INDIVIDUALNIH SVETOVANJ, KI SE IZVAJAJO V ZDRAVSTVENOVZGOJNIH CENTRIH

Temeljne/kratke zdravstvenovzgojne delavnice

VRSTA DELAVNICE/ SVETOVANJA	KDO JE UPRAVIČEN DO UDELEŽBE?
ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG	<p>Udeleženci pridobijo informacije o pomenu zdravega življenjskega sloga (zdrave prehrane, telesne dejavnosti, nekajenja, opuščanja tveganega/škodljivega pitja alkohola, obvladovanja stresa, spanja ipd.) za ohranjanje in krepitev zdravja, preprečevanje nastanka kroničnih bolezni oziroma za kakovostnejše življenje s kronično boleznijo. Prav tako pridobijo motivacijo in podporo za spremembo vedenja, povezanega z zdravjem</p> <p>Kdo se lahko udeleži delavnice: odrasle osebe s prisotnimi dejavniki tveganja za KB, ogroženi za razvoj KB ter kronični bolniki</p> <p>Časovni obseg: 1 srečanje, ki traja 120 minut</p> <p>Št. udeležencev v skupini: 10</p>
PREIZKUS HOJE NA 2 KM	<p>Gre za praktično izvedbo preizkusa hoje na 2 km, s katerim se izmeri telesna zmogljivost udeleženca preizkusa. Delavnica obsega predpripravo na testiranje, izvedbo preizkusa hoje na 2 km in individualno svetovanje glede telesne dejavnosti za krepitev zdravja glede na rezultate. Preizkus je ponovljiv in z njim lahko spremljamo napredek v telesni zmogljivosti posameznika po določenem času telesne vadbe. Udeleženci prav tako pridobijo motivacijo za spremembo gibalnih navad in za vključitev v nadaljnje poglobljene/dolge zdravstvenovzgojne delavnice z ozirom na ogroženost, obolelost in prisotne dejavnike tveganja.</p> <p>Kdo se lahko udeleži delavnice: odrasle osebe s prisotnimi dejavniki tveganja za KB, ogroženi za razvoj KB ter kronični bolniki</p> <p>Časovni obseg: praviloma se izvede v 1 srečanju, ki za posameznika traja približno 60 minut (meritev krvnega tlaka, ogrevanje, izvedba preizkusa hoje, individualno svetovanje)</p> <p>Št. udeležencev v skupini: 10</p>

VRSTA DELAVNICE/ SVETOVANJA	KDO JE UPRAVIČEN DO UDELEŽBE?
<p>DEJAVNIKI TVEGANJA (ZVIŠAN KRVNI TLAK, ZVIŠANE MAŠČOBE V KRVI, ZVIŠAN KRVNI SLADKOR)</p>	<p>Zvišan krvni tlak: Udeleženci pridobijo ključne informacije o zvišanem krvnem tlaku ter znanja in veščine za pravilno izvajanje samomeritev krvnega tlaka. S strokovno pomočjo oblikujejo uresničljiv načrt za spremembo z zdravjem povezanih življenjskih navad, ki pripomore k vzdrževanju ciljnih vrednosti krvnega tlaka in izboljšanju njihovega počutja.</p> <p>Zvišane maščobe v krvi: Udeleženci pridobijo ključne strokovne informacije o zvišanih vrednostih maščob v krvi. S strokovno pomočjo oblikujejo uresničljiv načrt za spremembo z zdravjem povezanih življenjskih navad, ki pripomore k vzdrževanju ciljnih vrednosti krvnih maščob in izboljšanju njihovega počutja.</p> <p>Zvišan krvni sladkor: Delavnica je namenjena osebam z mejno bazalno glikemijo in moteno toleranco za glukozo. Udeleženci pridobijo najpomembnejša znanja o mejni bazalni glikemiji in moteni toleranci za glukozo.</p> <p>Kdo se lahko udeleži delavnice: odrasle osebe s prisotnimi dejavniki tveganja za KB, ogroženi za razvoj KB ter kronični bolniki.</p> <p>Časovni obseg: 1 srečanje, ki traja 135 minut</p> <p>Št. udeležencev v skupini: 10</p>
<p>TEHNIKE SPROŠČANJA</p>	<p>Udeleženci spoznajo osnovne značilnosti sproščanja in preizkusijo tri različne tehnike sproščanja (dihalne vaje, postopno mišično sproščanje, vizualizacijo pomirjujočega kraja), spoznajo njihove prednosti ter dobijo priporočila, da jih lahko izvajajo tudi sami doma.</p> <p>Kdo se lahko udeleži delavnice: odrasle osebe s prisotnimi dejavniki tveganja za KB, ogroženi za razvoj KB ter kronični bolniki, ki jih stres obremenjuje v vsakdanjem življenju.</p> <p>Časovni obseg: 1 srečanje, ki traja 90 minut</p> <p>Št. udeležencev v skupini: 8</p>

Poglobljene/dolge zdravstvenovzgojne delavnice

VRSTA DELAVNICE/ SVETOVANJA	KDO JE UPRAVIČEN DO UDELEŽBE?
ZDRAVA PREHRANA	<p>Udeleženci pridobijo najpomembnejša znanja o zdravi prehrani in njenem pomenu za zdravje ter motivacijo in veščine za postopno uvajanje sprememb v svoje prehranjevanje (kako izbrati zdrava živila v pestri ponudbi na trgovskih policah, kako sestaviti zdrav jedilnik na enostaven način, zdravo prehranjevanje v različnih življenjskih situacijah ipd.). Izvajalec delavnice udeležencem prav tako nudi strokovno podporo in pomoč pri spreminjanju nezdravih prehranjevalnih navad.</p> <p>Kdo se lahko udeleži delavnice: odrasle osebe z 10-letnim srčno-žilnim tveganjem 20 % in več/z visoko ogroženostjo za druge KB/ kronični bolniki s hkrati prisotnim dejavnikom tveganja nezdravega prehranjevanja.</p> <p>V delavnico se lahko vključijo le osebe s predhodno opravljenim preventivnim pregledom.</p> <p>Časovni obseg: 4 tedenska srečanja v skupini, ki trajajo po 90 minut, ter 2 individualni svetovanji, ki trajata po 30 minut za posameznika.</p> <p>Št. udeležencev v skupini: 10</p>
TELESNA DEJAVNOST – GIBANJE	<p>Udeleženci se seznanijo s priporočili telesne/gibalne dejavnosti za krepitev zdravja ter pomembnostjo in razlikami različnih elementov ter tipov telesne vadbe, osvojijo principe varne in učinkovite vadbe ter znajo vanjo vključiti različne elemente in tipe vaj, naučijo se uporabljati merilce srčnega utripa in druge vadbene pripomočke, skupaj s strokovnjakom poiščejo ovire za telesno nedejavnost in naredijo načrt za njihovo premagovanje ter oblikujejo individualni načrt za povečanje in samostojno izvajanje telesne dejavnosti za krepitev zdravja ter za vzdrževanje redne telesne dejavnosti.</p> <p>Izvajalec delavnice udeležencem prav tako nudi strokovno podporo in pomoč pri spreminjanju gibalnih navad/pri vzpostavljanju aktivnega življenjskega sloga.</p> <p>Kdo se lahko udeleži delavnice: odrasle osebe z 10-letnim srčno-žilnim tveganjem 20 % in več/z visoko ogroženostjo za druge KB/ kronični bolniki s hkrati prisotnim dejavnikom tveganja nezadostne telesne dejavnosti oziroma zasedenim življenjskim slogom.</p> <p>V delavnico se lahko vključijo le osebe s predhodno opravljenim preventivnim pregledom.</p> <p>Časovni obseg: 12 tedenskih srečanj v skupini, ki trajajo od 45 do 90 minut.</p> <p>Št. udeležencev v skupini: 10</p>

VRSTA DELAVNICE/ SVETOVANJA	KDO JE UPRAVIČEN DO UDELEŽBE?
ZDRAVO HUJŠANJE	<p>Udeleženci dobijo motivacijo, strokovno podporo in pomoč pri zdravem hujšanju ter znanje in veščine za spreminjanje prehranskih in gibalnih navad ter psihološko podporo v procesu hujšanja in vzdrževanja zdravega življenjskega sloga. Pomembno prednost predstavlja delo v skupini zaradi vzpostavljene skupinske dinamike in medsebojne podpore udeležencev programa.</p> <p>Kdo se lahko udeleži delavnice:</p> <ol style="list-style-type: none"> odrasle osebe z indeksom telesne mase (ITM) 27,5 in več ter hkratnim 10-letnim srčno-žilnim tveganjem 20 % in več/z visoko ogroženostjo za druge KB/ kronični bolniki; odrasle osebe s prisotno debelostjo (ITM 30 in več), ki je bolezenska entiteta sama po sebi, hkrati pa predstavlja pomembno tveganje za številne druge KB. <p>V delavnico se lahko vključijo le osebe s predhodno opravljenim preventivnim pregledom.</p> <p>Časovni obseg: 16 tedenskih srečanj v skupini, ki trajajo po 90 minut, in 16 tedenskih srečanj telesne vadbe, ki trajajo po 45 minut. Srečanja potekajo 16 zaporednih tednov, 2-krat tedensko, in sicer en dan v tednu poteka srečanje v delavnici, drugi dan v tednu pa telesna vadba.</p> <p>Št. udeležencev v skupini: 15</p>
PODPORA PRI SPOPRIJEMANJU Z DEPRESIJO	<p>Udeleženci v delavnici spoznajo osnovne značilnosti depresije, vzroke zanjo ter potek in načine zdravljenja. Prav tako pridobijo znanja in veščine, s katerimi si lahko pomagajo sami in izboljšajo svoje počutje. Z drugimi udeleženci v skupini si lahko izmenjajo izkušnje in se medsebojno podpirajo.</p> <p>Kdo se lahko udeleži delavnice: odrasle osebe z diagnozo depresije in osebe, pri katerih so prisotni obremenjujoči simptomi depresije, ter njihovi svojci. V delavnico se lahko vključijo le osebe s predhodno opravljenim preventivnim pregledom oziroma osebe, napotene s strani psihiatra.</p> <p>Časovni obseg: 4 tedenska srečanja v skupini, ki trajajo po 90 minut, in eno 15-minutno individualno svetovanje za posameznika v času trajanja delavnice.</p> <p>Št. udeležencev v skupini: 6</p>

VRSTA DELAVNICE/ SVETOVANJA	KDO JE UPRAVIČEN DO UDELEŽBE?
<p>PODPORA PRI SPOPRIJEMANJU S TESNOBO</p>	<p>Udeleženci v delavnici spoznajo osnovne značilnosti anksioznosti (tesnobe), vzroke zanjo ter potek in načine zdravljenja. Prav tako pridobijo znanja in veščine, s katerimi si lahko pomagajo sami in izboljšajo svoje počutje. Z drugimi udeleženci v skupini si lahko izmenjajo izkušnje in se medsebojno podpirajo.</p> <p>Kdo se lahko udeleži delavnice: odrasle osebe z diagnosticiranimi anksioznimi motnjami in osebe, pri katerih so prisotni obremenjujoči simptomi anksioznih motenj, ter njihovi svojci. V delavnico se lahko vključijo le osebe s predhodno opravljenim preventivnim pregledom oziroma osebe, napotene s strani psihiatra.</p> <p>Časovni obseg: 4 tedenska srečanja v skupini, ki trajajo po 90 minut, in eno 15-minutno individualno svetovanje za posameznika v času trajanja delavnice.</p> <p>Št. udeležencev v skupini: 6</p>
<p>SPOPRIJEMANJE S STRESOM</p>	<p>Udeleženci v delavnici spoznajo osnovne značilnosti doživljanja stresa, vzroke zanj ter načine njegovega obvladovanja. Pridobijo znanja in veščine, s katerimi si lahko pomagajo sami in izboljšajo svoje počutje (tehnik sproščanja, tehnike preusmerjanja misli in čustev, načrtovanje odziva na stresne situacije, razvijanje čustvenega zavedanja ipd.).</p> <p>Kdo se lahko udeleži delavnice: odrasle osebe s prisotnimi dejavniki tveganja za KB, ogroženi za razvoj KB ter kronični bolniki, ki jih stres obremenjuje v vsakdanjem življenju.</p> <p>Časovni obseg: 4 tedenska srečanja v skupini, ki trajajo po 90 minut, in eno 15-minutno individualno svetovanje za posameznika v času trajanja delavnice.</p> <p>Št. udeležencev v skupini: 8</p>
<p>SKUPINSKO/INDIVIDUALNO SVETOVANJE ZA OPUŠČANJE KAJENJA</p>	<p>To je strokovno voden program opuščanja kajenja. Udeleženci dobijo ključne informacije, strokovno podporo in pomoč pri opuščanju kajenja. Kadilci se lahko vključijo v tisto obliko svetovanja, ki jim bolj ustreza.</p> <p>Kdo se lahko udeleži delavnice: vsi kadilci</p> <p>Časovni obseg skupinskega svetovanja: 6 tedenskih srečanj v skupini, ki trajajo po 90 minut.</p> <p>Št. udeležencev v skupini: 6</p> <p>Časovni obseg individualnega svetovanja: 6 tedenskih individualnih srečanj, ki trajajo po 30 minut.</p>

SODELOVANJE IN POVEZOVANJE MED (REFERENČNIMI) AMBULANTAMI DRUŽINSKE MEDICINE IN ZDRAVSTVENOVZGOJNIM CENTROM

Program svetovanja za zdravje predstavlja integralni del *Preventivnega programa preprečevanja in obvladovanja KB v referenčnih ambulantah družinske medicine (RADM)* kot tudi *Nacionalnega programa primarne preventivne srčno-žilnih bolezni*, ki se izvaja v ambulantah družinske medicine, ki še niso referenčne. Zaradi zagotavljanja celovite obravnave pacientov na področju preprečevanja, zgodnjega odkrivanja in obvladovanja KB v skladu s 4. členom Priloge ZD ZAS II/a (Oblikovanje in financiranje programov na primarni ravni) Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2016 izvajalec storitev preventivnega pregleda plačniku lahko obračuna šele tedaj, ko je opravil preventivni pregled, o rezultatih preventivnega pregleda poročal v Register oseb, ki jih ogrožajo srčno-žilne bolezni, in vse osebe, ki imajo 10-letno srčno-žilno tveganje več kot 20 %, ter vse kadilce, osebe s prekomerno telesno težo (ITM > 30), hipertonike, sladkorne bolnike in tvegane pivce napotil v ZVC.

Ob zaključku preventivnega pregleda ZDM ali diplomirana medicinska sestra (DMS) iz RADM pacientu razloži pomen ugotovitev preventivnega pregleda za njegovo zdravje ter izvede kratko svetovanje za zdrav življenjski slog in opuščanje zdravstveno tveganjih vedenj. Hkrati tudi ugotavlja njegov odnos do vedenjskih dejavnikov tveganja in stopnjo pripravljenosti za spreminjanje z zdravjem povezanih tveganjih vedenj. Osebe s prisotnimi dejavniki tveganja za razvoj KB, osebe, ogrožene za razvoj KB ter tiste z že prisotno KB usmeri v Program svetovanja za zdravje, ki poteka v ZVC-jih, pri čemer upošteva tudi pacientovo motiviranost in stopnjo pripravljenosti za spreminjanje z zdravjem povezanih tveganjih vedenj.

Izvajalec preventivnega pregleda ima ključno vlogo pri motiviranju pacienta za spreminjanje z zdravjem povezanih tveganjih vedenj in za njegovo vključitev v ustrezne nemedikamentozne obravnave v Programu svetovanja za zdravje. Pri tem je pomembno, da pacientu predstavi strukturo in vsebine Programa svetovanja za zdravje ter prednosti in dobrobiti, ki jih prinaša udeležba v teh nemedikamentoznih obravnava. ZDM ali DMS iz RADM v procesu motiviranja pacienta uporablja uveljavljene motivacijske tehnike za podporo odločanju, pri čemer upošteva preference in zmožnosti pacienta, njegov socio-ekonomski status ter okolje, v katerem živi.

S ciljem zagotavljanja kontinuirane nemedikamentozne obravnave pacienta se izvajalci preventivnih pregledov pri svojem delu redno povezujejo in sodelujejo z vodjo in ostalimi izvajalci iz ZVC-ja, ki so strokovnjaki na področju promocije zdravja in zagotavljanj podpore pri opuščanju zdravstveno tveganjih vedenj.

NAPOTOVANJE PACIENTOV V PROGRAM SVETOVANJA ZA ZDRAVJE

Izvajalec preventivnega pregleda pacienta v ZVC napoti na podlagi izpisa preventivnega pregleda, ki ga posreduje vodji ZVC. Skupaj z izpisom posreduje tudi podatke o pacientovi motiviranosti in stopnji pripravljenosti na spreminjanje z zdravjem povezanih tveganjih vedenj. Na podlagi vseh teh podatkov se pacientu lahko zagotovi takšna nemedikamentozna obravnava v ZVC-ju, ki je skladna z njegovim zdravstvenim stanjem, njegovimi željami in zmožnostmi.

ZVC-ji zagotavljajo izvajanje nemedikamentozne obravnave za vse odrasle osebe iz ciljne populacije programa, ki prebivajo na gravitacijskem območju zdravstvenega doma. Zato v Program svetovanja za zdravje svoje paciente napotujejo tako ZDM oz. DMS iz (R)ADM v zdravstvenih domovih kot tudi iz (R)ADM s konsorcijo. ZDM oz. DMS iz (R)ADM paciente sicer običajno napotita v najbližji ZVC, vendar pa imajo pravico do udeležbe v Programu svetovanja za zdravje v tistem ZVC-ju, kjer si to želijo. Zato je vodja ZVC dolžen

napotno dokumentacijo pacienta posredovati v tisti ZVC, kjer se pacient želi udeležiti nemedikamentoznih obravnav.

POSREDOVANJE POVRATNIH INFORMACIJ O UDELEŽBI PACIENTA V PROGRAMU SVETOVANJA ZA ZDRAVJE

Vodja ZVC je (v sodelovanju z izvajalci posamezne zdravstvenovzgojne delavnice/individualnega svetovanja) po končani nemedikamentozni obravnavi posameznega pacienta v ZVC-ju dolžan posredovati pisno povratno informacijo o udeležbi pacienta v Programu svetovanja za zdravje njegovemu osebnemu izbranemu zdravniku oziroma DMS iz RADM. Povratna informacija vključuje podatke o udeležbi pacienta na posameznih zdravstvenovzgojnih delavnicah/individualnih svetovanjih, o njegovih doseženih rezultatih (spremembah) ter priporočilo za vzdrževanje doseženih sprememb.

LITERATURA:

Vrbovšek S, Čuš B, Maučec Zakotnik J in Štern B, ur. Izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine. Priročnik za diplomirane medicinske sestre. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, v tisku.

Splošni dogovor za pogodbeno leto 2015. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Dostopno na: <http://www.zzs.si/egradivap/2EC3F2AC07922434C1257E7C0040094A> (20. 7. 2015).

Štern B. Razvoj modela integrirane preventive in celostne oskrbe kroničnih nenalezljivih bolnikov odrasle populacije na primarni ravni zdravstvene dejavnosti. Poročilo Ministrstvu za zdravje. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja republike Slovenije, 2010.

1.4 REFERENČNE AMBULANTE DRUŽINSKE MEDICINE – OPIS PROJEKTA

Jana Govc Eržen, Breda Čuš, Pia Vračko

Referenčna ambulanta družinske medicine (RADM) je naziv za ambulanto družinske medicine z razširjenim timom zdravstvenega osebja: poleg zdravnika in medicinske sestre paciente referenčne ambulante spremlja tudi diplomirana medicinska sestra, ki skrbi za vodenje urejenih kroničnih bolnikov in za sistematično preventivno obravnavo opredeljenih oseb. Diplomirana medicinska sestra je v ambulanti družinske medicine prisotna polovični delovni čas.

V RADM je obravnava bolnikov nadgrajena v skladu s protokoli vodenja kroničnih bolnikov, z vodenjem registrov kroničnih bolnikov ter z načrtovanim in sistematičnim presejanjem za najpogostejše kronične bolezni in preventivnim svetovanjem.

Ciljna populacija RADM so vse osebe, stare 30 let in več.

Namen RADM je razvoj modela ambulante družinske medicine, ki bo odgovarjal potrebam populacije in izvajalcev in bo opredeljeval:

- vsebino dela (protokoli vodenja kroničnih bolnikov, vzpostavitvev registrov, načrtna in sistematična preventiva),
- organizacijo dela (delitev aktivnosti in kompetenc, celovita obravnava bolnikov),
- kadrovsko strategijo (nadgrajen tim z ustrezno delitvijo dela znotraj tima) in
- model plačevanja, ki temelji na glavarini in kakovosti dela.

Cilj projekta referenčnih ambulant je omogočiti kakovostno obravnavo vseh bolnikov na primarni ravni stopnje, ko je nujna napotitev na sekundarno raven, z ustrezno vsebinsko, kadrovsko in finančno strukturo, povečati kakovost in stroškovno učinkovitost obravnave bolnikov, zagotoviti boljše zdravje prebivalstva ter zagotoviti večje zadovoljstvo pri bolnikih in izvajalcih.

Prve referenčne ambulante so s svojim delom po vsej Sloveniji začele 1. 4. 2011, konec septembra 2016 je delovalo 638 tovrstnih ambulant. Načrt Ministrstva za zdravje je, da vse ambulante družinske medicine postanejo referenčne ambulante do konca leta 2017.

RADM pomenijo pomemben napredek v timski obravnavi pacientov v ambulanti družinske medicine, pomenijo pa tudi izboljšano dostopnost prebivalcev do kakovostne zdravstvene oskrbe.

Vsebina programa

RADM izvajajo ob svojem rednem delu po načelih medicinske znanosti in znanosti zdravstvene nege naslednje naloge:

- preventiva in zgodnje odkrivanje nekaterih pogostejših kroničnih nenalezljivih bolezni (KNB),
- vodenje kroničnih bolnikov,
- obravnava novonastalih stanj in bolezni,
- vodenje registrov kroničnih in ogroženih bolnikov.

1. Preventiva in zgodnje odkrivanje nekaterih pogostejših kroničnih bolezni

Preventiva in zgodnje odkrivanje bolezni srca in žilja, sladkorne bolezni tipa 2 ter dejavnikov tveganja zanje poteka v ambulantah splošne in družinske medicine od leta 2002 v okviru Programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni.

S projektom RADM sta se preventiva in zgodnje odkrivanje bolezni razširila še na nekatere druge najpogostejše kronične bolezni v populaciji odraslih, starih 30 let in več. Posameznike, ki so družinsko obremenjeni z boleznimi srca in žilja, z družinsko hiperholesterolemijo oziroma dislipidemijo in bolnike s sladkorno boleznijo, se lahko v preventivni program vključi že pred starostjo 30 let.

V okviru preventivnega pregleda se v RADM izvajajo presejanja za:

- a) Odkrivanje naslednjih pogostejših KNB: bolezni srca in žilja, raka, sladkorne bolezni tipa 2, kronične obstruktivne pljučne bolezni, hipertenzije, debelosti, depresije, osteoporoze, mišično skeletnih disfunkcij in drugih KNB.
- b) Odkrivanje vedenjskih in bioloških dejavnikov tveganja (telesna nedejavnost, nezdrava prehrana, kajenje, tvegano in škodljivo pitje alkohola, stres, zvišan krvni tlak, zvišane maščobe v krvi, zvišan krvni sladkor).

Na preventivni pregled v RADM se aktivno vabi paciente iz opredeljene ciljne populacije. Vsaka oseba je na preventivni pregled vabljen vsakih pet let. Osebe, pri katerih so na preventivnem pregledu odkriti dejavniki tveganja, ogroženost za razvoj KNB, že prisotna KNB pa se vabi čez eno leto oziroma v skladu s presojo zdravnika družinske medicine (ZDM) ali diplomirane medicinske sestre (DMS) v RADM.

V primeru, da se oseba na preventivni pregled ne odziva, se ZDM/DMS iz RADM lahko poveže z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu (DMS v PV), ki neodzivno osebo lahko obišče na domu.

Poleg presejanj DMS v RADM izvajajo tudi opolnomočenje posameznikov pri skrbi za lastno zdravje.

2. Vodenje kroničnih bolnikov

Kronične bolnike se vodi po enotnih smernicah/protokolih obravnave. Vodi se bolnike z naslednjimi skupinami kroničnih bolezni:

- koronarne bolezni,
- arterijska hipertenzija,
- sladkorna bolezen,
- kronična obstruktivna pljučna bolezen,
- astma,
- osteoporoza,
- bolezni prostate,
- depresija.

Protokoli za zdravstveno obravnavo bolnikov s temi obolenji so pripravljene in dostopni na spletni strani <http://www.referencna-ambulanta.si>. Protokoli se bodo v bodoče dopolnjevali glede na možnosti prenosa

aktivnosti z zdravnikov na DMS, vsekakor postopoma in z dodatnim usposabljanjem DMS v okviru modularnega sistema pridobivanja znanj.

3. Obravnava novonastalih stanj in bolezni

Delo poteka v skladu s protokoli za zdravstveno obravnavo pacientov in s smernicami/priporočili obravnave novonastalih bolezenskih stanj.

4. Vodenje registrov kroničnih in ogroženih bolnikov

Za uspešno delo je nujno poznavanje populacije, s katero tim referenčne ambulante aktivno dela. Za načrtovanje in spremljanje zdravljenja pacientov in svojega dela tim vodi registre vseh kroničnih in ogroženih skupin bolnikov v svoji ambulanti.

V RADM se vodijo registri naslednjih kroničnih in ogroženih bolnikov:

- koronarne bolezni,
- arterijska hipertenzija,
- sladkorna bolezen,
- KOPB,
- astma,
- osteoporoza,
- bolezni prostate,
- depresija.

Spremembe v registru se sproti posodablja (izpisani, novi bolniki, umrli). Enkrat letno pa je potrebno opraviti pregled posodobitev s strani DMS. Na predlog delovne skupine/projektne sveta se registri za dodatne kronične bolezni dopolnjujejo enkrat letno.

Financiranje referenčnih ambulant družinske medicine

Način financiranja RADM opredeljuje Splošni dogovor in Aneks k Splošnemu dogovoru. Oblikovan je tako, da omogoča in vzpodbuja:

- prenos zdravstvene obravnave s sekundarne na primarno raven,
- trajno in celovito obravnavo kroničnih bolnikov,
- primarno in sekundarno preventivno dejavnost,
- uvajanje in uporabo protokolov obravnav,
- zmanjševanje nepotrebnih napotitev na sekundarno raven,
- racionalno predpisovanje zdravil in medicinsko tehničnih pripomočkov,
- nagrajevanja tima za kakovostno in varno zdravstveno oskrbo,
- stimuliranje ruralnih področij.

Delo RADM bo služilo za razvoj sprememb v modelu financiranja osnovne zdravstvene dejavnosti, ki naj bi bile uvedene v prihodnjih letih.

Dodelitev statusa in spremljanje dela referenčne ambulante družinske medicine

Pogoji in navodila za vključitev na seznam kandidatov za RADM so navedeni na spletni strani Ministrstva za zdravje RS

http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/referencne_ambulante/pogoji_za_vkljucitev_na_seznam_kandidatov_za_ra/.

Da so ambulante čim bolj enakomerno razporejene po celotni Sloveniji, se za izbiro vsakega paketa skupine na novo vključenih ambulant uporabljajo merila za razvrstitev prijavljenih kandidatov:

- regija (vsaki regiji pripade določen delež znotraj skupnega števila predvidenih vključitev),
- ruralna lokacija (znotraj regije imajo prednost ruralne ambulante),
- datum prejema popolne prijave (med preostalimi ambulantami imajo prednost prej prispеле prijave),
- uravnoteženo razmerje med javnimi iz zasebnimi izvajalci (med neruralnimi ambulantami imajo prednost ambulante, ki prispevajo k temu, da je razmerje med zasebnimi in javnimi ambulantami družinske medicine čim bolj primerljivo z razmerjem med zasebnimi in javnimi splošnimi ambulantami v regiji),
- število opredeljenih pacientov.

Status RADM se podeli na osnovi samoocene ambulante. Samoocenjevanje se izvede s pomočjo vprašalnika, ki je dostopen na spletni strani: www.referencna-ambulanta.si. Model je narejen po vzoru evropskega modela poslovne odličnosti EFQM.

Vprašalnik zajema več sklopov vprašanj, ki dajo podatke o sledečih vsebinah organizacije ambulante:

- kakovost in varnost (politika kakovosti, varnost osebja in podatkov, vključevanje bolnikov: pritožni sistem in merjenje zadovoljstva, analiza in poročanje ter predlogi izboljšav),
- infrastruktura (prostori, medicinska oprema in zdravila, nemedicinska oprema, dostopnost in razpoložljivost),
- informacije (medicinski podatki, nemedicinski podatki, zaupnost in zasebnost, sistem komuniciranja v timu in z drugimi sodelavci, procesiranje informacij, strokovne informacije za člane tima, informacije za bolnike o ambulanti, informacije za bolnike o zdravstvenih temah),
- človeški viri (člani tima, delovni pogoji, izobraževanje in usposabljanje),
- načrtovanje in planiranje (finančno planiranje, planiranje vsebine dela, spremljanje učinkov dela, analiza in poročanje o delu in učinkih).

Ambulanta, ki pridobi status RADM, je dolžna izvajati samoocenjevanje vsako leto.

Vodenje in spremljanje projekta

Projekt vodi Projektni svet RADM, ki ga je imenoval minister za zdravje. Nalogi Projektnega sveta RADM sta spremljanje poteka projekta ter formalno sprejemanje odločitev.

Operativna delovna skupina, ki je formirana v skladu z dokumentacijo Projekta RADM, pa koordinira in vodi delo posameznikov in delovnih skupin, ki so odgovorne za posamezne vsebine dela tima v RADM.

Naloga delovne skupine je priprava gradiv za projektno skupino, ki odloča na osnovi gradiv.

Ministrstvo za zdravje je pooblastilo Katedro za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, da skupaj z izbrano izobraževalno institucijo s področja zdravstvene nege redno spremlja vsebino dela, organizacijo dela, aktivnosti in kazalnike kakovosti RADM, ustrezno ukrepa ter poroča Ministrstvu za zdravje o rezultatih svojih aktivnosti.

LITERATURA

Bulc M. Preveniriva bolezni in promocija zdravja v referenčnih ambulantah. 2011. Dostopno na: <http://www.zbornica-zveza.si/Dokument.aspx?ID=91> (20. 2. 2011).

Marušič D. Sklep o imenovanju projektne sveta »Referenčne ambulante«. Ministrstvo za zdravje. 2011.

Poplas Susič T. Referenčne ambulante, 2011. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/novinarski_koticek/novinarske_konference/referencne_ambul_050111/Ref_ambulante_Poplas_Susic_050111.pdf (20. 2. 2011).

Poplas Susič T, Marušič D. Referenčne ambulante. Bilten ekonomike organizacije in informatike v zdravstvu 2011, 27(1): 9–17.

Poplas Susič T, Švab I, Kersnik J. Projekt referenčnih ambulant družinske medicine v Sloveniji. Zdravniški vestnik 2013, 82: 635–47.

Referenčne ambulante družinske medicine. Projekt Ministrstva za zdravje. Najdeno 16. maja 2016 na spletni strani <http://www.referencna-ambulanta.si/>.

Vrbovšek S, Čuš B, Maučec Zakotnik J, Štern B. Izvajanje integrirane preventivne kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine. Priročnik za diplomirane medicinske sestre. Ljubljana, Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015.

1.5 ZAGOTAVLJANJE KAKOVOSTI

Janko Kersnik

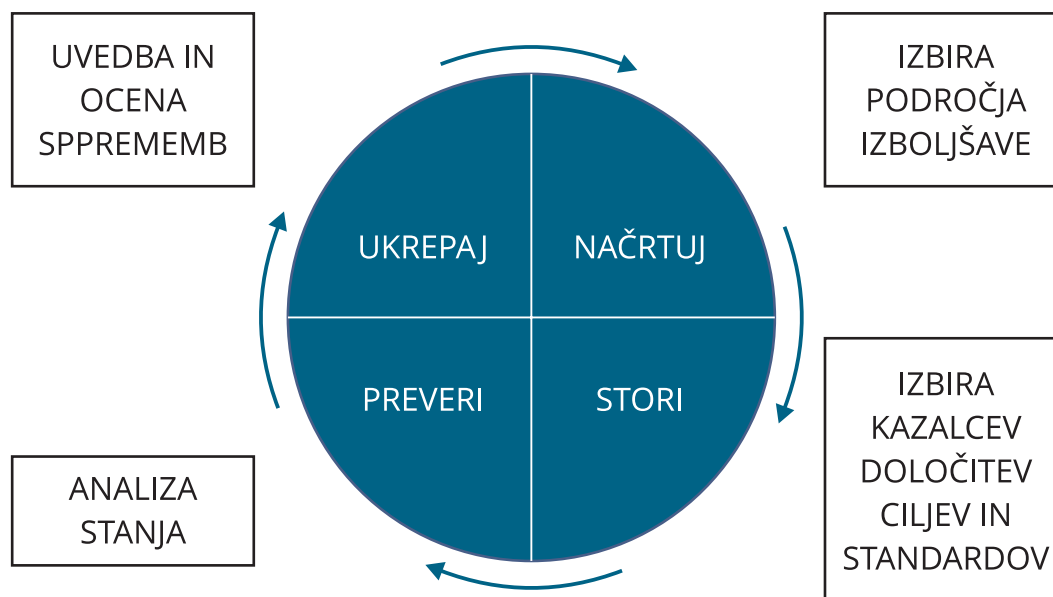
Kakovost

Bogastvo jezika se kaže v njegovi prilagodljivosti, da lahko zadovoljivo popiše vse človeške dejavnosti. Namesto vsakdanje ocene, da je nekaj dobro ali slabo, smo po angleškem vzoru prevzeli pojem kakovost. Ker gre pri pojmu kakovost za posebno pomensko rabo, imamo zato kar precej težav. Kakovost je stopnja, v kateri skupek svojstvenih lastnosti izpolnjuje zahteve (standard ISO 9000). To je stopnja, ob kateri zdravstvena oskrba posameznika, skupine prebivalcev ali celotnega prebivalstva deluje v skladu s sodobnimi strokovnimi spoznanji in s tem zveča verjetnost zaželenih izidov in zmanjšuje možnost neželenih. Gre za uporabo učinkovitih postopkov zdravstvene oskrbe (pričakovane koristi presežajo pričakovane škodljivosti) pri pravih bolnikih v danih razmerah na učinkovit način.

Izboljševanje kakovosti presejanja

Preventivno dejavnost delimo na primarno, sekundarno, terciarno in kvartarno. Slednja nas svari pred medikalizacijo družbe in neželenimi posledicami zapletov zaradi povečane diagnostike in zdravljenja, ki sledita lažno pozitivnim izvidom testiranj ter dilem zaradi lažno negativnih izvidov. Primarna preventiva v obliki različnih ukrepov na področju zakonodaje o okolju, delovnem mestu, preskrbi z vodo, hrano, odstranjevanjem odplak in odpadkov ter javnih kampanj zdravstvenega prosvetljevanja je področje javnega zdravja. Večino sistematičnega cepljenja v okviru primarne preventive izvaja zdravstvena služba. Ta igra pomembno vlogo v terciarni preventivi z učinkovitim zdravljenjem kroničnih bolezni in je bistven dejavnik v sekundarni preventivi, to je pri zgodnjem odkrivanju bolezni in dejavnikov tveganja za njihov nastanek. S podaljševanjem življenjske dobe in razpoložljivostjo ukrepov je sistematično zgodnje odkrivanje bolnikov s kroničnimi boleznimi in dejavniki tveganja zanje ter sistematično vodenje kroničnih bolnikov postalo strokovno utemeljeno. Posamezne raziskave so pokazale, da so na tem področju možnosti za izboljšanje stanja. Način organizacije in financiranja družinske medicine pa do nedavnega ni podpiral generičnega koncepta celovite obravnave bolnika.

Na osnovi teh dejstev je strokovni vrh družinske medicine predlagal spremembe, ki so se na podlagi široke razprave med vsemi deležniki izoblikovale v projekt referenčnih ambulant družinske medicine (RADM). Tipično slovensko smo vsaj v formalni obliki preskočili prve tri stopnje kroga izboljševanja kakovosti in najprej uvedli spremembe (slika 1). Na srečo model kroga to dopušča, saj se bomo med evalvacijo vedno znova vrteli v istem krogu ocenjevanja doseganja ciljev (kakovosti), ki smo jih postavili in ki jih bomo lahko po potrebi prilagajali, da bi postopno dosegli želeno stopnjo kakovosti oskrbe pri presejanju in vodenju bolnikov z dejavniki tveganja ali s kroničnimi boleznimi.



Slika 1. Krog kakovosti.

Ocenjevanje kakovosti dela

Želena raven kakovosti dosežemo, če imamo za to ustrezne pogoje (angl. structure), izvajamo ustrezne postopke (angl. process) in dosežemo želene izide (angl. outcome).

POGOJI

Pogoje zagotavlja dodatni normativ za »referenčno ambulanto«, ki zagotavlja dodatna sredstva za polovični delovni čas diplomirane medicinske sestre, materialne stroške in stroške za laboratorijske storitve. Izvajalec zdravstvene dejavnosti, ki kandidira za referenčno ambulanto družinske medicine (RADM), pa je dolžan zagotoviti ustrezne kadrovske in prostorske pogoje, ki so zajeti v predhodni samooceni ob prijavi. Med pogoji smo za kazalce kakovosti izbrali samooceno in dokumente, potrebne za delovanje, kar izvajalec predloži ob prijavi za pridobitev RADM. Tudi registri posameznih bolezni in stanj, s katerimi se intenzivneje ukvarjamo v RADM predstavljajo kazalec kakovosti, dokler ne bomo uspeli avtomatizirano zajemati podatkov iz teh registrov, saj informacijska podpora le prepočasi sledi potrebam za uspešno izmenjavo podatkov in zbiranje kazalcev kakovosti.

POSTOPKI

Postopki dela v RADM so zbrani v protokolih presejanj in obravnave kroničnih bolnikov in v standardih zdravstvene nege, ki podrobno popisujejo aktivnosti, ki jih mora izvesti diplomirana medicinska sestra v sklopu posamezne obravnave. Dodatni izziv predstavlja potreba po sodelovanju med zdravnikom in diplomirano medicinsko sestro ob sprejemanju nekaterih skupnih odločitev. Kazalce kakovosti postopka smo izluščili iz protokolov, ki jih uporabljamo v RADM.

IZIDI

Med izidi dela v RADM so klinični in družbeni izidi. Vsako leto izmerimo stopnjo zadovoljstva bolnikov in zaposlenih v RADM. Med kratkoročne izide lahko štejemo tudi doseganje nekaterih ciljnih vrednosti kliničnih meritev, na katere po predvidevanju lahko razlike v prizadevnosti tima ambulate družinske medicine bistveno prispevajo k razlikam teh kliničnih meritev. Tak primer je prizadevanje za vrednosti glikiranega hemoglobina pod 7 %.

Izbira kazalcev, določitev meril in standardov kakovosti

KAZALEC KAKOVOSTI

Kazalec ali kazalnik ali indikator je merljivi del oskrbe. Zanj mora biti dokazano ali s konsenzom na podlagi posrednih dokazov dogovorjeno, da odraža kakovost oskrbe. Vzpostavitev registra sladkornih bolnikov dokazano izboljša izide oskrbe, ker ima tim pregled nad svojimi bolniki, njihovimi obiski, jemanjem zdravil in izmerjenimi parametri. Ko nam bo omogočena elektronska izmenjava podatkov, bo vrednost glikiranega hemoglobina lahko nadomestila druge kazalce, povezane s sladkorno boleznijo, saj bo za doseganje ciljnih vrednosti potrebnih cel niz dejavnosti, to je od registra, rednega naročanja, motiviranja za spremembo življenjskega sloga, jemanja zdravil in drugo. Na nek način naj bi izbrani kazalec kar najbolje odražal celotno kakovost na področju zagotavljanja pogojev, izvajanja postopkov in doseganja izidov.

MERILO KAKOVOSTI

Seveda zgolj izbira kazalca ne omogoča ocenjevanja, to je merjenja kakovosti. Kazalcu je potrebno določiti merilo, in sicer sistematično oblikovano stališče za ocenjevanje kakovosti. Tak primer je pri bolniku s hipertenzijo pri kazalcu »urejenost krvnega tlaka« opredeljeno merilo »povprečje meritev krvnega tlaka pri bolniku s hipertenzijo v standardnih pogojih v tekočem letu je nižja od 140/90 mmHg«.

STANDARD KAKOVOSTI

Lahko bi rekli, da je naš cilj pri posamezniku s hipertenzijo doseči povprečne vrednosti, ki so nižje od te ciljne vrednosti. Ker vidimo, kako se »cilj« pojavlja v različnih pomenih, je zato primerneje uporabljati izraz merilo, da ne pride do zmede, saj besedo cilj lahko uporabimo tudi, ko govorimo o standardu, to je pričakovani ravni oziroma stopnji doseganja merila za naš kazalec. Vemo, da ni mogoče doseči, da bi bila vrednost krvnega tlaka pri vseh bolnikih s hipertenzijo nižja od ciljne pod 140/90 mmHg, zato na podlagi razpoložljivih dokazov iz literature, kakšna je stopnja urejenosti krvnega tlaka pri bolnikih z arterijsko hipertenzijo, določimo odstotek doseganja merila za naš kazalec. Določili smo, da tim doseže minimalno raven kakovosti pri obravnavi bolnikov s hipertenzijo, če ima v tekočem letu 50 % bolnikov s hipertenzijo povprečno vrednost v standardnih pogojih izmerjenih krvnih tlakov nižjo od 140/90 mmHg. Prednost takega sistematičnega pristopa je, da lahko standard (cilj) kakovosti, ko je enkrat dosežen, postopno »zastrujemo« in tako dvigamo raven kakovosti.

ZAKLJUČEK

Na enak način smo izbrali in opredelili tudi ostale kazalce. Poiskali smo take, ki po našem najboljšem vedenju odslikavajo kakovost dela in so pomembni za populacijo bolnikov v ambulanti družinske medicine. Namenoma kazalcev ni veliko, da se celovita oskrba bolnikov, ki so glavni »cilj« sprememb, ne bi sprevrgla

v vzporedni cilj, nekritično doseganje ciljnih vrednosti za vsako ceno in polnjenje računalnikov z nepotrebnimi podatki. Prav tako se moramo izogniti ihti po razvrščanju izvajalcev na osnovi rutinsko zbranih podatkov. Uvrstitev nas sicer lahko motivira za večjo prizadevnost, še hitreje pa zavede v tehnicizem in medikalizacijo, bolnik pa ostane ob strani. Najti moramo pravo razmerje med avtonomijo bolnikov, neškodljivostjo in zagnanostjo ter delati dobro.

LITERATURA:

Kersnik J. Kakovost v zdravstvu. - 2. natis. - Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2010. - (Zbirka PiP: pravočasno in pravilno) Dosegljivo na: <http://www.drmed.org/index.php?k=14&n=723>.

1.6 ZAGOTAVLJANJE ODZIVNOSTI – NA RAVNI DRUŽBE, PROMOCIJA V LOKALNI SKUPNOSTI, V AMBULANTI ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE

Danica Rotar Pavlič

UVOD

Osredotočenost na skupnost postaja v zadnjem desetletju zanimivo torišče mednarodnih razprav in primerjav. Koncept sodelovanja z lokalno skupnostjo predstavlja nadgradnjo posamične oskrbe, ki je osredotočena k bolniku. Zavezuje vse zdravstvene delavce, da se odzovejo na težave, ki jih zaznajo v lokalni skupnosti. Zahteva, da se odmaknejo od izključne obravnave medicinskih problemov posameznika, da opustijo avtoritarni pristop in da k utečenemu delu dodajo potrebe lokalne skupnosti. Projekti, ki vključujejo povezovanje zdravstvenih delavcev in družbe po eni strani zagotavljajo večjo stabilnost, po drugi strani pa v primerjavi z ustaljeno prakso zahtevajo veliko večjo angažiranost zdravstvenega osebja. Zdravniki in njihovi sodelavci se ob tem neizogibno srečajo s potrebo po spremembi vrednot in z zahtevo po družbenem angažiranju.

»Zdravnikovo delovno okolje je skupnost, ne laboratorij ali ambulanta. Zdravnik dela in se uči v skupnosti«, je zapisal slavni zdravnik in tvorec v skupnost usmerjene zdravstvene dejavnosti, dr. Andrija Štampar.

V definiciji svetovne organizacije specialistov družinske medicine WONCA je skrb za skupnost navedena večkrat:

- Zdravnik družinske medicine naj razvija k osebi usmerjen pristop, ki vključuje tudi njeno družino in skupnost.
- Zdravnik družinske medicine ima za zdravje v skupnosti specifično odgovornost.
- Skrb za posameznika v kontekstu njegove družine, skupnosti in kulture mora upoštevati avtonomijo posameznika.
- Zdravniki družinske medicine udeležujejo svojo profesionalno vlogo s promocijo zdravja, preprečevanjem bolezni, zdravljenjem, paliativnim pristopom ter krepijo opolnomočenje bolnika in samooskrbo. To izvajajo bodisi neposredno, bodisi prek služb, ki v lokalni skupnosti zagotavljajo pomoč občanom.

Usmeritev k skupnosti je ena izmed šestih kompetenc zdravnika družinske medicine. Vendar lahko zdravnikova sočasna odgovornost do posameznega bolnika in do širše skupnosti privede do napetosti in nasprotij interesov, česar se mora tim na primarni ravni zavedati.

Zdravnik in njegovi sodelavci običajno niso večji dolgoročnega delovanja, ki ima namen vključiti širšo skupnost, čeprav neredko tudi sami priznavajo potrebo po soodločanju družbe. V ambulanti družinske medicine na primer zaznavajo problematiko naraščajoče brezposelnosti in s tem povezano psihosocialno problematiko, ne vedo pa, kako bi se nanjo odzvali. Drug primer predstavlja zdravstvena obravnava prekrasnih delavcev, za katere velja, da običajno ne morejo koristiti bolniškega staleža, včasih pa celo - zaradi zamud pri plačevanju zavarovalnine - nimajo veljavnega zdravstvenega zavarovanja. Nezavarovane osebe so izpostavljene tveganju, da jih na recepciji zdravstvenih ustanov zavrnejo. Nekateri ljudje, ki so izpostavljeni težki socio-ekonomski situaciji živijo bolj tvegano in imajo več sočasnih bolezenskih stanj od premožnejše soseske. Zaradi težavnega socio-ekonomskega položaja lahko občutijo dodatno krivdo, ambulanto manj obiskujejo in celo privzamejo nezdrav življenjski slog.

Pri načrtovanju sodelovanja s skupnostjo moramo upoštevati, da je le-to mogoče le ob uveljavljenem timskem pristopu. Vsekakor pa moramo upoštevati tudi avtonomijo in voljo posameznika in poznati omejitve, ki jih mora poznati zdravstveno osebje, kadar posega v pravice posameznika. V drugem delu pričujočega poglavja je zato zapisanih nekaj pravil sodelovanja v timu in spodbud, ki bodo koristile pri učinkoviti izpeljavi timskega dela.

OVIRE PRI VKLJUČEVANJU LOKALNIH SKUPNOSTI

Dvajseto stoletje je zaznamovalo biomedicinsko razumevanje zdravja in bolezni. Povezano je bilo s kartezijanskim dualizmom in z mehanicističnim pojmovanjem telesa kot stroja, ki ga je mogoče »popraviti« z odstranitvijo ali zamenjavo »pokvarjenih« delov. Biomedicinski model je utrjeval vero v specializacije vseh vrst ter razvijal drage, boleče in včasih najbrž tudi škodljive posege, ne da bi gojil preventivne dejavnosti in spodbujal odgovornost vsakega posameznika za lastno zdravje. Značilnosti ozkega biomedicinskega modela so, da uporablja zdravnik pri obravnavi bolnika znanstveni pristop in nadzor nad bolnikovim zdravstvenim stanjem. Ukvarja se s posameznimi napakami organov ali napakami podsistemov in izhajajočimi simptomi. Bolnik je ob tem pasiven udeleženec. Njegove težave zdravnik razlaga s spremenjenim delovanjem sicer fizioloških procesov organizma.

Tim na primarni ravni lahko ob zavzetem upoštevanju usmerjenosti v skupnost naleti tudi na težave. Tako lahko po izvedeni analizi stanja ambulate ugotovi, da ima zabeleženo večjo pojavnost karcinomov v primerjavi s slovenskim povprečjem. Svojo analizo skuša preveriti, vendar mu na državni instituciji povedo, da so zaposleni z rednim delom in drugimi analizami.

Obstajajo pa tudi lepši zgledi, na primer povezovanje z lokalnimi farmacevti in skupno preprečevanje hudih interakcij zdravil, sodelovanje s patronažno službo in centrom za socialno delo ter skupna pomoč družinam s številnimi boleznimi in slabim socialnim stanjem.

Precejšnjo vlogo pri odstranjevanju ovir ima tudi izobraževanje in osveščanje obiskovalcev ambulate. Pri tem imata pomembno vlogo medicinska sestra in diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulanti. Izobraževanje naj bo del vsake obravnave, tako pri kurativnih kot pri preventivnih obiskih. Pri tem zdravstveno osebje ne sme prehitro obupati. Če zdravstveno osebje prek heteroanamnestičnih podatkov ugotovi, da pri določeni osebi obstaja visoko tveganje za napredovanje bolezni, oseba pa se že dolgo ni oglasila v ambulanti, se o tem pogovori na timskem sestanku. Na njem skušajo najti ustrezen način pristopa (vabilo prek pošte, obisk patronažne medicinske sestre, telefonski klic). Seveda je pri tem pomembna določena mera previdnosti, saj so heteroanamnestični podatki včasih zavajajoči, zdravstveno osebje pa se lahko znajde na tankem ledu poseganja v pravice posameznika.

SPREMEMBE OD KLASIČNEGA BIOMEDICINSKEGA PRISTOPA DO VKLJUČEVANJA SKUPNOSTI

Klasični odnos se je v enaindvajsetem stoletju začel nezadržno spreminjati. Eno od pomembnih ovir pri vključevanju skupnosti je nedvoumno predstavljala razdrobljena osredotočenost zdravstvenih delavcev na posamezne super-specialistične postopke. Tako so zdravstvenega delavca zanimali posamezni dejavniki tveganja kot na primer tveganje za srčno-žilno ogroženost, tveganje za pojav osteoporoze, tveganje za poslabšanje diabetesa in podobno. Razmišljanje zdravnikov in njihovih sodelavcev je temeljilo na klasificiranju zdravstvenih težav, s katerimi so se srečevali. Naslednji pereč problem, ki je zaviral usmeritev k skupnosti, so predstavljale frustracije pred morebitnimi neuspehi. Dogajalo se je namreč že, da se je

zdravstveno osebje zavzeto lotilo neke zdravstvene intervencije, kljub temu pa je merjenje učinkov kasneje pokazalo, da do pomembnejših sprememb v družbi ni prišlo, da je na primer le nekaj posameznikov spremenilo življenjski slog, večina pa je nadaljevala s starim.

KAKO DO USPEHA PRI VKLJUČEVANJU LOKALNE SKUPNOSTI?

V izogib obupu in stališču, da ni mogoče ničesar spremeniti, navajamo nekaj opornih točk, ki lahko vsem zdravstvenim delavcem pomagajo k večjemu uspehu. Priporočamo, da zdravstveni tim v doglednem času izvrši vse aktivnosti, ki so navedene v naslednjem okvirčku:

Vključevanje skupnosti obsega naslednjih šest stopenj:

- opredelitev lokalne skupnosti,
- analiza zdravstvenih problemov v skupnosti,
- določitev prioritiet,
- analiziranje izbranih prioriternih zdravstvenih problemov,
- izdelava in izpeljava interventnih programov,
- ocena učinkovitosti.

Vedno torej začnimo z analizo obstoječega stanja. Najprej je potrebno opredeliti, kaj je pomembno za posameznega člana družbe in kaj za širšo skupnost. Ugotavljanje prioritiet je eden najpomembnejših korakov in vključuje tudi vrednotenje stopnje motiviranosti posameznika in družbe. Ugotoviti je potrebno, kje naj bo fokus prizadevanj. Obiskovalec ambulante, ki se na primer ukvarja z mislijo, kako bo zaradi brezposelnosti poplačal vse dolgove in položnice, bo težko načrtoval korenite spremembe življenjskega sloga. Zaradi socialnih okoliščin, ki so ga pahnila na rob dostojnega preživetja, ne bo razmišljal o zdravi prehrani, ki je mimogrede še veliko dražja od nezdravih sladkih prigrizkov in pijač. Poznavanje lokalnih in širših socio-ekonomskih dejavnikov je še toliko bolj pomembno, ker v Sloveniji narašča število negotovih oblik zaposlitve. Slovenija tudi po številu brezposelnih mladih iskalcev zaposlitve zaseda visoko mesto v Evropski uniji, saj je na primer leta 2013 delež brezposelnih mlajših od 25 let, znašal kar 23 %. Po drugi strani pa prav poznavanje širšega konteksta omogoča, da medicinska sestra, diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulanti ali zdravnik pridobijo do tedaj še neodločne kandidate za preventivni pregled k sodelovanju. Potrebno je, da bolnik ali obiskovalec ambulante ve, da »smo na njegovi strani« in da z razumevanjem sprejemamo njegove neugodne okoliščine.

Navodila o preprečevanju in zdravljenju nekaterih kroničnih bolezni bodo lahko v praksi naletela na gluha ušesa, kadar ne prisluhnemo posameznikovim prioritietam oziroma kadar se bo v lokalni skupnosti slišalo, da je zdravstveni tim »vzvišen, v sprtih odnosih, nedostopen, nepriljuden«. Zato je potrebno opredeliti strategije, s katerimi bomo posameznika in skupnost kljub morebitnim neugodnim socialno-ekonomskim dejavnikom, uspeli prepričati, da si bo prizadeval za zmanjševanje tveganj. Zavedati se moramo, da vsi člani zdravstvenega tima prispevajo k vtisom, ki jih o zdravstveni ustanovi oblikuje lokalna javnost. Prav to dojemanje zdravstvenega tima v očeh lokalne skupnosti ima pomemben vpliv na udeležbo pri preventivnih in kurativnih pregledih.

Ključnega pomena je tudi interdisciplinarno sodelovanje, ki mora postati ustaljena praksa. Tako lahko na primer na tiskem sestanku diplomirana medicinska sestra izpostavi določeno problematiko, za katero skušajo potem vsi člani tima poiskati možne načine reševanja. Zdravnik se lahko posvetuje glede morebitne pomoči brezposelni osebi s patronažno medicinsko sestro in socialnim delavcem. Fizioterapevt na primarni ravni lahko obišče specialista družinske medicine, kadar pri določeni osebi ali v določeni skupnosti opazi večjo pojavnost poškodb.

VLOGA TIMA V LOKALNI SKUPNOSTI

Vsak tim družinske medicine, ki vključuje specialista družinske medicine, srednjo medicinsko sestro, diplomirano medicinsko sestro v referenčni ambulanti družinske medicine in ostale sodelavce, bi moral poznati cilje lokalnega delovanja. Vsak prebivalec lokalne skupnosti mora imeti dostopnost do tima in ta mu mora zagotavljati kontinuirano oskrbo. Čeprav so se v preteklosti v državah, ki so spodbujale timski pristop, pokazale nekatere težave v organiziranju medprofesionalnega sodelovanja, nas to ne sme zaustaviti pri izvajanju sodobnega koncepta dela. Ob obstoječi dobro zastavljeni strukturi organiziranosti, bi veljalo večjo pozornost posvetiti še procesom, ki tečejo v timih družinske medicine. Ti morajo vključevati tudi pričakovanja posameznega obiskovalca in značilnosti lokalne populacije. Temelj timskega sodelovanja je medprofesionalni proces sporazumevanja in skupno sprejemanje odločitev, ki omogoča sintezo ločenih znanj in veščin. Ne gre le za pozitivno naklonjenost posamičnih členov tima, temveč za njihovo sinergistično delovanje, kar ponazarjajo trditve v naslednjih okvirčkih.

Trditve obiskovalcev ambulante:

»Pacienti s timskim pristopom, usmerjenim v skupnost, pridobijo, ker se lahko obrnejo na več izvajalcev zdravstvene oskrbe.«

»Lažje je obravnavati zapletene primere. Poleg zdravljenja, ki se mu posveča zdravnik, je mogoče izvajati tudi preventivo, ki jo izvaja diplomirana referenčna medicinska sestra. Skupaj pa tim še izobražuje lokalne prebivalce.«

Trditve zdravstvenih izvajalcev

»Timsko delo olajša pristope predvsem pri kompleksnih primerih.«

»Skupaj se pogovorimo in poiščemo dodatne možnosti ter rešitve.«

»Timsko delo omogoča odprto sporazumevanje in jasno načrtovanje, pri katerem vsak ve, za kaj je zadolžen.«

Trditve zdravstvenih politikov:

»Timsko delo omogoča večjo fleksibilnost z večjo izbiro kadra.«

»Timsko delo omogoča boljšo izrabo profesionalnih veščin.«

Medprofesionalno timsko delo temelji na enakopravnih odnosih, kjer se klasična hierarhija umika sodobnejšim konceptom.

SEDEM ELEMENTOV TIMSKEGA PRISTOPA

Učinkovito povezovanje med različnimi sodelavci v timu je mogoče le, kadar je natančno opredeljena odgovornost posameznega člana, kadar so vzpostavljene poti koordinacije in komunikacije, sodelovanja, asertivnosti, avtonomije, skupnega zaupanja in spoštovanja.

- **Odgovornost:** Sodelavci v timu imajo opredeljena področja delovanja, zato sprejemajo odgovornosti, ki izhajajo iz njih (odgovornost za na primer ustrezno triažiranje, za oceno ogroženosti čakajočih bolnikov v čakalnici, odgovornost za oceno neustrezne urejenosti kroničnih bolezni, KOPB, astme, sladkorne bolezni, odgovornost za ustrezno oskrbo kompleksnih multimorbidnih pacientov ter pravočasno ukrepanje ob poslabšanjih).
- **Koordinacija** vključuje ne le skupek individualnih obravnav, temveč zahteva, da sodelujoči člani tima analizirajo morebitno pojavljanje posameznih dejavnikov tveganja, ki presegajo običajne navedbe v strokovni literaturi ter pojave višje obolevnosti v skupnosti. Na podlagi skupne analize sodelujočih v timu pripravijo intervencijski načrt, ki mora vključevati tudi lokalno skupnost.
- **Komunikacija** vključuje tako vsebino kot tudi odnose tima z lokalno skupnostjo. Vsak član zdravstvenega tima je dolžan sporočiti informacije o kritičnih vrednostih ali izrednih primerih oziroma poslabšanjih, ki jih je zaznal ob svojem delu. Sporočanje predstavnikom lokalnih skupnosti zahteva taktnost in tako imenovano pozitivno utemeljevanje. Pri tem se je potrebno izogibati superiornosti ali inferiornosti. Vsi člani sodelujočih partnerjev morajo biti pripravljene tudi obzirno prisluhniti morebitnim nasprotujočim si argumentom. Neposredno srečevanje s predstavniki lokalnih skupnosti in besedno sporazumevanje omogoča tudi gradnjo medsebojnih odnosov in partnerskega sodelovanja.
- **Sodelovanje** vključuje medsebojno spoštovanje in priznavanje usposobljenosti posameznih členov tima. Sodelavci v timu spoštujejo drug drugega in pripomorejo k sinergističnim učinkom.

Posamičnost in sinergizem:

Seštevek posamičnih pristopov $1 + 1 = 2$.

Integracija sinergističnih učinkov $1 + 1 = 3$.

- **Asertivnost:** Posamezni člani tima si želijo prispevati poglede glede specifičnih problemov v skupnosti in aktivno predlagajo rešitve. Vsak člen tima si želi pridobiti skupno soglasje (konsenz) celotnega tima.
- **Avtonomija** vključuje avtoriteto vsakega posameznega člana tima, ki je profesionalca na svojem področju. Vsak člen ima neodvisno profesionalno avtoriteto na svojem področju (ki mora biti zapisana tudi v akcijskem načrtu) in ki je povezana tudi z odgovornostjo posameznega člana tima.
- **Vzajemno zaupanje in spoštovanje:** Brez zaupanja in spoštovanja se sodelovanje v timu ne more vzpostaviti.

ZAKLJUČEK

Zmanjševanje razlik v zdravju prebivalstva predstavlja velik izziv. Kljub splošnemu izboljšanju zdravja se zaradi krize, s katero se srečujemo, razlike med posameznimi skupinami populacije stopnjujejo, še posebej pri tistih skupinah, ki jih je kriza najbolj prizadela. Dobro poznavanje stanja in z njim povezanih dejavnikov, oblikovanje ustreznih strategij, izobraževanje in izpopolnjevanje strokovnjakov so ključni elementi, ki lahko oblikujejo učinkovito promocijo zdravja in vključevanje skupnosti.

Pri zagotavljanju odzivnosti na ravni družbe ter promociji zdravega življenjskega sloga v lokalni skupnosti je nujno poznati njene socio-ekonomske dejavnike. Potrebno se je zavedati dejstva, da so socialno ogrožene osebe in populacije heterogena skupina oseb, zato je potrebno najprej zbrati relevantne podatke in jih analizirati. Potrebno je pripraviti proaktivne strategije, s katerimi bomo preprečevali bolezni in promovirali zdravje ter ne bomo le čakali na težave, da se pojavijo. Pri svojem delu lahko računamo na uspeh le takrat, kadar uveljavljamo timski pristop, ki vključuje tudi sodelovanje lokalne skupnosti.

LITERATURA

Iljaž R, Kersnik J, Turk H, ur. Družinska medicina v skupnosti: učno gradivo 23. Učne delavnice za zdravnike družinske medicine, Ljubljana, 2006, Družinska medicina, suplement, 2006, 4, 4.

Evropska definicija družinske medicine. WONCA 2011.

Kersnik J (ur.). Etika v družinski medicini. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2003.

Eržen I, Krajnc-Nikolić T. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. V: Krajnc-Nikolić T, Belović B, Verban-Buzeti Z, ur. Strateški pristop k neenakostim v zdravju v pomurski regiji in Sloveniji. Nacionalni inštitut za javno zdravje OE Murska Sobota. Dosegljivo na <http://www.action-for-health.eu/sites/default/files/publikacije/Strateski%20pristop%20k%20neenakostim%20v%20zdravju.pdf>

Way D, Jones L, Busing N. Implementation Strategies: Collaboration in Primary Care Family Doctors&Nurse Practitioners Delivering Shared Care: Discussion paper written for the Ontario College of Family Physicians, 2000 Dostopno na <http://www.eicp.ca/en/toolkit/management-leadership/ocfp-paper-handout.pdf>

Gervits M, Anderson M. Community-oriented primary care (COPC) in Barcelona, Spain: an urban COPC experience. *Int J Health Serv* 2014, 44(2): 383-398doi: 10.2190/HS.44.2.m

Van Herten LM. Access to health care of illegal (undocumented) immigrants in the Netherlands. *Gesundheitswesen*. 2003; 65: 713-714.

1.7 PROGRAM INTEGRIRANE PREVENTIVE KRONIČNIH BOLEZNI IN ZMANJŠEVANJA NEENAKOSTI V ZDRAVJU PRI ODRASLIH: KLJUČNE NADGRADNJE IN NOVOSTI V PILOTNEM TESTIRANJU

Jerneja Farkaš Lainščak, Nataša Sedlar Kobe, Sanja Vrbovšek, Jožica Maučec Zakotnik

UVOD

Namen projekta »Za boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje« (www.skupaj-zazdravje.si), ki ga je v okviru programa »Norveškega finančnega mehanizma« 2009–2014 vodil Nacionalni inštitut za javno zdravje, je bila nadgradnja preventivnih programov za otroke, mladostnike in odrasle, zmanjševanje neenakosti v zdravju, vključevanje ranljivih skupin v preventivno zdravstveno varstvo ter krepitev zdravja v lokalni skupnosti.

V delovnem sklopu projekta, ki se je osredotočal na odrasle, smo obstoječi preventivni program nadgradili in razvili nove vsebine, orodja in pristope za učinkovitejše vključevanje ciljne populacije ter preventivne obravnave, ki bolje upoštevajo potrebe uporabnikov. Vse nadgrajene rešitve imajo za cilj večjo vključenost v »Program integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih« (Preventivni program), večjo kakovost in učinkovitost njegovega izvajanja ter zmanjševanje neenakosti v zdravju.

V pilotnem testiranju so sodelovale različne institucije, nevladne organizacije in številni strokovnjaki, ki so preverili sprejemljivost in izvedljivost novih pristopov ter vsebin. Pilotno testiranje se je izvajalo v Zdravstvenem domu Celje, Zdravstvenem domu Sevnica in Zdravstvenem domu Vrhnika.

KREPITEV JAVNOZDRAVSTVENE VLOGE ZDRAVSTVENEGA DOMA

S ciljem doseganja boljšega zdravja, z zdravjem povezane kakovosti življenja in zmanjševanja neenakosti v zdravju v lokalni skupnosti ter načrtovanja aktivnosti promocije zdravja, ki izhajajo iz potreb uporabnikov, smo želeli v sklopu pilotnega testiranja podpreti in okrepiti javnozdravstveno poslanstvo zdravstvenih domov.

S tem namenom smo pripravili predlog organizacijsko-funkcionalnih in vsebinsko-programskih nadgradenj zdravstvenovzgojnih centrov (bodočih Centrov za krepitev zdravja (CKZ)), hkrati pa pri zagotavljanju javnozdravstvenih funkcij zdravstvenega doma podprli vodstva ustanov; tako preko predloga sprejetja strateškega dokumenta za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju, uporabe orodja za samooceno na področju zagotavljanja enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin kot tudi preko zagotavljanja usposabljanj, s katerimi zaposleni pridobijo ustrezno znanje, veščine in (kulturne) kompetence na področju krepitev zdravja in obravnave ranljivih skupin. Prav tako je ključno, da se zagotovi zaposlitev standardnih timov, namenska raba sredstev ter redno kontinuirano strokovno izpopolnjevanje osebja na področju krepitev zdravja, preventive in zmanjševanja neenakosti v zdravju.

Novost je bila uvedba skupnostnega pristopa, ki omogoča boljši dostop do storitev in obravnav, razvoj podpornih mrež in skupin za samopomoč ter upošteva formalne in neformalne oblike pomoči. Od partnerjev v lokalnem okolju zahteva usklajeno in povezano premoščanje ovir ter razvoj načinov ukrepanj, ki presegajo klasične institucionalne oblike delovanja. Zdravstveni dom predstavlja ključnega partnerja pri udejanjanju koncepta skupnostnega pristopa, katerega delovanje smo v času pilotnega testiranja tudi preverjali.

VKLJUČEVANJE RANLJIVIH OSEB IN NEODZIVNIKOV V PREVENTIVNI PROGRAM

Za učinkovitejše vključevanje v Preventivni program smo razvili nove pristope, ki obsegajo tako aktivnosti, povezane z vključevanjem ranljivih skupin prebivalstva (na primer brezposelni, prekarni delavci, migranti, osebe s težavami v duševnem zdravju, osebe z različnimi oblikami oviranosti in drugi) kot aktivnosti, povezane z vključevanjem oseb, ki se daljše obdobje ne odzivajo vabljenju na preventivni pregled.

Testirali smo, kako se ranljive osebe z različnimi ovirami v dostopu do zdravstvene oskrbe vključujejo v sistem zdravstvenega varstva in kakšna je njihova obravnava. Posebno pozornost smo namenili sodelovanju zdravstvenega doma, Centra za socialno delo, Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, raznih nevladnih organizacij, Območne enote Nacionalnega inštituta za javno zdravje in lokalnega okolja pri prepoznavanju ovir za vključevanje ranljivih oseb v Preventivni program, kakor tudi pri odpravljanju le-teh. Pri tem je ključno medsektorsko povezovanje, ki ga predvideva model skupnostnega pristopa, in opolnomočenje vseh sodelujočih partnerjev za delo z ranljivimi osebami ter njihovo informiranje in/ali motiviranje za vključitev v Preventivni program.

Spremembe vpeljujemo tudi pri osebah, ki se po treh vabljenjih iz ambulante družinske medicine (ADM) ali referenčne ambulante družinske medicine (RADM) ne odzovejo vabilu na preventivni pregled, saj bo pri njih možen obisk diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu (DMS v PV). Tako želimo pri osebah zagotoviti višjo motiviranost za udeležbo v Preventivnem programu, v posebnih primerih pa DMS v PV izvede preventivni pregled na njihovem domu. Pri tem ravna v skladu z »Algoritmom odločanja in ukrepanja diplomirane medicinske sestre v procesu izvajanja preventivnega pregleda v RADM«. Glede na izid preventivnega pregleda se odloča o nadaljnji obravnavi osebe. Če je potrebna napotitev k zdravniku družinske medicine, ga o tem obvesti in se dogovori za pregled v ADM/RADM ali njegov obisk na domu. Osebe z dejavniki tveganja, ogrožene za kronične bolezni/stanja in osebe s kroničnimi boleznimi DMS v PV usmeri v CKZ. V primeru, da oseba ni zmožna priti v CKZ, pa lahko DMS v PV opravi preventivno obravnavo (individualna svetovanja za spremembo življenjskega sloga) na domu.

PRESEJANJA V (REFERENČNIH) AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE IN CENTRU ZA KREPITEV ZDRAVJA

Novost pilotnega testiranja v ADM in RADM predstavlja uvedba presejanja za anksiozne motnje z uporabo »Presejalnega vprašalnika za anksiozne motnje«. V ADM želimo spodbuditi uporabo presejalnih vprašalnikov za stres (vprašalnik »Doživljanje stresa«) in depresijo (vprašalnik »PHQ-9«), ki v RADM že predstavljata del standardnega protokola obravnave. Presejanje za anksiozne motnje, doživljanje stresa in depresijo bo v pilotnem testiranju izvajala tudi DMS v PV, ki bo paciente z anksioznimi motnjami, ogroženostjo zaradi stresa oziroma depresijo lahko napotovala na obravnave v CKZ.

Presejanje za tvegano in škodljivo pitje alkohola z vprašalnikoma »AUDIT-C« in »AUDIT-10« predstavlja del standardnega protokola obravnave v RADM in ADM. Prav tako obravnava pacienta z ocenjenim tveganjem ali škodljivim pitjem alkohola, to je napotitev k zdravniku družinske medicine na diagnostični razgovor ter izvedba kratkega ukrepa za opuščanje tveganega/škodljivega pitja alkohola (kratek nasvet, strukturiran kratek posvet). Kratki ukrep individualno svetovanje za opuščanje tveganega/škodljivega pitja alkohola je do zdaj lahko izvajal le zdravnik družinske medicine. Na tem področju smo v pilotnem testiranju uvedli novost, saj bo individualno svetovanje po novem lahko izvajala diplomirana medicinska sestra v RADM sama, lahko pa bo pacienta napotila na individualno svetovanje v CKZ. Presejanje za tvegano in škodljivo pitje alkohola in kratki ukrep za opuščanje le-tega bo v pilotnem testiranju izvajala tudi DMS v PV.

Presejanje za telesno dejavnost s presejalnim vprašalnikom ter svetovanje za povečanje oziroma ohranjanje količine telesne dejavnosti predstavljata del standardnega protokola obravnave v RADM in ADM. Novost pilotnega testiranja je presejanje za funkcijsko manjzmožnost za vse osebe stare 65 let in več, ki sestoji iz izpolnjevanja vprašalnika za ugotavljanje funkcijske manjzmožnosti ter izvedbe testa za ugotavljanje mišične moči. Presejanje poteka v CKZ, kamor so osebe napotene s strani zdravnikov družinske medicine iz ADM ter diplomiranih medicinskih sester iz RADM in patronažnega varstva. Ob ugotovljeni neustrezni mišični moči in/ali prisotni funkcijski manjzmožnosti bo osebo mogoče napotiti v CKZ na poglobljeno testiranje za funkcijsko manjzmožnost in na obravnavo za zvečanje funkcijske zmožnosti. V pilotnem testiranju je presejanje za telesno dejavnost izvajala tudi DMS v PV, ki bo v primeru, da oseba ni zmožna obiska v CKZ, na domu presejala tudi za funkcijsko manjzmožnost.

CENTER ZA KREPITEV ZDRAVJA – NOV KONCEPT DELOVANJA IN VSEBINE OBRAVNAV

V okviru projekta smo zasnovali nadgradnjo obstoječih zdravstvenovzgojnih centrov v CKZ tako z organizacijsko-funkcionalnega kot z vsebinsko-programskega vidika.

V okviru organizacijsko-funkcionalnih nadgradenj smo se usmerili na reorganizacijo obstoječih zdravstvenovzgojnih centrov kot nosilcev zdravstvenovzgojne dejavnosti za odraslo prebivalstvo na primarni ravni zdravstvene dejavnosti v CKZ, kjer bodo integrirani tako preventivni kadri kot preventivni programi. Aktivnosti CKZ obsegajo tako aktivnosti, izvedene v zdravstveni dejavnosti za različne populacijske skupine in različne ogroženosti/bolezenska stanja, kot tudi tiste aktivnosti, ki jih v lokalnem okolju, torej izven zdravstvene dejavnosti, strokovnjaki CKZ izvajajo za potrebe različnih populacijskih skupin, s posebnim poudarkom na zagotavljanju preventivnih obravnav za ranljive skupine.

V okviru vsebinsko-programskih nadgradenj smo na podlagi 12-letnih izkušenj z izvajanjem standardiziranega zdravstvenovzgojnega programa za odraslo populacijo le-tega prenovili tako z vidika vsebin kot pristopov pri opolnomočenju ljudi za spreminjanje vedenja, povezanega z zdravjem. Prav tako smo razvili nova gradiva, skladno s strokovnim razvojem na tem področju, ki bodo podpirala udeležence zdravstvenovzgojnih delavnic in individualnih obravnav v procesu spreminjanja nezdravega življenjskega sloga. Nov »Program za krepitev zdravja« je namenjen obravnavi oseb z vedenjskimi, biološkimi in psihosocialnimi dejavniki tveganja, oseb, ogroženih za razvoj kroničnih bolezni in oseb s kroničnimi boleznimi. V program smo skladno s potrebami ciljne populacije vključili več vsebin s področja duševnega zdravja ter programe za opolnomočenje bolnikov s kroničnimi boleznimi za samooskrbo, prav tako pa s ciljem približati izvajanje preventivnih obravnav ciljni populaciji zasnovali individualni razgovor ob vstopu v CKZ, kjer strokovnjak na podlagi motivacijskega razgovora in ocene zdravstvene pismenosti v dogovoru z osebo pripravi individualni načrt obravnave, ki je skladen z zdravstvenim stanjem, željami in zmožnostmi posameznika. Preventivne obravnave potekajo v okviru »Programa za krepitev zdravja«, ki obsega 17 nemedikamentoznih obravnav. Do sedaj so se v zdravstvenovzgojnih centrih izvajale preventivne obravnave s področja spodbujanja zdravega življenjskega sloga (zdrava prehrana, telesna dejavnost, hujšanje, opuščanje kajenja), skrbi za duševno zdravje (spoprijemanje z depresijo) in obvladovanje bioloških dejavnikov tveganja (zvišan krvni tlak, zvišane maščobe v krvi, zvišan krvni sladkor), ki smo jih nadgradili tako z vidika vsebin kot pristopov. Na novo uvajamo preventivne obravnave, ki pokrivajo področja anksioznih motenj, obvladovanja stresa, opuščanja tveganega/škodljivega pitja alkohola, sladkorne bolezni tipa 2 in funkcijske manjzmožnosti. Slika 1 prikazuje strukturo »Programa za krepitev zdravja«, ki obsega »Temeljne obravnave za krepitev zdravja«, »Module za krepitev zdravja« in »Poglobljene obravnave za krepitev zdravja«.

INDIVIDUALNI RAZGOVOR OB VSTOPU V PROGRAM ZA KREPITEV ZDRAVJA				
Temeljne obravnave za krepitev zdravja	Moduli za krepitev zdravja	Poglobljene obravnave za krepitev zdravja		
<p>Živim zdravo</p> <p>Ali sem fit?</p> <p>Tehnike sproščanja</p>	<p>Zvišan krvni tlak</p> <p>Zvišane maščobe v krvi</p> <p>Zvišan krvni sladkor</p> <p>Sladkorna bolezen tipa 2</p> <p>Test telesne pripravljenosti za starejše</p>	<p><i>Svetovalnica za zdrav življenski slog</i></p> <p>Zdravo jem</p> <p>Gibam se</p> <p>Zdravo hujšanje</p> <p>S sladkorno boleznijo skozi življenje</p>	<p><i>Svetovalnica za duševno zdravje</i></p> <p>Podpora pri spoprijemanju z depresijo</p> <p>Podpora pri spoprijemanju z anksioznostjo</p> <p>Prepoznavanje in obvladovanje stresa</p>	<p><i>Svetovalnica za tvegana vedenja</i></p> <p>Skupinska svetovanja za opuščanje kajenja</p> <p>Individualno svetovanja za opuščanje kajenja</p> <p>Individualno svetovanja za opuščanje tvegane in škodljivega pitja alkohola</p>

Slika 1. Struktura »Programa za krepitev zdravja«.

PRIČAKOVANI REZULTATI PILOTNEGA TESTIRANJA

Pričakovane koristi nadgrajenega koncepta Preventivnega programa so za uporabnike v večji informiranosti, motiviranosti in posledično vključenosti ter sprejemljivejši (geografsko, vsebinsko, časovno in metodološko) in ustrežnejši (na osnovi potreb) preventivni obravnavi.

Z vidika izvajalcev pričakujemo boljše doseganje ciljev Preventivnega programa, vzajemno podporo pri vključevanju ranljivih oseb in neodzivnikov (med različnimi službami znotraj zdravstvenega doma in lokalnimi partnerji) ter izvajanju obravnave (nove obravnave za ranljive skupine, nove in prenovljene obravnave za ogrožene in kronične bolnike), večji fleksibilnosti in mobilnosti pri vključevanju in obravnava, povratnih informacijah o vključenosti, kakovosti izvedbe in učinku.

LITERATURA

Farkaš Lainščak J, Huber I, Maučec Zakotnik J, Sedlar N, Vrbovšek S, ur. Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih: pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje (Projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju odraslih). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015.

Zdravje 2020. Temeljna evropska izhodišča za vseladno in vsedružbeno akcijo za zdravje in blagostanje. Kopenhagen: Svetovna zdravstvena organizacija, 2014.

Towards reducing health inequities: A health system approach to chronic disease prevention. A discussion paper. Vancouver, British Columbia: Population and Public Health, Provincial Health Services Authority, 2011.

Klančar D, Švab I, Kersnik J. Vizija prihodnosti zdravstvenih domov v Sloveniji. Zdrav Var 2010; 49: 37–43.

Levesque JF, Breton M, Senn N, Levesque P, Bergeron P, Roy DA. The interaction of public health and primary care: Functional roles and organizational models that bridge individual and population perspectives. Public Health Reviews 2013; 35: 1–27.

2. POGlavJE: ORGANIZACIJA DELA V REFERENČNI AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE, KAZALNIKI KAKOVOSTI, POROČANJE IN INFORMACIJSKA PODPORA

Jana Govc Eržen

UVOD

Zaradi značilnosti dela v ambulantah družinske medicine, ki zagotavljajo celovito in kakovostno zdravstveno oskrbo bolnikov, se je v letu 2011 pričel v Sloveniji izvajati projekt referenčnih ambulant. Projekt referenčnih ambulant je odraz sodelovanja strokovnjakov s področja družinske medicine, drugih specialnosti, Zdravniške zbornice Slovenije, Zbornice-Zveze, Ministrstva za zdravje, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, predstavnikov nevladnih organizacij, bolnikov in mnogih drugih.

Potrebe po spremembah v organizaciji dela v ambulantah družinske medicine so nastale kot posledica številnih izzivov, ki smo jim bili priča v zadnjem času:

- Demografske spremembe: s staranjem prebivalstva je povezano naraščanje števila bolnikov s prisotnimi kroničnimi nenalezljivimi boleznimi (rakave bolezni, bolezni srca in žilja, sladkorna bolezen, kostno-mišična obolenja, obolenja dihal). Ti bolniki so pogosti obiskovalci ambulant družinske medicine, obravnava zahteva več časa.
- Visoko število oseb, ki izberejo posameznega osebnega zdravnika, predstavlja dodaten in pomemben dejavnik, ki vpliva na preobremenjenost posameznih ambulant družinske medicine in s tem tudi na zagotavljanje učinkovite in kakovostne oskrbe bolnikov.
- Sistem financiranja zdravstvenega sistema je naravnan tako, da so bolniki manj časa v bolnišnični oskrbi in tako hitreje prepuščeni v oskrbo zdravnikom družinske medicine, bodisi v ambulantno oskrbo, bodisi v oskrbo na bolnikovem domu. To predstavlja dodatno obremenitev zdravnikov družinske medicine in njihovih sodelavcev.

Zaradi zgoraj naštetih značilnosti je specializacija iz družinske medicine za mlade zdravnike postala nezanimiva, kar potrjujejo tudi podatki Zdravniške zbornice Slovenije in podatki o tem, da posamezne zdravstvene ustanove na primarnem nivoju dlje časa neuspešno objavljajo razpise za prosta delovna mesta za zdravnike družinske medicine.

Z razvojem informacijskih tehnologij postajajo bolniki vse bolj informirani in želijo biti vključeni v procese diagnostike in zdravljenja, kar zahteva več časa pri obravnavi. Prav tako pa zahteva več časa pri obravnavi bolnikov tudi hiter razvoj smernic in priporočil za obravnavo posameznih bolezenskih stanj, kar dodatno časovno obremenjuje zdravnike družinske medicine.

Zaradi naštetih dejstev se je izkazala potreba po spremembah v ambulantah družinske medicine, da bodo še naprej lahko zagotavljale kakovostno oskrbo bolnikov. S projektom referenčnih ambulant so se uveljavile spremembe v organizaciji dela, uveljavil se je timski pristop pri obravnavi bolnikov, uvedli so se standardi obravnave kroničnih bolnikov, razširila so se področja preventivne obravnave in nenazadnje je temu sledilo tudi ustrezno financiranje.

ORGANIZACIJA DELA V REFERENČNIH AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE

Referenčna ambulanta predstavlja ambulanto družinske medicine, v kateri poleg zdravnika družinske medicine kot vodje tima in srednje medicinske sestre, sodeluje še diplomirana medicinska sestra v polovičnem delovnem času. Diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulanti skrbi za izvajanje preventivnih obravnav bolnikov v opredeljenem starostnem obdobju (vsi opredeljeni stari 30 let in več) in za vodenje bolnikov s prisotno kronično boleznijo.

Zaradi zagotavljanja kakovosti in strokovnosti dela diplomiranih medicinskih sester, ki do uvedbe referenčnih ambulant niso sodelovale v timu družinske medicine, se je na podlagi potreb po dodatnem usposabljanju zanje izvedla oblika modularnega izobraževanja za vsa področja, ki jih izvajajo v okviru dela v referenčni ambulanti. Za področje izobraževanja diplomiranih medicinskih sester za delo v referenčnih ambulantah je Ministrstvo za zdravje pooblastilo Katedro za družinsko medicino MF v Ljubljani. V izvajanje izobraževanja se vključujejo strokovnjaki družinske medicine, kliničnih strok, Nacionalnega inštituta za javno zdravje in Zbornice-Zveze.

Zaradi zagotavljanja ustrezne delitve dela med zdravnikom družinske medicine in diplomirano medicinsko sestro, so nastali tudi protokoli obravnave določenih kroničnih bolezni, ki so jih oblikovali strokovnjaki s področja družinske medicine in strokovnjaki kliničnih strok s sekundarnega in terciarnega nivoja. Vsi protokoli so dostopni na spletnih straneh referenčnih ambulant: <http://www.referencna-ambulanta.si/>.

Diplomirane medicinske sestre skrbijo za izvajanje preventive ter prevzamejo skrb za urejene kronične bolnike oziroma nadzor nad dejavniki tveganja za nastanek kroničnih bolezni ter spremljanje ustreznih parametrov. Novoodkriti kronični bolniki ter poslabšanja kronične bolezni in akutna stanja so v domeni zdravnikov družinske medicine kot tudi diagnostika, napotitve in zdravljenje.

KAZALNIKI KAKOVOSTI

Kazalniki kakovosti v referenčnih ambulantah so oblikovani tako, da zagotavljajo ustrezno spremljanje kakovosti dela zdravnikov družinske medicine in diplomiranih medicinskih sester na področju preventivnega zdravstvenega varstva kot tudi na področju oskrbe kroničnih bolnikov kot tudi spremljanje učinkovitosti organizacije dela.

Spremljanje kakovosti dela v referenčnih ambulantah vključuje spremljanje zadovoljstva bolnikov in zaposlenih z vprašalnikom o zadovoljstvu (enkrat letno). Seznam kazalnikov, ki jih je potrebno spremljati zaradi zagotavljanja kakovosti in o njih tudi poročati v informacijskem sistemu, je naveden v Tabeli 1.

Tabela 1. Kazalniki kakovosti

Seznam (zbirnik) kroničnih bolezni in stanj pri posameznem bolniku
Stopnja preverjenosti kadilskega statusa pri registrirani populaciji
Register - Sladkorna bolezen
Register ASTMA
Register KOPB (Kronična obstruktivna pljučna bolezen)
Stopnja preverjenosti pivskega statusa pri registrirani populaciji
Register arterijska hipertenzija
Register benigno povečanje prostate
Register depresija
Register koronarne bolezni
Register bolnikov z osteoporozo in ogroženih za osteoporozo
Vsaj na 5 let preverjena ogroženost za osteoporozo nad 60 let
Vsaj 1-krat letno izmerjen krvni tlak pri registriranih kroničnih bolnikih
Vsaj 1-krat letno preverjen kadilski status pri registriranih kroničnih bolnikih
Vsaj 1-krat letno izmerjen indeks telesne mase pri registriranih kroničnih bolnikih
Vsaj 1-krat letno preverjen pivski status pri registriranih kroničnih bolnikih
Povprečje meritev krvnega tlaka v standardnih pogojih v tekočem letu je < 140/90 (meritve v ambulantih) ali <135/85 (s preverjenim aparatom doma) pri bolnikih s hipertenzijo
Vsaj 1-krat letno določen HbA1c pri bolnikih s sladkorno boleznijo
Vsaj 1-krat letno laboratorij v skladu s protokolom (lipidogram, serumski kreatinin, proteinurija/albuminurija) pri bolnikih s sladkorno boleznijo
Vsaj 1-krat letno opravljen pregled stopal pri bolnikih s sladkorno boleznijo
Povprečje meritev krvnega tlaka v standardnih pogojih v tekočem letu je < 140/85 (meritve v ambulantih) pri bolnikih s sladkorno boleznijo
Izmerjena vrednost glikiranega hemoglobina 7 % ali manj pri bolnikih s sladkorno boleznijo
1-krat letno ocenjena urejenost astme z vprašalnikom pri bolnikih z astmo
1-krat letno preverjeni neželeni učinki zdravil za zdravljenje astme (hripavost ob inhalacijskih glukokortikoidih) pri bolnikih z astmo
1-krat letno izvedena spirometrija pri bolnikih s KOPB
1-krat letno preverjeni stranski učinki zdravil za zdravljenje KOPB (hripavost ob inhalacijskih glukokortikoidih) pri bolnikih s KOPB
1-krat izvedeno letno cepljenje proti gripi pri bolnikih s KOPB
Vsaj 1-krat letno določen PSA pri moških z BHP
Vsaj 1-krat letno izpolnjen IPSS vprašalnik pri bolnikih s BHP
Vsaj 1-krat letno izpolnjen vprašalnik za depresijo pri bolnikih z depresijo
Vsaj 1-krat letno opravljen 12-kanalni EKG pri bolnikih s koronarno boleznijo

INFORMACIJSKA PODPORA

Obstoječe informacijske sisteme je bilo potrebno nadgraditi zaradi zagotavljanja ustreznega vnosa podatkov in spremljanja podatkov o kroničnih bolnikih ter podatkov na področju preventivnih pregledov. S sodelovanjem Ministrstva za zdravje in s soglasjem stroke so posamezne informacijske ustanove pripravile nadgradnjo računalniških programov z namenom zagotavljanja ustrezne informacijske podpore projektu referenčnih ambulant. Z januarjem 2015 se je pričelo mesečno poročanje kazalnikov kakovosti preko informacijskih sistemov oziroma programov. Navodila za vnos podatkov in poročanje o kazalnikih kakovosti so objavljena na spletnih straneh referenčnih ambulant: http://www.referencna-ambulanta.si/?page_id=546.

ZAKLJUČEK

Referenčne ambulante predstavljajo pomembno novost na področju družinske medicine, saj zagotavljajo drugačno obravnavo bolnikov, ki temelji na načelih dispanzerske metode dela in timske pristopu pri obravnavi bolnikov. Ustrezno usposobljena diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulanti skrbi za izvajanje preventivnih pregledov in vodenje urejenih kroničnih bolnikov. Zdravnik družinske medicine v referenčni ambulanti skrbi za akutno obolele, za bolnike z na novo ugotovljeno kronično boleznijo, s poslabšano kronično boleznijo, skrbi za diagnostiko, napotitve in zdravljenje. Projekt referenčnih ambulant zagotavlja vzpostavitev registrov oseb s prisotnimi kroničnimi boleznimi in z dejavniki tveganja za nastanek kroničnih bolezni, spremljanje kakovosti dela v referenčnih ambulantah pa zagotavlja spremljanje kazalnikov kakovosti.

LITERATURA

Poplas Susič T, Švab I, Kersnik J. Projekt referenčnih ambulant družinske medicine v Sloveniji. Zdrav Vestn 2013; 82: 635–47.

Poplas Susič T. Vloga referenčnih ambulant (RA) v osnovni zdravstveni dejavnosti v preventivi boleznih srca in ožilja. V: FRAS, Zlatko. Zbornik prispevkov. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije - Slovenska hiša srca, 2011, 37–40.

Poplas Susič T. Referenčne ambulante (RA) in obravnava pacientov - strategija za prihodnost. V: Istenič B. Referenčne ambulante po prvem letu delovanja : strokovni seminar. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - ZDMSBZTS, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v splošni medicini, 2012: 57–63.

Poplas Susič T, Marušič D. Referenčne ambulante - ali so sposobne dosegati postavljene cilje? V: Poplas ST, Vajd R. 15. Schrottovi dnevi. Ljubljana, Medicinski razgledi, 2012; 51(supl. 1): 117–121.

Referenčne ambulante. Dosegljivo na URL , september 2016: <http://www.referencnaambulanta.si/>

3. POGLAVJE: PREVENTIVNI PREGLED Z OCENO TVEGANJA

3.1 IZHODIŠČA PRESEJANJA

Mateja Bulc, Pia Vračko

UVOD

Že leta 1951 je Konferenca o preventivi (The CC1 Conference on Preventive Aspects of Chronic Disease) definirala presejanje kot » identifikacijo neprepoznane bolezni ali motnje z uporabo testov, pregledov ali drugih postopkov, ki se lahko hitro uporabijo. Presejalni testi ločijo navzven zdrave posameznike, ki verjetno že imajo bolezen, od tistih, ki je verjetno nimajo. Presejalni test ni namenjen diagnostiki bolezni. Osebe s pozitivnimi ali sumljivimi rezultati presejanja je treba napotiti k osebnemu zdravniku na dodatno diagnostiko in zdravljenje.«

PRESEJANJA

Presejanje (angleško screening) je preiskovanje navidezno zdravih oseb za morebitno prisotnost dejavnikov tveganja ali zgodnje oblike bolezni, ko se klinični simptomi še ne pojavijo, z namenom zgodnjega zdravljenja. Osnovni koncept presejanja je, da je zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja in bolezni koristno za klinični ali javnozdravstveni izid zdravljenja.

Presejanje izvajamo pri ogroženi populaciji, ki mora biti vnaprej natančno opredeljena. Za presejanje uporabljamo presejalne teste različnih vrst, od radiografskih in laboratorijskih preiskav (na primer mamografija in določanje sladkorja v krvi), preprostih kliničnih preiskav (na primer merjenje krvnega pritiska), do standardiziranih vprašalnikov (na primer vprašalnik PHQ-9 za depresijo).

Cilj presejanja je zgodaj zaznati prisotnost dejavnikov tveganja ali bolezni z namenom upočasnitve ali zaustavitve napredovanja bolezni ter izboljšanja zdravljenja z znižanjem pojavnosti zapletov bolezni in umrljivosti ter z izboljšanjem počutja in kakovosti življenja.

Presejanje je smiselno uporabiti kot ukrep za obvladovanje pomembnih zdravstvenih problemov, kadar je učinkovito v zmanjševanju bremena bolezni, izvedljivo in stroškovno učinkovito. Za učinkovitost presejanja je ključno zagotoviti vsaj 70–80 % udeležbo, saj nizek odstotek udeležbe izniči prizadevanja za zmanjšanje bremena bolezni in znižuje stroškovno učinkovitost presejanja. V ta namen je pri načrtovanju presejanja potrebno zagotoviti tudi ustrezen proces vabljenja in informiranja oseb o pomenu presejanj ter zagotoviti sredstva za marketinške aktivnosti za zagotavljanje udeležbe na presejanjih.

VRSTE PRESEJANJ

- Populacijska presejanja
Populacijska presejanja so organizirana na ravni države, namenjena so vnaprej opredeljeni ogroženi populaciji navidezno zdravih oseb (programi Zora, Dora, Svit, srčno-žilne bolezni ...).

- Oportunistična presejanja na individualni ravni
Oportunistična presejanja izvajamo pri opredeljenih pacientih ob slučajnem obisku v ambulanti (merjenje krvnega tlaka, maščob v krvi, sladkorja v krvi ...).
- Multifazična presejanja
Uporaba dveh ali več presejalnih testov obenem za določeno populacijo.
- Nadzor
Stalen nadzor pomeni periodično zagotavljanje priložnosti za diagnostično testiranje posameznikov, ki so sicer brez simptomov, imajo pa povečano tveganje za določeno bolezen.
- Individualno odkrivanje prisotnosti bolezni (angl. case-finding)
To je pristop, ko med manjšo skupino oseb z dejavniki tveganja usmerjeno iščemo prisotnost določene bolezni, na primer odkrivanje dednih bolezni pri družinskih članih.

LASTNOSTI TESTOV

- Validnost (veljavnost) testa pomeni, da test res meri tisto, kar s testom želimo meriti (na primer ali ima oseba bolezen ali dejavnik tveganja ali ne).
 - Senzitivnost (občutljivost) testa je sposobnost testa, da označi za pozitivne le tiste posameznike, ki imajo bolezen.
 - Specifičnost testa je sposobnost testa, da označi za negativne le tiste posameznike, ki bolezni nimajo.
- Občutljivost testa je merilo lažno negativnih izidov, specifičnost pa lažno pozitivnih rezultatov.

IZPLEN PRESEJANJA

Je merilo ugotovljenih, pred presejanjem še neprepoznanih, bolezni (simptomatskih ali latentnih).

MEJNI PRIMERI

Fiziološke variacije so razporejene v populaciji po principu normalne distribucije. Ali je mejna vrednost fiziološka variacija ali že bolezen, pa vedno ostaja siva cona, območje dvoma.

POGOJI ZA PRESEJANJE

Da bi bilo presejanje za izbrano bolezen ali stanje smiselno, morajo biti izpolnjeni naslednji pogoji:

- Stanje (bolezen) je pomemben zdravstveni problem.
- Obstoja učinkovito zdravljenje.
- Zagotovljene morajo biti zmogljivosti za nadaljnjo ustrezno diagnosticiranje in obravnavo bolezni oziroma stanja.
- Asimptomatska faza bolezni je ugotovljiva (prepoznavna).
- Presejalni test je neškodljiv in učinkovit, dovolj občutljiv in dovolj specifičen.
- Cena testa, diagnostike in zdravljenja je sprejemljiva.
- Presejanje je kontinuirano.

POMISLEKI

- Za presejanje porabljam zdravstvena sredstva na posameznikih, katerih večina sploh ne potrebuje zdravljenja.
- Škodljivi učinki presejanj (na primer stres, strah, izpostavljenost rentgenskim žarkom, posegom ...).
- Stres in strah zaradi lažno pozitivnih rezultatov presejanja.
- Nepotrebni dodatni diagnostični ali terapevtski posegi ob lažno pozitivnih rezultatih.
- Stres in strah zaradi dolgotrajne prisotnosti bolezni brez izboljšanja izida bolezni.
- Lažen občutek varnosti pri lažno negativnih izidih presejanja in posledično (pre)pozna prepoznavna bolezni in zamujeno zdravljenje.

PRESEJANJE V AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE

Od leta 2002 izvajajo vse ambulante družinske medicine v Republiki Sloveniji Program primarne preventive srčno-žilnih in drugih kroničnih nenalezljivih bolezni. S »preventivnimi pregledi« aktivno iščemo pri svojih odraslih varovancih dejavnike tveganja za kronične nenalezljive bolezni oziroma že razvito bolezen. Leta 2011 smo na področju družinske medicine pričeli z izvajanjem projekta referenčnih ambulant, katerih namen sta primarna in sekundarna preventiva najpogostejših bolezni (KOPB, astma, sladkorna bolezen tipa 2, arterijska hipertenzija, koronarna bolezen, osteoporoza in depresija).

Diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulanti je predvsem usmerjena v presejanje opredeljene populacije za zgodnje odkrivanje ogroženih in že zbolelih ter na sledenje dobro urejenih bolnikov s stabilno, dobro vodeno kronično boleznijo.

PROGRAMI

V Sloveniji za odraslo populacijo izvajamo naslednja presejanja:

- Presejanje za raka dojke – program DORA.
- Presejanje za raka na materničnem vratu – program ZORA.
- Presejanje za raka na debelem črevesu in danki – program SVIT.
- Presejanje za nekatere kronične nenalezljive bolezni in dejavnike tveganja zanje v ambulantah družinske medicine.
- Presejanje za KOPB, srčno-žilne bolezni, arterijsko hipertenzijo, sladkorno bolezen tipa 2, depresijo in osteoporozo v referenčnih ambulantah družinske medicine (Tabela 1). Izvajalec presejanja je diplomirana medicinska sestra (DMS).

Tabela1. Presejanje v referenčni ambulanti družinske medicine

ZDRAVSTVENI PROBLEM	IZVAJALEC	CILJNA POPULACIJA	ORODJE
Srčno-žilna bolezen (SŽB)	DMS	Vključitveni kriterij: – opredeljene osebe po 30. letu Izključitveni kriteriji: – vsi bolniki s srčno-žilno boleznijo – vsi bolniki s sladkorno boleznijo	Vprašalnik za preventivni pregled za področje srca in žilja.
Sladkorna bolezen tipa 2	DMS	Vključitveni kriterij: – opredeljene osebe po 30. letu Izključitveni kriterij: – vsi bolniki s srčno-žilno boleznijo, sladkorno boleznijo, arterijsko hipertenzijo	Klinično presejanje KS na tešče.
Kronična obstruktivna pljučna bolezen	DMS	Vključitveni kriterij: – kadilci po 40. letu (kajenje > 10 let), – masivna izpostavljenost na delovnem mestu (hlapi, dražljivci, plin) Izključitveni kriterij: – vsi bolniki s kronično obstruktivno boleznijo (KOPB), astmo	Vprašalnik KOPB Spirometrija.
Arterijska hipertenzija	DMS	Vključitveni kriterij: – opredeljene osebe po 30. letu Izključitveni kriterij: – vsi bolniki z arterijsko hipertenzijo – vsi bolniki s srčno-žilno boleznijo – vsi bolniki s sladkorno boleznijo	Vprašalnik za srčno-žilne bolezni Merjenje krvnega tlaka (po protokolu Svetovne zdravstvene organizacije).
Osteoporozo	DMS	Vključitveni kriterij za presejanje: – vse ženske in moški, starejši od 60 let Izključitveni kriteriji za presejanje: – vsi bolniki z že zdravljeno osteoporozo	FRAX in/ali DXA ob preventivnem pregledu na področju bolezni srca in žilja.
Depresija	DMS	Vključitveni kriterij: – opredeljene osebe po 30. letu Izključitveni kriteriji: – si bolniki z depresijo ali drugo duševno boleznijo	Ob preventivnem pregledu na področju bolezni srca in žilja.

IZID PRESEJANJA

1. Zdrav/-a.
2. Ogrožen/-a – sodi v register »pacienti z velikim tveganjem za ...«.
3. Bolnik – sodi v register »bolniki« (po diagnozah).

NAPOTITVE

1. Zdrav/-a – napotitev ni potrebna, kontrola čez 5 let.
2. Ogrožen/-a – napotitev na svetovanje za spremembo nezdravih navad, individualna obravnava ali obravnava v malih skupinah v Centrih za krepitev zdravja.
3. Bolnik – napotitev k izbranemu zdravniku družinske medicine za diagnostiko in zdravljenje.

LITERATURA:

Wilson J. M. G, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. World Health Organization. Geneva 1968: 11–39. Dostopno na: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/4/07-050112BP.pdf>

Zaletel – Kragelj L, Eržen I, Premik M. Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, 2007.

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni. Strategija razvoja 2010–2020. Dostop 17. 9. 2010 na strani http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/zakonodaja/NP_diabetes/Nacionalni_program_obvladovanja_sladkorne_bolezni_210410.pdf

Štern B et al. Projekt: razvoj modela integriranega preprečevanja in celostne oskrbe kroničnih bolnikov odrasle populacije na primarni ravni zdravstvene dejavnosti. Poročilo ministrstvu za zdravje. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Ljubljana, 2010.

Poplas Susič T. Celovita obravnava bolnikov na primarni ravni: učne in referenčne ambulante. Dostopno na <http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/cca3c735f6086cc0fd363e7dad2efcb5.pdf>

Poplas Susič T, Švab I, Kersnik J. Projekt referenčnih ambulant družinske medicine v Sloveniji. Zdrav Vestn | 2013, 82 (10): 635–47.

Slovenske smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 pri odraslih osebah. Diabetološko združenje Slovenije, Združenje endokrinologov Slovenije, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Interna klinika UKC Ljubljana. Ljubljana, 2011.

Bulc M, Zaletel J. Protokol odkrivanja in vodenja sladkorne bolezni . Dosegljivo na <http://www.referencna-ambulanta.si/>.

Bulc M. Obravnava bolnika s sladkorno boleznijo tip 2 v referenčni ambulanti družinske medicine. V: KLEMENC-KETIŠ, Zalika (ur.), STEPANOVIČ, Aleksander (ur.). Zbornik predavanj, (Družinska medicina, Supplement, 2012, 3). Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, 2012, str. 63–72. [COBISS.SI-ID 30266585] . 14. Fajdigovi dnevi, Kranjska gora 2012

Šatej N. Pomen urejenega krvnega tlaka in glikemije pri sladkornem bolniku – vloga zdravnika družinske medicine. XI. Fajdigovi dnevi zbornik predavanj. Družinska medicina; 2009,7(suppl 3): 145–9.

Govc Eržen J, Bulc M. Bolnik s sladkorno boleznijo v družinski medicini: realnost in prihodnost. V: Poplas Susič T(ur.), Vajd R (ur.). Medicinski razgledi, 2010; 49(1): 97–102

3.2 PREVENTIVNI PREGLED Z OCENO TVEGANJA ZA BOLEZNI SRCA IN OŽILJA

Marija Petek Šter

UVOD IN OPREDELITEV PROBLEMA

Bolezni srca in ožilja, ki imajo svojo podlago v aterosklerozi, v razvitem svetu, v zadnjem času pa vse bolj tudi v državah v razvoju, predstavljajo poglavitni vzrok obolevnosti in umrljivosti. Pogostnost bolezni srca in ožilja je v Sloveniji primerljiva s petnajsterico držav Evropske unije. Pojavnost aterosklerotičnih zapletov pri moških se pojavlja približno deset let prej, kot pri ženskah, pri katerih pa so srčno-žilne bolezni daleč najpomembnejši vzrok smrti.

Ateroskleroza je napredujoč proces, ki lahko ostane brez simptomov ali pa se pokaže z eno od pojavnih oblik, kot so koronarna bolezen srca, možganska kap ali periferna žilna bolezen. Ateroskleroza je proces, ki s starostjo napreduje, pospešujejo pa jo tudi dejavniki tveganja. S spremembo življenjskega sloga in/ali z zdravlili lahko potek bolezni upočasnimo in preprečimo ali pa aterosklerotične zaplete pomaknemo v višje starostno obdobje.

Ocena srčno-žilne ogroženosti služi kot vodilo za spremembo življenjskega sloga, zato jo je smiselno narediti pri vsakem zdravem odraslem bolniku v ambulanti družinske medicine, v referenčni ambulanti družinske medicine pa jo opravi diplomirana medicinska sestra. Ocena tveganja za srčno-žilni dogodek je pomembna tudi za zdravnika, ki dela v urgentni službi, saj si lahko z okvirno oceno ogroženosti za srčno-žilni dogodek pomaga pri oceni verjetnosti, da je bolnikova simptomatika posledica srčno-žilne bolezni.

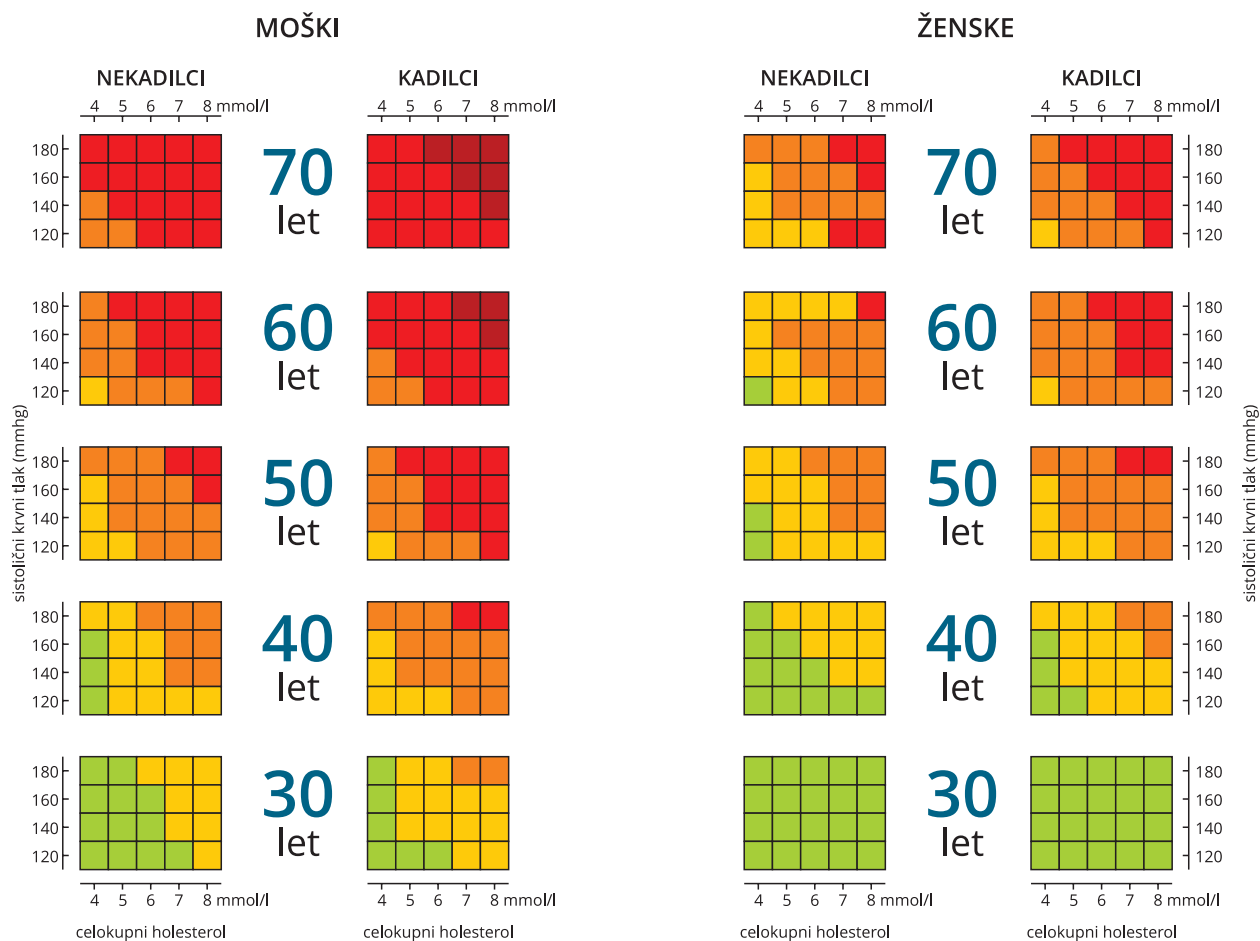
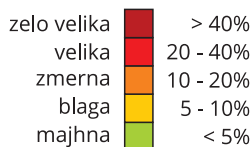
OCENA SRČNO-ŽILNE OGROŽENOSTI

OSEBE BREZ ZNANE SRČNO-ŽILNE, LEDVIČNO-ŽILNE ALI SLADKORNE BOLEZNI

Pri zdravih odraslih osebah (brez znane srčno-žilne, ledvično-žilne ali sladkorne bolezni) ocenjujemo srčno-žilno ogroženost s pomočjo tabel, s katerimi izračunamo absolutno tveganje za srčno-žilni dogodek oziroma smrt v naslednjih 10 letih. Obstajata dve vrsti tabel: Framinghamske, ki temeljijo na podatkih istoimenske študije in ocenjujejo absolutno tveganje za katerikoli srčno-žilni dogodek ter tabele SCORE, s katerimi ocenjujemo tveganje za usodni srčno-žilni dogodek (srčno-žilno smrt).

V Sloveniji uporabljamo Framinghamske tabele, ki pri oceni srčno-žilnega tveganja (enaki kriteriji so vključeni tudi v SCORE tabele) poleg starosti (v dekadah) in spola upoštevajo še vrednost sistoličnega krvnega tlaka, celokupnega holesterola ter kajenje. Če se posameznik približuje naslednji starostni skupini, ocenjeno ogroženost prilagodimo navzgor (praktično: če je bolnik star na primer 57 let, njegovo ogroženost ocenjujemo za starost 60 let). Slika 1 prikazuje Framinghamsko tabelo za določanje srčno-žilne ogroženosti.

OGROŽENOST Verjetnost koronarnega dogodka v 10 letih



Slika 1. Framinghamske tabele za ocenjevanje absolutnega tveganja za katerikoli srčno-žilni dogodek v naslednjih desetih letih.

Rezultat, ki ga dobimo je ocenjena srčno-žilna ogroženost v naslednjih desetih letih v odstotkih, tako kot prikazuje Tabela 1.

Tabela 1. Interpretacija rezultatov dobljenih s pomočjo tabel po Framinghamu in SCORE tabel

FRAMINIGHAM	SCORE	STOPNJA TVEGANJA
< 10 %	< 1 %	Majhno tveganje
10–20 %	2–4 %	Zmerno tveganje
20–40 %	5–9 %	Veliko tveganje
40 %	> 10 %	Zelo veliko tveganje

Pri določenih bolnikih je dejanska ogroženost večja, kot jo ocenimo s pomočjo tabel. Ob v tabelo vključenih dejavnikih za natančnejšo oceno tveganja upoštevamo še dodatne dejavnike tveganja, kot so:

- nizek holesterol visoke gostote (HDL) ter visoki trigliceridi (TG),
- pozitivna družinska anamneza zgodnje srčno-žilne bolezni v družini (moški pred 55 letom, ženske pred 65 letom),
- telesno nedejavni,
- debelost po centralnem tipu (povečan obseg pasu: moški 102 cm ali več in ženske 88 cm ali več),
- osebe z motenim metabolizmom glukoze, ki še ne izpolnjujejo diagnostičnih meril za sladkorno bolezen (bolniki s sladkorno boleznijo tipa 2 so zaradi sladkorne bolezni uvrščeni v skupino velikega oziroma zelo velikega tveganja),
- osebe z ugotovljeno brezsimptomno, predklinično obliko ateroskleroze,
- osebe z zmerno ali hudo okrnjeno ledvično funkcijo (OGF < 60 ml/min/1,73m²),
- socialna ogroženost,
- avtoimune bolezni,
- okužbe z virusom HIV,
- hipertrofija levega prekata, atrijska fibrilacija,
- duševne motnje,
- obstruktivna apnea v spanju.

Realno je ogroženost za srčno-žilni dogodek pri osebah z dodatnimi dejavniki tveganja večja, kot jo izračunamo s pomočjo tabel, kar je potrebno upoštevati pri klinični obravnavi.

Nasprotno pa je ogroženost za srčno-žilni dogodek lahko manjša, kot jo določimo s pomočjo tabel pri osebah z zelo visoko vrednostjo HDL (na primer 2,0 mmol ali več) in družinsko anamnezo dolge življenjske dobe.

Ocenjeno tveganje je podlaga za nadaljnje preventivne ukrepe in/ali zdravljenje.

OSEBE S PRISOTNO SRČNO-ŽILNO, LEDVIČNO-ŽILNO ALI SLADKORNO BOLEZNIJO

Pri bolnikih s srčno-žilno, ledvično-žilno ali sladkorno boleznijo ali bolnikih z enim izrazitim dejavnikom tveganja Framinghamske tabele niso primerne. Ti bolniki spadajo v skupino velikega ali zelo velikega srčno-žilnega tveganja, kakor prikazuje Tabela 2.

Tabela 2. Skupine bolnikov, glede na raven ogroženosti za srčno-žilno bolezen (tu ne uporabljamo tabel za oceno srčno-žilne ogroženosti, ampak ogroženost vrednotimo glede na bolezen ali stanja, navedena v tabeli!)

STOPNJA TVEGANJA	SKUPINE BOLNIKOV
Zelo veliko tveganje	<ul style="list-style-type: none"> - Vsi bolniki s potrjeno srčno-žilno boleznijo (klinično, z neinvazivnimi ali invazivnimi preiskavami), - sladkorni bolniki tipa 2 z okvarjenimi tarčnimi organi in/ali dodatnimi dejavniki tveganja za bolezen srca in ožilja, - sladkorni bolniki tipa 1 z okvarjenimi tarčnimi organi in tisti, ki so stari 40 let ali več z dodatnimi dejavniki tveganja, - ledvična bolezen hude stopnje OGF < 30 ml/min/1,73 m²
Veliko tveganje	<ul style="list-style-type: none"> - Zelo izražen posamezen dejavnik tveganja (na primer družinska hiperholesterolemija), - sladkorna bolezen tipa 2 brez okvare tarčnih organov in/ali dodatnih dejavnikov tveganja, - sladkorna bolezen tipa 1 pri starejših od 40 let, okvare tarčnih organov ali dodatni dejavnik tveganja, - ledvična bolezen zmerno stopnje: OGF 30–59 ml/min/1,73 m²

*Bolniki s sladkorno boleznijo tipa 1, mlajši od 40 let, brez okvare tarčnih organov ali dodatnih dejavnikov tveganja imajo ocenjeno srčno-žilno ogroženost kot zmerno.

UKREPANJE GLEDE NA STOPNJO SRČNO-ŽILNE OGROŽENOSTI

Ukrepanje v smislu preventive in zdravljenja je odvisno od stopnje srčno-žilne ogroženosti bolnika.

Majhna in zmerna srčno-žilna ogroženost

Pri bolnikih z majhno in zmerno srčno-žilno ogroženostjo je ključna sprememba življenjskega sloga (nekajenje, zdrava prehrana, zmerna in redna telesna dejavnost, normalizacija telesne teže, obvladovanje psihosocialnih dejavnikov). Ukrepi morajo biti individualno prilagojeni v obsegu, ki jih bolnik zmore in želi sprejeti. Osebe z majhno in zmerno ogroženostjo lahko varno vodi diplomirana medicinska sestra, ki se po potrebi posvetuje z zdravnikom družinske medicine.

Velika in zelo velika srčno-žilna ogroženost

V skupini oseb z velikim ali zelo velikim srčno-žilnim tveganjem je ob spremembi življenjskega sloga potrebno dodati zdravila za doseganje ciljnih vrednosti parametrov po smernicah za posamezne dejavnike tveganja in klinična stanja (na primer acetilsalicilno kislino pri vseh bolnikih s srčno-žilno boleznijo, statin do dosege ciljnih vrednosti krvnih lipidov (holesterola nizke gostote (LDL) - primarni cilj je normalizacija LDL) glede na stopnjo srčno-žilne ogroženosti, normalizacija krvnega tlaka, nadzor krvnega sladkorja do ciljnih vrednosti).

Osebe, ki so bile na preventivnem pregledu prepoznane kot ogrožene za srčno-žilni dogodek (velika ali zelo velika srčno-žilna ogroženost), je potrebno napotiti k osebnemu zdravniku zaradi nadaljnjega zdravljenja, ki ob nefarmakološkem zdravljenju pogosto zahteva uvedbo zdravil. V nadaljnjem procesu vodenja bolnika zdravnik družinske medicine in diplomirana medicinska sestra sodelujeta v skladu z individualno določenim načrtom vodenja bolnika, ki je odvisen od bolnikovih dejavnikov tveganja in spremljajočih bolezni ter bolnikovega sodelovanja v procesu zdravljenja.

Ključna sporočila:

- Tabele za oceno srčno-žilnega tveganja lahko uporabimo samo za ocenjevanje srčno-žilnega tveganja zdravih odraslih oseb.
- Bolniki s srčno-žilno ali sladkorno boleznijo ter arterijsko hipertenzijo z več dodatnimi dejavniki tveganja ali prizadetostjo organov (metodologija je natančno razložena v poglavju o hipertenziji) sodijo v skupino velikega ali zelo velikega srčno žilnega tveganja.
- Vse bolnike z veliko ali zelo veliko stopnjo srčno-žilnega tveganja (ne glede na odsotnost bolezni, kot so sladkorna bolezen, arterijska hipertenzija ali srčno-žilna bolezen) mora diplomirana medicinska sestra napotiti na pregled k osebnemu zdravniku.

LITERATURA

Fras Z, Jug B. Za delovno skupino za preventivo bolezni srca in ožilja v klinični praksi. Smernice za preprečevanje bolezni srca in žilja v klinični praksi 2013 - ključna sporočila in novosti. *Slov Kardiol* 2013; 10: 53–88.

Fras Z, Jug B, Medvešček M. Za delovno skupino za obravnavo dislipidemij – slovenski prevod in prilagoditev evropskih smernic. Smernice za obravnavo dislipidemij - slovenski prevod in prilagoditev evropskih smernic. *Slov Kardiol* 2012; 9:4–52.

Jorgensen T, Jacobsen RK, Toft U, Aadahl M, Glumer C, Pisinger C. Effect of screening and lifestyle counseling on incidence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomised trial. *BMJ* 2014; 348: g4617.

2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). *European Heart Journal* doi:10.1093/eurheartj/ehw272.

3.3 ODKRIVANJE IN OCENJEVANJE TVEGANJA ZA RAZVOJ SLADKORNE BOLEZNI TIPA 2 V REFERENČNI AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE

Mateja Bulc

UVOD

Nekatera bolezenska stanja predstavljajo veliko tveganje za razvoj sladkorne bolezni tipa 2 (SB 2): mejna bazalna glikemija (MBG), motena toleranca za glukozo (MTG) in metabolični sindrom ter med nosečnostjo nastala sladkorna bolezen (gestacijski diabetes).

POTEK PREVENTIVNEGA PREGLEDA NA PODROČJU SB 2 V REFERENČNI AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE

Odkrivanje oseb z velikim tveganjem izvajamo v ambulantah družinske medicine s pomočjo kliničnega presejanja, ob preventivnem pregledu na dejavnike tveganja za bolezni srca in žilja. S presejanjem skušamo najti osebe z velikim tveganjem za SB 2, obenem pa na ta način odkrivamo tudi bolnike s še nediagnostificirano boleznijo SB tipa 2.

Odkrivanje oseb z velikim tveganjem v ambulanti družinske medicine izvajamo pri opredeljenih pacientih:

- v referenčni ambulanti družinske medicine izvaja presejanje pri pacientih po 30. letu starosti diplomirana medicinska sestra,
- v ostalih ambulantah družinske medicine izvaja presejanje zdravnik družinske medicine v okviru Nacionalnega programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni: pri moških med 35. in 65. letom, pri ženskah med 45. in 70. letom.

Vključitveni kriterij za presejanje na dejavnike tveganja in ogroženost za razvoj SB tipa 2 v referenčnih ambulantah družinske medicine (RADM):

- opredeljene osebe po 30. letu starosti.

Izključitveni kriteriji:

- vsi bolniki z že znano in zdravljeno sladkorno boleznijo,
- vsi bolniki z že znano in zdravljeno arterijsko hipertenzijo,
- vsi bolniki z že znano in zdravljeno srčno-žilno boleznijo.

Potek kliničnega presejanja

- družinska in osebna anamneza (SB tipa 2 pri ožjih sorodnikih, dosedanje bolezni, način prehranjevanja, telesna dejavnost), s pomočjo vprašalnikov, meritve (telesna teža in višina in izračun indeksa telesne mase (ITM), obseg pasu, krvni tlak, periferni pulzi,
- laboratorij: krvni sladkor na tešče.

Tveganje za razvoj SB tipa 2 določimo po IMAGE kriterijih (Tabela 1).

Tabela 1. Merila velikega tveganja za razvoj SB tipa 2 (IMAGE kriteriji)

1	Osebe po 40. letu, ki imajo: <ul style="list-style-type: none"> - SB v prvem kolenu sorodstva, - ITM > 25 kg/m², obseg pasu ≥ 94 cm (moški) oziroma ≥ 80 cm (ženske), - krvni tlak 140/90 mmHg ali več ali zdravljena arterijska hipertenzija, - trigliceride > 2,2 mmol/l ali HDL holesterol < 0,9 mmol/l ali zdravljeno motnjo v presnovi maščob.
2	Osebe z/s <ul style="list-style-type: none"> - že kdaj zvišanim krvnim sladkorjem, - MTG ali MBG kadarkoli, - srčno-žilno, možgansko-žilno ali periferno žilno boleznijo, - dolgotrajno terapijo z antipsihotiki.
3	Ženske z/s: <ul style="list-style-type: none"> - anamnezo nosečnostne SB ali porodno težo otroka > 4 kg, - sindromom policističnega ovarija in ITM > 30 kg/m².

Pri osebah, ki izpolnjujejo eno ali več zgornjih meril, opravimo diagnostični test z merjenjem koncentracije glukoze v krvi na tešče ali še bolje s standardiziranim oralnim glukoza-tolerančnim testom (OGTT).

Pri bolnikih **z aterosklerotično srčno-žilno boleznijo** ali če na tešče izmerimo koncentracijo glukoze v krvi od vključno **6,1 do vključno 6,9 mmol/l**, moramo v vsakem primeru opraviti OGTT.

Izvedba standardiziranega oralnega glukoza-tolerančnega testa (OGTT)

Test izvajamo po vsaj treh dneh neomejenega uživanja ogljikovih hidratov (več kot 150 g ogljikovih hidratov dnevno), zjutraj med 7. in 9. uro po 10 do 16 urah teščega stanja (pitje vode je dovoljeno).

Preiskovanec zaužije 75 gramov glukoze, raztopljene v 250 do 300 ml vode, ki jo spiije v 5 minutah (čas testa se šteje od prvega požirka).

Prvi vzorec krvi vzamemo pred zaužitjem glukozne raztopine in drugega v 120. minuti testa. Če je že prva vrednost glukoze diagnostična, testa ne nadaljujemo.

Tabela 2. Merila za diagnozo mejne bazalne glikemije (MBG) in motene tolerance za glukozo (MTG)

	GLUKOZA V PLAZMI NA TEŠČE (MMOL/L)		GLUKOZA V PLAZMI V 120. MINUTI OGTT (MMOL/L)
MBG (izolirana)	6,1–6,9	in	< 7,8
MTG	< 6,1	in	7,8–11,0
MBG in MTG	6,1–6,9	in	7,8–11,0

Tabela 3. Diagnostične vrednosti OGTT v nosečnosti

OGTT	MMOL/L
na tešče	5,1
po 1 uri	10,0
po 2 urah	8,5

Merila za diagnozo metaboličnega sindroma

Metabolični sindrom je prisoten, če ima oseba vsaj 3 od naslednjih dejavnikov:

- obseg pasu:
moški ≥ 94 cm, ženske ≥ 80 cm;
- trigliceridi:
 $\geq 1,7$ mmol/l (oziroma zdravljenje z antilipidnimi zdravili za znižanje trigliceridov);
- HDL-holesterol:
moški $\leq 1,0$ mmol/l, ženske $\leq 1,3$ mmol/l (oziroma zdravljenje z antilipidnimi zdravili za zvišanje HDL-holesterola);
- krvni tlak:
sistolčni ≥ 130 mm Hg oziroma diastolični ≥ 85 mm Hg (oziroma zdravljenje z antihipertenzivnimi zdravili);
- glukoza v krvi:
 $\geq 5,6$ mmol/l (oziroma zdravljenje s hipoglikemičnimi zdravili).

Zaključek kliničnega presejanja

1. **Zdrav:** ni velikega tveganja za razvoj SB tipa 2 in nima SB (krvni sladkor $< 6,1$ mmol/l in nima dodatnih dejavnikov tveganja), kontrola čez 5 let.
2. **Veliko tveganje za razvoj sladkorne bolezni tip 2** (KS med 6,1 in 6,9 mmol/l, OGTT (oral glucose tolerance test) in IMAGE kriteriji), napotitev v zdravstvenovzgojni center (ZVC) oziroma center za krepitev zdravja (CKZ) ali individualno svetovanje spremembe nezdravih življenjskih navad.
 - Pri zvečani telesni masi ali debelosti zmanjšanje telesne mase za vsaj 5–7 % v pol leta in vzdrževanje dosežene teže,
 - redna zmerna telesna dejavnost (50 %–70 % maksimalnega pulza) vsaj 30 minut na dan,
 - prehrana, ki vsebuje:
 - dovolj vlaknin (≥ 15 g / 1000 kcal),
 - zmerno količino maščob (≤ 35 % celodnevne energijske potrebe), posebno zasičenih in transmaščob (< 10 % celodnevne energijske potrebe),
 - ogljikohidratna živila v obliki polnozrnatih žitaric, sadja, zelenjave in stročnic.

Kontrolni pregled pri pacientih z moteno toleranco za glukozo in/ali mejno bazalno glikemijo opravimo diagnostično testiranje za SB2 na 2 leti, pri velikem tveganju za razvoj SB tip 2 in normalni glikemiji pa na 3 leta.

3. Sum na sladkorno bolezen tip 2 (KS 7,0 mmol/l ali več)

DMS bolnika napoti k osebnemu zdravniku zaradi potrditve diagnoze sladkorne bolezni, nadaljnjo diagnostiko in zdravljenja, **v enem do dveh tednih**.

LITERATURA

Slovenske smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 pri odraslih osebah. Diabetološko združenje Slovenije, Združenje endokrinologov Slovenije, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Interna klinika UKC Ljubljana. Ljubljana, 2011.

Slovenske smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 pri odraslih osebah. Diabetološko združenje Slovenije, Združenje endokrinologov Slovenije, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Interna klinika UKC Ljubljana. Ljubljana, 2015 (v pripravi).

Bulc M, Zaletel J. Obvladovanje sladkorne bolezni tip 2 v družinski medicini. <http://www.referencna-ambulanta>.

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni. Strategija razvoja 2010–2020. Dostop 17. 9. 2010 na strani http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/zakonodaja/NP_diabetes/Nacionalni_program_obvladovanja_sladkorne_bolezni_210410.pdf.

Štern B et al. Projekt: razvoj modela integriranega preprečevanja in celostne oskrbe kroničnih bolnikov odrasle populacije na primarni ravni zdravstvene dejavnosti. Poročilo ministrstvu za zdravje. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Ljubljana, 2010.

Sladkorna bolezen. Protokol vodenja kroničnega bolnika v ambulanti splošne/družinske medicine. Delovna skupina Odbora za osnovno zdravstvo ZZS. Zdravniška zbornica Slovenije. Ljubljana: 2010.

Govc Eržen J, Bulc M. Bolnik s sladkorno boleznijo v družinski medicini: realnost in prihodnost. V: Poplas Susič T (ur.), Vajd R (ur.). Medicinski razgledi, 2010; 49(1): 97–102.

3.4 PREVENTIVNI PREGLED V ZVEZI S KAJENJEM IN ZGODNJIM ODKRIVANJEM KRONIČNE OBSTRUKTIVNE PLJUČNE BOLEZNI (KOPB)

Davorina Petek

UVOD

Preventivni pregled v zvezi s kajenjem in zgodnjim odkrivanjem KOPB izvaja diplomirana medicinska sestra (DMS) v okviru celovitega preventivnega pregleda, ki ga opravlja v populaciji stari nad 30 let. Presejanje na KOPB izvaja v populaciji s prisotnimi dejavniki tveganja in ima naslednje cilje:

- opredeliti osebe s povečanim tveganjem za KOPB;
- zmanjšati tveganje za KOPB: intervencija za prenehanje kajenja;
- zgodnje odkrivanje KOPB.

Dejavniki tveganja za KOPB

Tveganje za KOPB se ocenjuje glede na prisotnost dejavnikov tveganja. Temu sta namenjeni dve vprašanji v vprašalniku za preventivni pregled.

Ali kadite?

- Trenutno pokadim _____cigaret/dan. Kadim_____let.
- Sem bivši kadilec. Pokadil sem _____cigaret/dan. Kadil sem_____ let.
- Izpostavljen sem pasivnemu kajenju.
- Nikoli nisem kadil.

Ali delate oziroma ste delali v masivni izpostavljenosti prahu in kemikalijam (hlapi, dražljivci, dim)?

- Da.
- Ne.

Glede na kajenje, ki predstavlja vedenjski dejavnik tveganja za številne bolezni, med njimi tudi za KOPB, so ljudje opredeljeni kot: kadilci, bivši kadilci, pasivni kadilci ali nekadilci.

Opredelitev ogrožene populacije

S pomočjo podatka o kajenju ali masivni izpostavljenosti prahu DMS opredeli ogroženo populacijo za KOPB. Ogrožena populacija so vsi kadilci in osebe, masivno izpostavljene prahu, stare nad 40 let, ki so bile izpostavljene vsaj 10 let. Obremenitev s kajenjem se določi z izračunom škatlice/leta kajenja. Število ŠKAT-LIC – LET = (število cigaret na dan/20) x število let kajenja. Pomemben podatek je tudi družinska anamneza KOPB ter prisotnost simptomov KOPB.

Ogroženost za KOPB lahko DMS dodatno opredeli z vprašanji o simptomih KOPB:

- kašelj: lahko je intermitenten in suh;
- izkašljevanje: kakršnokoli kronično izkašljevanje (na primer samo zjutraj);
- dispnea: progresivna, slabša ob telesnem naporu, stalna.

Spirometrija

Osnovna preiskava v diagnostiki KOPB je spirometrija. Spirometrijo opravi DMS pri vseh dolgoletnih kadilcih, bivših kadilcih ter osebah z masivno izpostavljenostjo prahu. Pomembna je kakovostna izvedba preiskave, česar se DMS nauči v okviru izobraževalnega modula za KOPB in astmo na KOPA Golnik, po potrebi tudi v dodatnih izobraževalnih tečajih.

Bronhodilatatorni test

Če je pri spirometriji ugotovljena obstrukcija, je potrebna nadaljnja opredelitev reverzibilnosti obstrukcije. To naredimo s pomočjo bronhodilatatornega testa, pri katerem za odraslega uporabimo 4 vdihne (0,4 mg) salbutamola. Spirometrijo ponovimo 15 minut po dajanju zdravila. Če postbronhodilatatorna vrednost Tiffeneau indeksa (TI) ostane pod 0,7 ($FEV1/FVC < 0.70$), je to diagnostični kriterij ireverzibilne obstrukcije. Za diagnozo in oceno stopnje KOPB je še vedno pomembno, kakšna je postbronhodilatatorna vrednost FEV1, vendar stalno obstrukcijo dihal potrди postbronhodilatatorna vrednost $TI < 0.70$.

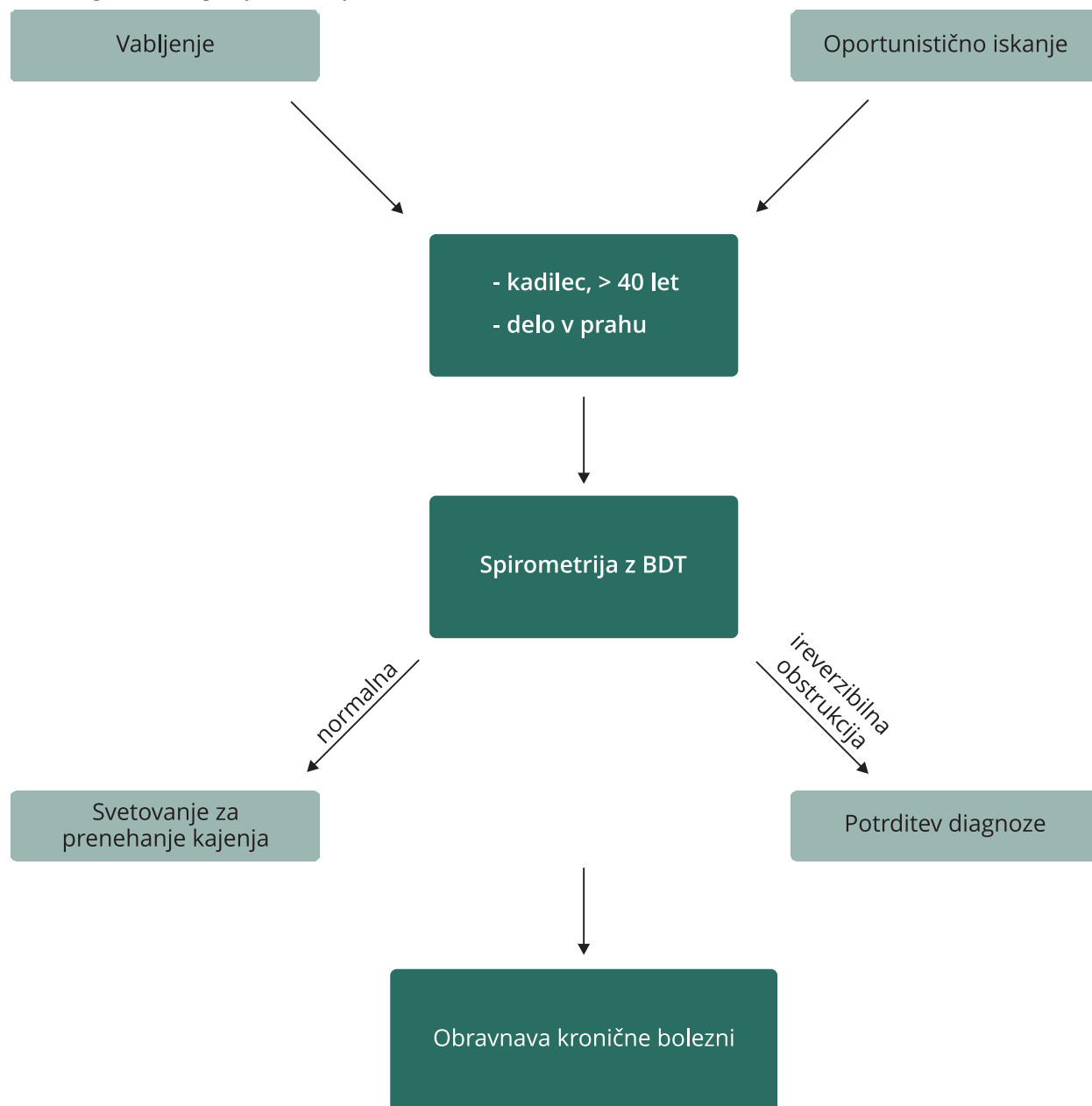
Bolnika, pri katerem je ugotovila stalno obstrukcijo dihalnih poti, DMS napoti k zdravniku družinske medicine, ki novoodkrito KOPB potrди bodisi sam, bodisi bolnika napoti k pulmologu za dodatne preiskave.

Končni rezultat preventivnega pregleda v zvezi s KOPB

DMS po opravljenem preventivnem pregledu bolnika razvrsti med:

- Osebe s povečanim tveganjem (ogroženostjo) za KOPB. Sledijo ukrepi, ki so v največji meri usmerjeni na odstranjevanje poglavitnega dejavnika tveganja, to je kajenje. Presejanje za KOPB se predvidoma ponavlja na eno leto.
- Prisotna KOPB. Bolnika vpiše v register KOPB. Sledi pregled DMS po protokolu spremljanja kroničnega bolnika s KOPB.
- Pri osebah, ki ne kadijo in niso izpostavljene pasivnemu kajenju in so torej malo ogrožene za KOPB, se preventivni pregled (brez spirometrije) ponavlja predvidoma na 5 let.

Slika 1: Algoritem za zgodnje odkrivanje KOPB



LITERATURA

Osnovni vprašalnik za preventivni pregled_2014. Dosegljivo 5. 1. 2015 na: http://www.referencna-ambulanta.si/wp-content/uploads/OSNOVNI_VPRAŠALNIK-ZA-PREVENTIVNI-PREGLED_2014.pdf.

Vprašalnik za zgodnje odkrivanje KOPB. Dosegljivo 5. 1. 2015 na: <http://www.referencna-ambulanta.si/wp-content/uploads/VPRAŠALNIK-ZA-ZGODNJE-ODKRIVANJE-KOPB-IN-VREDNOTENJE1.pdf>.

Global initiative for chronic obstructive lung disease. Dosegljivo 5. 1. 2014 na http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2014_Jan23.

3.5 PREVENTIVNI PREGLED NA PODROČJU TVEGANEGA IN ŠKODLJIVEGA PITJA ALKOHOLA

Marko Kolšek

UVOD IN OPREDELITEV PROBLEMA

Pitje alkohola je neposredno povezano z najmanj 30 različnimi boleznimi in predstavlja v Evropi drugi najpomembnejši vzrok za prezgodnjo umrljivost in obolevnost. Poraba alkohola v Sloveniji je med najvišjimi v Evropi. Iz leta v leto se le malo spreminja in dosega približno 11 do 13 litrov čistega alkohola na leto na prebivalca starosti 15 let in več registrirane in približno 5 do 6 litrov neregistrirane porabe (3,4). To je na primer povprečno 150 litrov vina na prebivalca v enem letu. Posledice tega so med drugim visok odstotek umrljivosti zaradi ciroze jeter, samomorov in prometnih nezgod povezanih z alkoholom. Po zbranih podatkih skoraj polovica moških in skoraj tretjina žensk pije alkohol prek meje manj tveganega pitja; pijejo že otroci – med 10-letnimi otroki je le 60 % abstinentov, med 14-letniki le 30 %, 30 % 16-letnikov se napije najmanj enkrat na mesec.

Veliko se govori o potencialnih koristnih učinkih pitja alkohola na srčno-žilni sistem. Raziskave kažejo, da imajo zelo majhne količine alkohola (do 10 gramov alkohola do 3-krat na teden) lahko ugoden učinek na srčno žilje pri nekaterih ljudeh v srednjih letih, kar pa ne velja za ostale organe. Zato še vedno velja, da naj zdravnik ne priporoča pitja alkohola za »zdravje srca«, saj lahko na srčno-žilni sistem vplivamo enako ugodno ali pa še bolj učinkovito na druge povsem neškodljive načine, na primer s telesno aktivnostjo.

Opredelitev pojmov

Količino popitega alkohola lahko merimo v enotah ali mericah. **Ena enota** vsebuje približno **10 gramov** čistega alkohola, kar je **1 dcl** običajnega vina ali **2,5 dcl** piva ali eno šilce **0,3 dcl** (»stampri») žgane pijače ali **2 do 2,5 dcl** sadjevca (tolkovca, mošta).

Glede na količino popitega alkohola, glede na način pitja in glede na posledice zaradi pitja razlikujemo:

1. abstinenco,
2. manj tvegano pitje,
3. tvegano pitje,
4. škodljivo pitje,
5. alkoholizem ali sindrom zasvojenosti z alkoholom.

Abstinenca pomeni, da človek nikoli ob nobeni priložnosti ne pije alkoholnih pijač.

Manj tvegano pitje je pitje, ki verjetno ne bo privedlo do okvar zdravja, čeprav bo trajalo veliko let. Meja je odvisna od starosti, spola in zdravstvenega stanja posameznika. V Sloveniji je sprejeta meja manj tveganega pitja, in sicer za:

MOŠKE:

- do 14 enot na teden (na primer do 2 dcl vina na dan ali do 1 steklenico piva na dan),
- ne več kot 5 enot ob eni pivski priložnosti (na primer praznovanje in podobno),
- en ali dva dni v tednu povsem brez alkohola.

ŽENSKE:

- do 7 enot na teden (na primer do 1 dcl vina na dan),
- ne več kot 3 enote ob eni pivski priložnosti (na primer praznovanje in podobno),
- en ali dva dni v tednu povsem brez alkohola.

Otroci, mladina do 16 let starosti, nosečnice, doječe matere, bolniki z nekaterimi boleznimi (na primer jetera, trebušna slinavka, božjast, duševne bolezni), ljudje med delovnim časom, aktivni udeleženci v prometu naj ne pijejo nobenih alkoholnih pijač.

Za mlade bi bilo bolje, da ne bi pili nič alkohola vsaj do 25. leta starosti, saj se možgani oblikujejo najmanj do te starosti. Pitje alkohola v mladosti predstavlja povečano tveganje za poznejše težave zaradi pitja alkohola in razvoj zasvojenosti z alkoholom.

Tvegano pitje so tisti načini in količine pitja alkohola, ki bodo verjetno sčasoma privedli do težav, vendar te še niso prisotne. Že pitje 20–40 g alkohola na dan pri moških zveča tveganje za nastanek okvar zdravja, pri ženskah pa že 10–20 g na dan. Tveganje je odvisno od več dejavnikov (na primer starosti piva, spola, okoliščin pri pitju).

Škodljivo pitje (F10.1 – šifra v MKB) je pitje, ko že lahko ugotovimo posledice oziroma težave zaradi pitja alkohola, vendar še ni izražen sindrom zasvojenosti z alkoholom. Lahko gre za spremembe ali težave s telesnim ali duševnim zdravjem (za *akutne težave, na primer glavobol, zgaga po pitju, »maček«, občutki krivde zaradi pitja in podobno ali pa za dolgoročne spremembe lahko arterijska hipertenzija, motnje srčnega ritma, povečana jetra*), težave v družini, na delovnem mestu, s policijo in drugo. Težave so lahko manj izražene, tako da so komaj prepoznavne, lahko pa so opazne že na prvi pogled.

Sindrom zasvojenosti z alkoholom oziroma alkoholizem (F10.2) je bolezen možganov, ki jo opredelimo s pomočjo 6 meril, opisanih v 10. reviziji MKB. Za zasvojenost gre, če so bili v preteklem letu izraženi vsaj trije od naslednjih znakov: **močna želja** za alkohol, **višanje tolerance**, **nadaljevanje pitja** kljub očitnim škodljivim posledicam, **zanemarjanje drugih dejavnosti** zaradi alkohola, **težave pri obvladovanju** pitja in **odtegnitvene težave** ob prenehanju pitja.

Posameznik se v času svojega življenja neredko giblje iz enega načina pitja v drugega – od škodljivega pitja do manj tvegane, pa včasih do občasne abstinence in spet nazaj (na primer po prekropani noči s posledičnim »mačkom«, se nekaj časa izogiba alkohola), lahko pa tudi dolgo časa vzdržuje isti vzorec pitja. Pogostnost tvegane in škodljivega pitja je nekajkrat večja od pogostnosti zasvojenosti z alkoholom.

Opredelitev ogrožene populacije glede na presejanje, ki ga opravi DMS

Zaradi velikega števila ljudi, ki pijejo alkohol, morata zdravnik in medicinska sestra pri svojem delu pogosto pomisliti na možnost, da so bolnikove težave povezane s pitjem alkohola. Zdravnik družinske medicine ima s svojim timom **nenadomestljivo** vlogo pri zgodnjem odkrivanju tvegane in škodljivega pitja pri svojih bolnikih, pri čemer ima DMS v RA še posebej pomembno vlogo.

Vsak bolnik bi moral v svoji zdravstveni kartoteki imeti poleg ostalih podatkov (na primer telesna teža, krvni tlak in podobno) zabeležen tudi podatek o pitju alkohola (»pivski status«), na primer enkrat na leto ali na dve leti. Nekateri predlagajo, da bi podatek o pitju pridobili le od posebej ogroženih ljudi in od ljudi iz posebnih skupin (*nosečnice, otroci alkoholikov, brezposelni, razvezani, ovdoveli, osamljeni, kjer je nasilje v družini, mladi odrasli in podobno*), vendar bi moral glede na razširjenost pitja alkohola v Sloveniji biti cilj DMS v RA, da pridobi podatke za vse ljudi, ki pridejo k njej zaradi kateregakoli razloga.

Številni ljudje se ne zavedajo, da je njihovo pitje tvegano. Tudi tisti, ki že imajo težave zaradi pitja, pogosto ostanejo neodkriti, ker pred zdravnikom in medicinsko sestro prikrijejo težave ali pa jih zdravnik in medicinska sestra ne povežeta s pitjem alkohola. Bolniki, za katere že na prvi pogled ugotovimo, da so »klasični alkoholiki« (zadah po alkoholu, zanemarjenost, dokazane okvare telesnih organov, moteni odnosi z okolico in podobno), predstavljajo le majhen odstotek problematičnih pivcev.

Odkrivanje tveganega in škodljivega pitja

Podatek o pitju alkohola najlažje dobimo s pogovorom s človekom. Tisti, ki nimajo težav zaradi alkohola (večinoma tudi tisti, ki pijejo tvegano), ponavadi dajo točne podatke. Če pa bolnik sluti, da bi se njegovo pitje komu lahko zdelo preveliko, bo pogosto povedal ustrezno manjšo ali »bolj sprejemljivo« količino. Zato naj bo pogovor empatičen, nevsiljiv, brez moralnih sodb; najbolje je, da vprašanja o pitju alkohola združimo s pogovorom o drugih življenjskih navadah. Bolnika lahko preprosto vprašamo: »Večina ljudi kdaj kaj popije. Ali vi kdaj pijete alkoholne pijače, kot so vino, pivo ali žganje?«

Podatek o pitju alkohola lahko dobimo tudi z ustreznim vprašalnikom – pri nas je za presejanje v uporabi kratek vprašalnik AUDIT-C, ki lahko pokaže, da posameznik presega meje manj tveganega pitja, za natančnejšo opredelitev ali gre za tvegano ali škodljivo pitje pa lahko uporabimo nadaljnja vprašanja iz celotnega AUDIT vprašalnika .

Včasih s kliničnim pregledom ali kakšno preiskavo ugotovimo spremembe, ki lahko kažejo na posledice zaradi pitja alkohola – škodljivo pitje. Nobena preiskava ni specifična za alkoholne okvare, lahko pa vzbudi sum oziroma nakaže takšno možnost: na primer povečana jetra, rdečica obraza, gastritis, povišana vrednost gama-GT ali/in MCV. S pogovorom, pregledom in morebitnimi drugimi preiskavami moramo ugotoviti, ali gre za alkoholno okvaro ali je vzrok kje drugje, da ne napravimo prehitrega zaključka in spregledamo pravi vzrok težav.

Če odkrijemo spremembe ali težave zaradi pitja, pomeni, da smo že zamudili najugodnejši čas za ukrepanje. Zato je ključnega pomena pravočasno odkriti tvegano pitje, ko človek nima še nobenih težav ali posledic, in ustrezno ukrepati.

Ukrepanje glede na ugotovitve

Pri **abstinentih** ukrepi glede pitja alkohola niso potrebni, seveda če je podatek o abstinenci resničen.

Tudi pri ljudeh, ki pijejo **na manj tvegan način**, posebni ukrepi niso potrebni.

Pri **tveganih in škodljivih pivcih** lahko DMS izvaja motivacijske pogovore, predlaga obisk spletne strani www.nalijem.si in seznanitev s tam objavljeno brošuro za samopomoč »Ali vem, pri čem sem s svojim ...«, lahko pa bolnika usmeri k izbranemu osebnemu zdravniku, po posvetu z izbranim osebnim zdravnikom lahko tudi v zdravstvenovzgojni center oziroma center za krepitev zdravja. Nekateri bolniki, ki pijejo na škodljiv način, potrebujejo zdravljenje tako kot zasvojeni z alkoholom.

Pri **zasvojenih z alkoholom** je praviloma potrebno zdravljenje alkoholizma (v okviru psihiatrične službe ali pa skupin za samopomoč – na primer Anonimni alkoholiki, Klubi zdravljenih alkoholikov, Društvo Žarek upanja in podobno). Končno diagnozo alkoholizma praviloma postavi zdravnik, vendar ni nič narobe, če ob jasnem sumu za alkoholizem DMS poleg usmeritve k osebnemu zdravniku bolniku predlaga ustrezno zdravljenje.

Več o ustreznem ukrepanju in motivacijskih pogovorih je v poglavju »Spreminjanje pivskih navad«.

Ključna sporočila

- Pitje alkohola je pomemben dejavnik, ki lahko vpliva na zdravje posameznika, družine in celotne družbe.
- V zdravstveni dokumentaciji bi moral imeti vsak posameznik tudi podatek o njegovem pitju alkohola («pivski status»), tako kot naj bi imel na primer podatek o krvnem tlaku.
- DMS in zdravnik v RADM imata nenadomestljivo vlogo za zgodnje odkrivanje tveganega in škodljivega pitja in za ustrezno ukrepanje ob tem.

LITERATURA

Anderson P, Gual A, Kolšek M. (Ur.). Klinične smernice za zgodnje odkrivanje tveganega in škodljivega pitja in kratki ukrepi: alkohol in osnovno zdravstvo: evropski projekt za obravnavo alkoholne problematike v osnovnem zdravstvu (PHEPA). Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, 2006.

Kolšek M. Pitje alkohola. V: Švab I, Rotar Pavlič D (Ur.). Družinska medicina: učbenik. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2012: 101–11.

Kolšek M. O pitju alkohola: priročnik za zdravnike družinske medicine. 2. dopolnjena izdaja. Ljubljana: Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani; 2011.

Kolšek M, Poplas Susič T, Kersnik J. Slovenian adaptation of the original AUDIT-C questionnaire. *Subst use misuse* 2013; 48(8): 581–9.

Hočevar T, Roškar M, Kolšek M, Maučec Zakotnik J (Ur.). Interdisciplinarna obravnava tveganega in škodljivega pitja alkohola pri odraslih. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, (v pripravi).

Kolšek M. Ali vem pri čem sem s svojim ...? Ljubljana, CINDI Slovenija, 2011.

www.nalijem.si

3.6 PREVENTIVNI PREGLED NA PODROČJU OSTEOPOROZE

Jana Govc Eržen

UVOD

Osteoporozo je sistemska bolezen, za katero je značilna povečana lomljivost kosti. Zlomi kosti nastopijo pri osteoporozi že pri majhni poškodbi, ki nastane pri padcih iz sedne oziroma stojne višine, pa tudi ob odsotni poškodbi. Najpogostejši so takšni zlomi vretenc, kolka, zapestja in nadlahtnice, ki so pomemben vzrok obolevanja in umrljivosti prebivalstva, predvsem žensk, starejših od 65 let. Pogosto je prvi znak bolezni bolečina zaradi zloma kosti.

Preventivni pregled v zvezi z osteoporozo izvaja diplomirana medicinska sestra v okviru preventivnega pregleda na področju bolezni srca in žilja.

Vključitveni kriterij:

- ženske in moški, ki so starejši od 60 let.

Izključitveni kriterij:

- vsi bolniki z že zdravljeno osteoporozo.

Osnovni cilj presejanja na področju osteoporoze je ugotoviti, kakšno je absolutno tveganje, da bodo preiskovanci v naslednjih desetih letih utrpeli enega od štirih najpogostejših osteoporoznih zlomov.

DEJAVNIKI TVEGANJA ZA OSTEOPOROZNE ZLOME

Obsežna analiza epidemioloških podatkov iz raziskav o osteoporoznih zlomih, ki jo je opravila skupina strokovnjakov pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije, je pokazala, da so najpomembnejši klinični dejavniki tveganja za zlom:

- spol,
- starost,
- nizek indeks telesne mase ($\leq 19 \text{ kg/m}^2$),
- predhodni osteoporozni zlomi: zlomi v odraslem obdobju, ki so nastali spontano ali ob poškodbi, ki pri zdravi osebi ne bi povzročila zloma,
- zlom kolka pri materi ali očetu,
- zdravljenje z glukokortikoidi (metilprednizolon ali ekvivalent vsaj 4 mg dnevno vsaj tri mesece kadarkoli v življenju),
- kajenje,
- alkohol (≥ 3 enote na dan),
- revmatoidni artritis,
- drugi sekundarni vzroki osteoporoze, na primer sladkorna bolezen tipa I, hipertiroidizem, nezdravljen hipogonadizem, prezgodnja menopavza (< 45 let), kronična malnutricija ali malabsorpcija, kronično obolenje jeter, KOPB, transplantacija organov, podaljšana nepokretnost.

OPREDELITEV OGROŽENE POPULACIJE IN OCENA TVEGANJA ZA OSTEOPOROZNI ZLOM

S pomočjo podatkov o prisotnih dejavnih tveganja za osteoporozni zlom in podatka o izmerjeni mineralni kostni gostoti vratu stegenice (če je na voljo) diplomirana medicinska sestra ugotavlja tveganje za osteoporozni zlom pri opredeljeni populaciji. Orodje za presejanje predstavlja računalniški model FRAX (**Fracture Risk Assessment Tool**), ki je prosto dostopen na spletni strani <http://www.shef.ac.uk/FRAX/>. Za Slovenijo uporabljamo FRAX Velike Britanije, ker najbolj ustreza epidemiološki situaciji glede incidence zlomov kolka.

Absolutno tveganje za glavne zlome v naslednjih 10 letih:

- tveganje je nizko: pod 10 %;
- tveganje je zmerno: med 10 in 20 %;
- tveganje je visoko: večje od 20 %.

UKREPANJE PO OPRAVLJENEM PREVENTIVNEM PREGLEDU NA PODROČJU OSTEOPOROZE

Diplomirana medicinska sestra ukrepa glede na oceno tveganja za osteoporozne zlome.

- **Tveganje za zlom je nizko (< 10 %):** Nasvet o zdravem življenjskem slogu, pravilni prehrani in telesni vadbi. Zdravila niso potrebna. Ponovna ocena čez 5 let.
- **Tveganje za zlom je zmerno (10–20 %):** Nasvet o zdravem življenjskem slogu, pravilni prehrani in telesni vadbi. Diplomirana medicinska sestra svetuje bolniku, da opravi merjenje mineralne kostne gostote z DXA in se z izvidom zgleda pri zdravniku družinske medicine, ki bo ponovno ocenil tveganje za osteoporozni zlom. V vsakem primeru razmislimo vsaj o dodatku vitamina D in svetujemo povečan vnos kalcija s prehrano. Dnevne potrebe po kalciju glede na starost in spol so navedene v Tabeli 1, vsebnost kalcija v nekaterih živilih pa v Tabeli 2. V 1 dcl mleka, mlečnega napitka ali jogurta je 120 mg Ca, v 100 g sira je 1000 mg Ca, v 10 dag skute pa 100 mg Ca. S preostalo hrano zaužije ženska okrog 250 mg Ca, moški pa okrog 350 mg Ca. Kalcijeve pripravke svetujemo samo tistim bolnikom, ki kalcija ne morejo uživati s hrano. Ponovna ocena čez dve do tri leta.
- **Tveganje za zlom je visoko (za najpogostejše osteoporozne zlome vsaj 20 % in/ali tveganje za zlom kolka vsaj 5 %).** Nasvet o zdravem življenjskem slogu, pravilni prehrani in telesni vadbi. Diplomirana medicinska sestra bolnika napoti k zdravniku družinske medicine. Zdravnik priporoči zdravljenje. Kontrole so potrebne enkrat letno.
- Vsi, ki so **že utrpeli osteoporozni zlom vretenca ali kolka**, so kandidati za zdravljenje, ne glede na izvid DXA ali FRAX. Diplomirana medicinska sestra jih napoti k zdravniku družinske medicine, če je to potrebno (če so opustili zdravljenje, če je potrebna kontrolna meritev mineralne kostne gostote).
- Diplomirana medicinska sestra napoti k zdravniku družinske medicine vse **bolnike s pogostimi padci**.

Tabela 1. Dnevne potrebe po kalciju glede na starost in spol

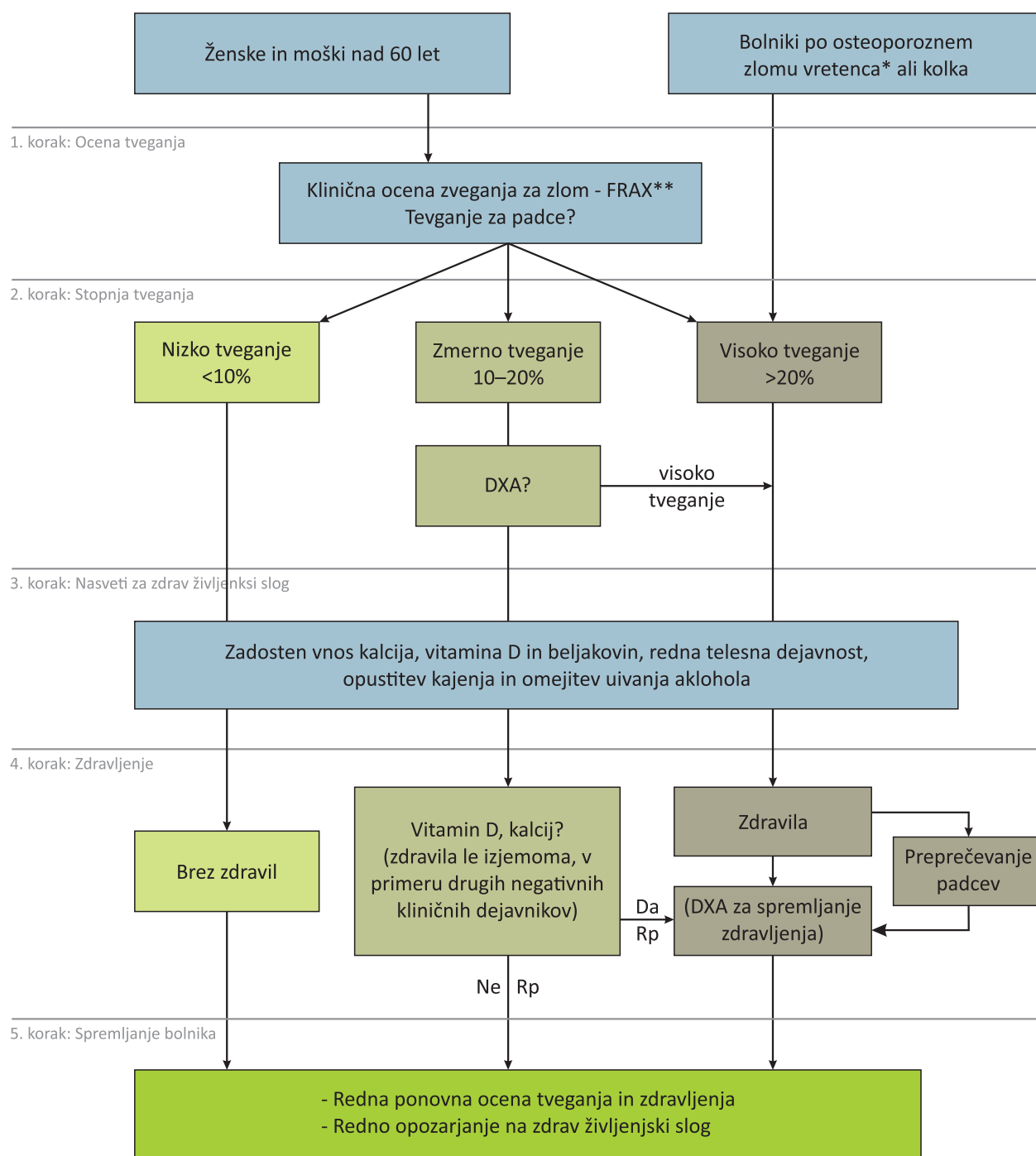
STAROST	PRIPOROČENI DNEVNI VNOS KALCIJA (MG)
9–18 (oba spola)	1300
19–50 (oba spola)	1000
ženske od 51 leta	1200
moški od 51–70 leta	1000
moški od 70 leta	1200

Tabela 2. Vsebnost kalcija v živilih

ŽVILO (100 G)	KALCIJ (MG)
MLEKO IN MLEČNI IZDELKI	
Mleko ali jogurt	120
Trapist	920
Edamec	795
Parmezan	1026
Sojin jogurt (obogaten s kalcijem)	118
ZELENJAVA	
Čičerika	100
Kitajsko zelje	105
Zeleno zelje	110
Špinača	126
Fižol v zrnju	135
SADJE	
Suhe fige	230
Suhe marelice	73
OREŠČKI	
Mandlji	238

ŽIVILO (100 G)	KALCIJ (MG)
Lešniki	225
Orehi	95
RIBE	
Sardine v olju (odcejene)	500
Losos	91
DRUGA ŽIVILA	
Tofu, soja	510
Kruh	20–45
PIJAČE	
Radenska	273 v litru
Donat Mg	370 v litru

ALGORITEM: PRIPOROČILA ZA PREPREČEVANJE OSTEOPOROZNIH ZLOMOV



* Pregled razpoložljivih stranskih torakolumbalnih rentgenskih posnetkov glede osteoporoznih zlomov.

** FRAX ni uporaben za mlajše od 50 let.

Slika 1. Algoritem: Priporočila za preprečevanje osteoporoznih zlomov

LITERATURA

Kocjan T, Preželj J, Pfeifer M, Jensterle Sever M, Čokolič M, Zavrtnik A. Smernice za odkrivanje in zdravljenje osteoporoze. Zdravniški vestnik 2013; 82 (IV): 207–17.

Kocjan T, Govc Eržen J. Protokol vodenja bolnikov z osteoporozo, Slovensko osteološko društvo, 2016.

Kocjan T. Napotitev k internistu – endokrinologu. V: Fras Z, Poredoš P, ur. Stopnje nujnosti in kaj je potrebno opraviti pri bolniku pred napotitvijo na specialistični pregled k specialistu internistu. Ljubljana: Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta v Ljubljani in Interna klinika, Univerzitetni klinični center; 2008. pp. 39–49.

Preželj J, Pfeifer M, Kocjan T, Sabati Rajič A, Gantar Rott U, Jensterle Sever M et al. Novosti o vitaminu D in kalciju v zdravljenju osteoporoze. Isis 2008; 17: 74–5.

Papaioannou A, Morin S, Cheung AM, Atkinson S, Brown JP, Feldman S, et al. 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: summary. Canadian Medical Association Journal. 2010; 182: 1864–73.

Govc Eržen J. Vidik zdravnika družinske medicine pri obravnavi bolnika z osteoporozo. V: Tušek Bunc K, ur. 6. mariborski kongres družinske medicine. Družinska medicina 2010; 8 (suppl. 5). Dosegljivo 4. 1. 2015 na: http://www.drmed.org/javne_datoteke/novice/datoteke/776-MBckongresc2010.pdf.

3.7 PREVENTIVNI PREGLED NA PODROČJU DEPRESIJE

Janez Rifel

UVOD IN OPREDELITEV PROBLEMA

Kakor pri drugih kroničnih boleznih je tudi pri depresiji ozdravitev odvisna od terapevtskega zaporedja. Da bi depresijo uspešno ozdravili, mora bolnik najprej vstopiti v zdravstveni sistem, depresija mora biti prepoznana, začeti se mora zdraviti, bolnik mora dobiti ustrezno zdravljenje in ustrezno odgovoriti na to zdravljenje.

Večino bolnikov z depresijo zdravijo družinski zdravniki in samo petina bolnikov z depresijo se obravnava na sekundarni ravni zdravstvene oskrbe. Raziskave so pokazale, da družinski zdravniki spregledajo okrog 50 % primerov depresije. Delež neprepznanih depresij je večji pri blažjih depresijah. Čim težja je depresija, tem bolj verjetno je, da jo bo zdravnik zaznal. Ameriški podatki kažejo, da čeprav se depresija prepozna, se predolgo čaka z začetkom zdravljenja. V skupini tistih, ki se začnejo zdraviti proti depresiji pa jih le 40 % prejme ustrezno zdravljenje. V skupini tistih, ki dobijo ustrezno zdravljenje pa jih le ena tretjina doseže popolno remisijo po treh mesecih zdravljenja z enim antidepresivom in dve tretjini bolnikov, ki so prejeli do tri različne terapevtske intervencije doseže popolno remisijo. V Sloveniji je prevalenca depresije med obiskovalci ambulant družinske medicine okrog 15 %. V ambulanti z 2000 opredeljenimi pacienti je v enem letu tako 300 depresivnih bolnikov. Prepoznanih je 150, 75 se jih začne zdraviti, 30 jih prejme ustrezno zdravljenje in 20 jih je po treh mesecih zdravljenja v remisiji depresije. Tako ozdravi le eden od 15 bolnikov z depresijo.

Ukrepi, ki bi se usmerili samo na en korak v terapevtskem zaporedju imajo le zmeren uspeh. Če bi na primer izboljšali presejanje depresije in bi zaznali 80 % bolnikov z depresijo, bi v ambulanti z 2000 opredeljenimi pacienti ozdravili 32 bolnikov, torej enega od desetih bolnikov. Zato je treba ukrepati na več mestih v terapevtskem zaporedju.

PRESEJANJE NA PODROČJU DEPRESIJE

Neprepoznavanje depresije v splošni populaciji in v populaciji obiskovalcev ambulant družinske medicine je dejstvo. Vendar mnogi menijo, da ne obstajajo dokazi, da presejanje samo po sebi izboljša duševno zdravje populacije in da programi presejanja depresije prinašajo tveganja, ki jih ne odtehtajo nedokazani pozitivni učinki.

Za presejanje

Veliko raziskav je pokazalo, da programi za presejanje depresije, ki so povezani z usposobljenim osebjem za zdravljenje depresije, prinašajo pomembna izboljšanja depresivnih simptomov glede na običajno delo v ambulantah. Večina bolnikov je dobro prenašala antidepresive. Raziskovalci niso našli negativnih učinkov programov presejanja za depresijo in so zaključili, da so programi presejanja depresije, ki so povezani s programi zdravljenja depresije učinkoviti. Seveda so tudi ugotovili, da ni nobenih pozitivnih učinkov, če programi presejanja niso povezani s programi zdravljenja.

Proti presejanju

Večina argumentov proti presejanju temelji na predpostavki, da pozitivni učinki presejanja ne odtehtajo morebitnih negativnih posledic presejanja. Metaanaliza 11 raziskav ni pokazala zmanjšanja prevalece depresije in izboljšanja depresivnih simptomov, kljub presejanju proti depresiji. Nasprotniki presejanja vidijo v dejstvu, da se predpisuje vedno več antidepresivov, dokaz, da se depresija diagnosticira v visokem deležu in da presejanje ni potrebno.

Slabost presejanja je visok delež lažno pozitivnih. Takrat lahko pride do nocebo učinka, ko pacient v prihodnosti razvije depresijo zaradi tega, ker smo mu v preteklosti dali napačno etiketo depresije. Zaradi nocebo učinka lahko pride tudi do manj učinkovitega zdravljenja z antidepresivi pri bolnikih z blažjo depresijo, ki so bili na presejanju lažno negativni. Raziskovalci zaključijo, da učinkovitost presejanja ni jasno dokazana in zaradi možnosti negativnih učinkov presejanja ne priporočajo presejanja proti depresiji v primarnem zdravstvu. Presejanje za depresijo je v strokovni javnosti še nedorečeno. V Sloveniji smo ga v okviru preventivnega pregleda vseeno uvedli.

Nekateri kritiki presejanja so mnenja, da lahko uporaba vprašalnikov pri presejanju potiska zdravnike bolj proti ozko usmerjenemu biomedicinskemu pristopu do bolnika in jih odvrča od širšega bio-psiho-socialnega pristopa pri diagnostiki in zdravljenju depresije.

OPREDELITEV OGROŽENE POPULACIJE

Najpomembnejši dejavniki tveganja depresije so:

- predhodna epizoda depresije,
- depresivne motnje pri bližnjih sorodnikih,
- ženski spol,
- starost od 18 do 30 let in srednja leta,
- poporodno obdobje,
- komorbidna kronična telesna bolezen, še posebej kronične bolečine,
- nizek socialno-ekonomski status,
- ločitev, vdovstvo ali oseba, ki živi sama,
- brezposelnost,
- zloraba alkohola in prepovedanih drog.

Delo v referenčni ambulanti lahko bistveno izboljša diagnostiko, vodenje in zdravljenje depresije. V okviru preventivnega pregleda z oceno tveganja se opravi tudi presejanje na depresijo. Pri bolj ogroženih pacientih z dejavniki tveganja za depresijo se preseja pogosteje.

Presejanje na depresijo predstavljata dve vprašanji:

Kako pogosto so Vas v preteklih 2 tednih mučile naslednje težave?

	Sploh ne	Nekaj dni	Več kot polovico dni	Skoraj vsak dan
a) Malo interesa in zadovoljstva v stvareh, ki jih počnem.	0	1	2	3
Število točk	0 točk	1 točka	2 točki	3 točke
b) Potrtost, depresivnost, obup.	0	1	2	3
Število točk	0 točk	1 točka	2 točki	3 točke

Vrednotenje postavk iz osnovnega vprašalnika

Potrebno je sešteti točke/številke ob izbranih odgovorih. Če pacient vsaj na eni postavki (a ali b) dobi 2 točki ali več (odgovor v sivem polju), obstaja sum na prisotnost depresije.

ŠTEVILO TOČK	POD POSTAVKO A ALI B	OCENA TVEGANJA
0–1		Ni suma na prisotnost depresije.
2 ali več (odgovor v sivem polju)		Sum na prisotnost depresije.

UKREPANJE PO OPRAVLJENEM PREVENTIVNEM PREGLEDU NA PODROČJU DEPRESIJE

Pacienti, ki so pozitivni na presejanju, izpolnijo vprašalnik PHQ-9, ki je bil posebej izdelan za primarno zdravstveno varstvo. Vprašalnik PHQ-9 je obenem diagnostični pripomoček in pripomoček, s katerim lahko spremljamo ustreznost zdravljenja. Takšen vprašalnik je nekaj podobnega kot spirometrija pri KOPB ali glikiran hemoglobin pri sladkorni bolezni. Paciente, pri katerih je bila postavljena diagnoza s pomočjo vprašalnika, pregleda še zdravnik, potrdi ali ovrže diagnozo, ter začne z zdravljenjem.

Možno je tudi, da paciente, ki so pozitivni na presejanju za depresijo, diplomirana medicinska sestra takoj pošlje na diagnostični pogovor k zdravniku.

KONČNI REZULTAT PREVENTIVNEGA PREGLEDA NA PODROČJU DEPRESIJE

Pri pacientih, ki so negativni pri presejanju na depresijo, se preventivni pregled glede depresije konča. Ponovno presejanje pride na vrsto pri pacientih brez dejavnikov tveganja za depresijo čez 5 let, pri pacientih z dejavniki tveganja pa prej oziroma takrat, ko se dejavniki tveganja pojavijo.

Pacienti, ki so pozitivni na presejanju, izpolnijo še diagnostični vprašalnik PHQ-9 in/ali gredo na diagnostični pogovor k zdravniku. Pri pacientih, ki se zdravijo zaradi depresije, je PHQ-9 lahko uporabno orodje za spremljanje izboljšanja oziroma poslabšanja bolezni.

Diplomirana medicinska sestra še isti dan napoti samomorilno ogrožene paciente. Naročijo pa se pacienti, ki navajajo povečane simptome, ki imajo slabše vrednosti PHQ-9, bolniki, ki so sami prenehali z jemanjem terapije ali navajajo zelo moteče stranske učinke zdravil.

ZAKLJUČEK

Depresija ni tipična kronična bolezen. Zato je treba presejanje depresije opravljati s kančkom zdrave pameti. Kadar je pacient bolj ranljiv in se pojavijo dejavniki tveganja za depresijo, je potrebno prej pomisliti na možnost depresije in opraviti presejalni pogovor. Kadar pa pacient toži zaradi depresivnih simptomov, pa je potrebno, da opravi pri zdravniku dobro diagnostično in terapevtsko obravnavo. Ves čas je potrebno imeti v mislih, da je depresija zaradi samomorilnosti smrtno nevarna bolezen in da je zdravljenje depresije močno orodje za zmanjšanje samomorilnosti.

LITERATURA

Kunnamo I, ed. Na dokazih temelječe medicinske smernice. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine; 2006.

Depression in adults: NICE guidance. Dosegljivo na: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/cg90-depression-in-adults-ful-l-guidance2>.

Rifel J, Kersnik J. Problematika duševnega zdravja na primarni ravni – kako prepoznati depresivno epizodo. Zdrav Vestn 2010; 79: 544–7.

Pence BW, O'Donnell JK, Gaynes BN. The depression treatment cascade in primary care: a public health perspective. Curr Psychiatry Rep. 2012; 14(4): 328–35.

3.8 PREPREČEVANJE IN ZGODNJE ODKRIVANJE RAKA V DRUŽINSKI MEDICINI

Pia Vračko, Jana Govc Eržen

UVOD

Rak je pogosta bolezen, ki jo je danes v številnih primerih mogoče uspešno ozdraviti, v nekaterih primerih pa tudi zmanjšati tveganje za njen razvoj. Ključnega pomena je, da bolezen odkrijemo zgodaj, ko jo je mogoče uspešno zdraviti.

Zdravnik družinske medicine pozna osebo in njeno družino, kar mu omogoča, da zazna osebe s povečanim tveganjem za nastanek raka. Je prvi v stiku z osebo, ko je potrebno spodbujati udeležbo v organiziranih presejalnih programih, ključno pa pripomore tudi s hitro in ustrezno diagnostiko.

Zdrav življenjski slog lahko zmanjša tveganje za nastanek nekaterih vrst raka. Vsak obisk ambulante družinske medicine je priložnost, da osebi svetujemo in jo spodbujamo k zdravemu načinu življenja.

Za ozaveščanje ljudi in za zmanjšanje izpostavljenosti dejavnikom tveganja za raka je potrebno stalno izvajanje nacionalnih politik in programov preventive, krepitev zdravja in promocije zdravja. Na ta način se zagotovi, da so ljudje ustrezno informirani ter da imajo na voljo programe za podporo, da sprejmejo zdrav način življenja.

EPIDEMIOLOGIJA RAKA V SLOVENIJI

V zadnjih letih zbolijo za rakom letno več kot 12.000 Slovencev, preko 6.500 moških in okoli 6.000 žensk, umre pa jih nekaj več kot 5.700, okrog 3.200 moških in 2.500 žensk. Rak je v Sloveniji najpogostejši vzrok smrti pri moških in drugi najpogostejši vzrok smrti pri ženskah.

V Sloveniji moški najpogosteje zboleijo za rakom prostate, debelega črevesa in danke, pljuč, kožnim rakom ter rakom prebavil. Pri ženskah je najpogostejši rak dojke, sledi rak pljuč, kožni rak, rak materničnega vratu ter rak debelega črevesa in danke.

Ogroženost z rakom je največja v starejših letih; od vseh rakavih bolnikov, zbolelih leta 2010, jih je bilo več kot 58 % starejših od 65 let. Ker se slovensko prebivalstvo stara, je že zaradi vedno večjega deleža starejših pričakovati, da se bo število novih primerov raka še večalo.

Najpogostejši raki pri nas (kože, debelega črevesa in danke, pljuč, pa tudi dojke in prostate) so povezani z nezdravim življenjskim slogom, čezmernim sončenjem, nepravilno prehrano, kajenjem in čezmernim pitjem alkoholnih pijač.

ZAZNAVANJE OSEB S POVEČANIM TVEGANJEM ZA NASTANEK RAKAVIH OBOLENJ

Zaznavanje oseb s povečanim tveganjem za nastanek rakavih obolenj se prične v ambulanti družinskega zdravnika. Nujne elemente tega procesa sestavljajo: zapisi o osebnih in družinskih rakavih obolenjih, o družinah s povečanim tveganjem za rakava obolenja, modifikacija priporočil za presejanje glede na stopnjo tveganja ter napotitev oseb z visokim tveganjem v genetsko posvetovalnico. Prepoznavanje bolnikov z dednim rakom omogoča zgodnje odkrivanje rakavih sprememb pri teh bolnikih, pri družinskih članih pa lahko nastanek raka celo preprečimo ali pa ga z zgodnjim odkritjem učinkovito zdravimo ali celo zvečamo možnost ozdravitve.

PRIROČNIK ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE

Na Onkološkem inštitutu v Ljubljani deluje **Ambulanta za onkološko genetsko svetovanje** za dedni rak dojke in/ali jajčnikov, dedni nepolipozni rak debelega črevesa, družinsko adenomatozno polipozo ter družinsko obliko kožnega melanoma. V ambulanto za onkološko genetsko svetovanje lahko bolnika napoti osebni zdravnik ali zdravnik specialist, ki trenutno obravnava posameznika.

ZGODNJE ODKRIVANJE IN SPODBUJANJE ZA UDELEŽBO V PRESEJALNIH PROGRAMIH

Zgodnje odkrivanje raka je izjemnega pomena za uspešno zdravljenje in izboljšanje preživetja. Zdravnik družinske medicine lahko k temu pripomore s spodbujanjem k udeležbi na organiziranih presejalnih programih ter z ocenjevanjem možnosti za raka pri bolnikih, ki imajo simptome.

Višja udeležba na presejalnih programih je dokazano povezana z intenzivnejšim spodbujanjem s strani zdravnika družinske medicine. Ne glede na vzrok obiska družinskega zdravnika, je zaželeno, da pri svojih varovancih preverimo, kdaj nazadnje (oziroma ali sploh) so se udeležili presejanj in jih v primeru neudeležbe spodbudimo, da se udeležijo presejalnega pregleda.

V Sloveniji so sistematično organizirani presejalni programi za rak materničnega vratu (ZORA), rak dojke (DORA) ter rak debelega črevesa in danke (SVIT).

SVETOVANJE ZA ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG

Preprečevanje bolezni je najučinkovitejši dolgoročni ukrep za obvladovanje in zmanjšanje bremena bolezni. Z zdravim življenjskim slogom je mogoče zmanjšati tveganje za nastanek nekaterih vrst raka.

Dokazano k nastanku raka prispevajo čezmerna telesna teža, nepravilna prehrana, premajhna telesna dejavnost, stres, kajenje, uživanje alkohola, škodljivo sončenje, tvegano spolno vedenje ter škodljivi dejavniki v okolju, vključno s sevanji (ionizirno, ultravijolično, elektromagnetno), nekaterimi kemičnimi snovmi (na primer azbest, benzen, kadmij, nikelj, vinil klorid, bisfenol A in drugo) in prašnimi delci (PM10, PM 2,5). Nekateri med njimi so hkrati tudi dejavniki tveganja za razvoj drugih pogostih bolezni pri odraslih, na primer srčno-žilnih bolezni, sladkorne bolezni tipa 2 ter kroničnih bolezni dihal.

Pri tem je pomembno upoštevati, da zdrav življenjski slog ne zagotovi popolne zaščite pred rakom, temveč le zmanjša možnost, da zbolimo. Rak je namreč bolezen, na nastanek katere vplivajo sočasno številni dejavniki; na nekatere med njimi lahko vplivamo, na druge ne. Najpomembnejši dejavniki, na katere ne moremo vplivati, so genetska predispozicija, starost in spol.

Vsak obisk ambulante družinske medicine je priložnost, da osebo spodbujamo k zdravemu načinu življenja in ji svetujemo, kako lahko zmanjša izpostavljenost snovem, ki povzročajo raka. Po potrebi jo usmerimo v program svetovanja za zdrav življenjski slog, ki poteka v zdravstvenovzgojnih centrih v vseh zdravstvenih domovih v Sloveniji.

PREVENTIVNA OBRAVNAVA OSEBE V AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE

Pri obravnavi osebe v ambulanti družinske medicine je potrebno biti pozoren na simptome in znamenja najpogostejših rakov.

Kožni rak

Kožni rak je najpogostejši rak pri ljudeh. Lahko ima dobro prognozo, če ga odkrijemo in zdravimo v zače-

tnih fazah. Delimo ga na melanomskega in nemelanomskega. Maligni melanom predstavlja približno 5 % vseh kožnih rakov, odgovoren pa je za več kot 90 % vseh smrti zaradi kožnega raka. Melanom ne spada med najpogostejše vrste raka, se pa njegova incidenca viša najhitreje med vsemi raki. V Sloveniji je leta 2008 za malignim melanomom kože na novo zbolelo 455 ljudi.

Preko 90 % kožnih rakov nastane na površini kože, ki je redno izpostavljena sončni svetlobi. Nemelanomski kožni rak najpogosteje nastane na delih kože, ki so pogosto izpostavljeni soncu. Maligni melanom se pri moških najpogosteje pojavi na hrbtu, pri ženskah pa na nogah.

Za rakom kože pogosteje obolevajo osebe svetle polti z večjim številom kožnih znamenj (več kot 50), modrih ali zelenih oči, s svetlo ali rdečo barvo las. Pogosteje se pojavlja pri moških kot pri ženskah. Najpomembnejši dejavniki tveganja so izpostavljenost UV-žarkom, predvsem UV-B žarkom, posebej nevarna je občasna intenzivna izpostavljenost ter sončne opekline. Dodatni dejavniki tveganja za raka kože so pozitivna družinska anamneza, pogosta izpostavljenost rentgenskim žarkom ter arzenu, ki je prisoten v nekaterih herbicidih. Večje tveganje za kožnega raka imajo osebe s xerodermo pigmentoso, ki je redka dedna bolezen.

Zgodnje odkritje bolezni je ključno za dober izid zdravljenja in zdravnik družinske medicine ima pri tem pomembno vlogo. Pri pregledu osebe smo pozorni na prisotnost morebitnih sumljivih kožnih znamenj ali drugih struktur na površini kože.

Rak dojke

V Sloveniji je rak dojke najpogostejši rak pri ženskah, vsako leto na novo zbolijo 1100 žensk.

Rak dojke je bolezen žensk, čeprav v redkih primerih za to boleznijo obolevajo tudi moški. Ženske zboleajo za to boleznijo 100-krat pogosteje kot moški. Najbolj pomemben dejavnik tveganja za nastanek raka dojke je starost ženske, incidenca bolezni s starostjo raste, največ primerov raka dojke se pojavi po 55. letu starosti. Med dejavnike tveganja za nastanek raka dojke spadajo: prisotnost mutacije genov BRCA 1 in BRCA 2, starost ob prvi menarhi in ob menopavzi. Na te dejavnike tveganja ne moremo vplivati. Lahko pa vplivamo na dejavnike tveganja, ki so sestavni del vedenjskega sloga posameznika. Debelost poveča tveganje za nastanek raka dojke, tvegano uživanje alkoholnih pijač poveča tveganje za raka dojke za 32 % in več, redna telesna dejavnost zmanjša tveganje za 30–40 %, prvi porod pred 20 letom za 50 %, dojenje pa za 10 %.

Mamografija je najbolj učinkovita diagnostična metoda za zgodnje odkrivanje raka dojke. Uporablja se kot prva in osnovna diagnostična metoda pri vseh simptomatskih ženskah, ki so starejše od 35 let ter pri asimptomatskih ženskah, ki so starejše od 40 let.

Ultrazvok dojke je prva diagnostična preiskava, ki se uporablja pri ženskah mlajših od 35 let.

V ruralnem okolju se družinski zdravniki pogosteje srečujejo z bolnicami, ki odklanjajo preglede pri ginekologu kot tudi mamografijo in ultrazvočne preglede dojke. Obravnava teh bolnic zahteva poseben pristop in več časa.

Za zgodnje odkrivanje raka dojke v Sloveniji poteka **Program Dora** - državni presejalni program odkrivanja raka dojke.

Rak debelega črevesa in danke

Rak debelega črevesa in danke je četrti najpogostejši rak pri moških, tretji najpogostejši rak pri ženskah ter drugi najpogostejši vzrok smrti zaradi rakavih bolezni v Sloveniji. V Sloveniji letno za rakom na debelem

črevesu ali danki zboli okoli 1500 ljudi, preko 700 pa jih na leto umre. To je zaskrbljujoč podatek glede na to, da je bolezen v začetni fazi popolnoma ozdravljiva.

Gre za vrsto raka, ki se lahko v našem telesu brez kliničnih simptomov in znakov razvija zelo dolgo, zato ga v številnih primerih odkrijemo šele, ko je bolezen že v zelo napredovali fazi in zdravljenje ni več tako uspešno. Raka na debelem črevesu in danki lahko zelo uspešno zdravimo, če ga odkrijemo dovolj zgodaj.

Bolnika povprašamo glede morebitnih težav z odvajanjem blata ali če je opazil kri. Vprašamo ga tudi, če in kdaj se je vključil v Program Svit.

Za zgodnje odkrivanje raka debelega črevesa in danke v Sloveniji poteka **Program Svit** - državni program presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki.

Rak prostate

Rak prostate je drugi najpogostejši rak pri moških v Sloveniji in tudi v Evropi. Obolevnost za rakom prostate pri nas in v svetu raste. V Sloveniji je bilo leta 2011 1582 novo odkritih bolnikov z rakom prostate.

Dejavniki tveganja za nastanek raka prostate so starost, rasa in dednost. Petina bolnikov ima družinsko obremenitev.

Rak prostate raste počasi, od nastanka bolezni do kliničnih znakov mine 9–17 let, do pojava oddaljenih zasevkov pa nadaljnjih 5–7 let. Bolniki so pri začetni obliki raka navadno brez težav. Težave z uriniranjem so pri začetnih tumorjih praviloma posledica povečanja prostate.

Natančna anamneza o bolnikovih težavah, klinični pregled, ki vključuje digitorektalni pregled ter določitev vrednosti PSA, so osnove diagnostike v ambulanti družinske medicine.

Rak jajčnikov

Rak jajčnikov je deveti najpogostejši rak pri ženskah v Sloveniji. Med raki rodil ima najvišjo umrljivost. Najpogosteje zbolevalo ženske med 55. in 65. letom.

Večje tveganje za nastanek raka jajčnikov imajo ženske, ki niso rodile, ali pa so rodile po 35. letu. Na njegov nastanek vplivajo spremembe genov BRCA 1 in BRCA 2.

Prvi znaki bolezni se pojavijo relativno pozno, pri razširjeni bolezni pa imajo ženske motnje v odvajanju urina in blata, bolečine v trebuhu ter povečan obseg trebuha zaradi nabiranja tekočine. Osnovna preiskava je ultrazvok trebuha. Osnova zdravljenja raka jajčnikov je kirurško zdravljenje.

Pri ženskah z družinsko anamnezo raka jajčnikov je smiselno ozaveščanje, večja pozornost pri preverjanju prisotnosti morebitnih znakov bolezni ter obdobji ultrazvočni pregledi jajčnikov.

Rak materničnega telesa

Rak materničnega telesa je relativno pogost. Pojavlja se v dveh oblikah, in sicer kot rak maternične sluznice in rak maternice. V Sloveniji je v letu 2011 za rakom materničnega telesa na novo zbolelo 302 žensk.

Tveganje za nastanek raka maternične sluznice je povečano pri ženskah s hormonskim nadomestnim zdravljenjem brez dodanih progesterogenov, s pozno menopavzo, pri ženskah, ki niso rodile, in tistih s preveliko telesno težo. Kombinirana oralna kontracepcijska sredstva zmanjšajo verjetnost nastanka tega raka.

Najpogostejši znak raka materničnega telesa je krvavitev iz nožnice ali krvav izcedek, najpogosteje po

menopavzi. Za postavitev diagnoze je treba opraviti biopsijo maternične sluznice. Dodatno opravimo rentgensko slikanje prsnih organov, krvne preiskave in biokemične preiskave. Rak maternične sluznice zdravimo s kirurškim posegom, ki mu večinoma sledi brahiterapija ali teleradioterapija, razen pri dobro diferenciranih rakah stadija I.

Rak materničnega vratu

Rak materničnega vratu je bolezen, ki jo lahko preprečimo, če s presejanjem zagotovimo odkrivanje predrakavih sprememb materničnega vratu. Incidenca tega raka se je v Sloveniji od uvedbe presejalnega programa Zora postopno zmanjševala, v prvih šestih letih delovanja programa Zora se je zmanjšala za 38 %. Leta 2003 je bilo novih primerov raka materničnega vratu 210, leta 2008 130. Po letu 2008 je začela incidenca znova naraščati, leta 2011 je bilo novih primerov 142.

Glavni dejavnik tveganja je okužba z visoko rizičnimi ali onkogenimi humanimi papiloma virusi (HPV), ki so odgovorni za nastanek več kot 95 % primerov raka materničnega vratu. Najpogostejša sta HPV 16 in 18. HPV se prenaša s kože na kožo, do česar pride ob kakršnikoli vrsti spolnega odnosa. Dejavniki tveganja za okužbo s HPV so začetek spolnih odnosov v zgodnji mladosti, prebolele spolne bolezni in številni spolni partnerji. Tveganje povečujejo tudi številni porodi, dolgotrajno jemanje kontracepcijskih tabletk, kajenje, družinska obremenjenost, okužba s HIV.

Zgodnje oblike bolezni so praktično brez simptomov. Najpogostejši simptom je krvavitev iz nožnice, ki se pojavi po spolnih odnosih, ob odvajanju blata, kot krvavitev zunaj menstruacijskega cikla ali kot postmenopavzalna krvavitev. Predrakave spremembe in zgodnje oblike raka materničnega vratu zdravimo kirurško, in sicer z izrezom tkiva z diatermično zanko ali konizacijo (stožičasto izrezanje tkiva). Osnovni način zdravljenja invazivnega raka materničnega vratu je s kirurškim posegom ali radioterapijo.

Rak materničnega vratu je mogoče preprečiti s pravočasnim odkrivanjem in zdravljenjem predrakavih sprememb. Za zgodnje odkrivanje raka materničnega vratu v Sloveniji poteka **Program Zora** - program zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu.

Cepljenje proti HPV je dodatna možnost za preprečevanje raka materničnega vratu.

Organizirani presejalni programi

Z organiziranimi presejalnimi programi je mogoče pravočasno odkrivati nekatere vrste raka, pri nekaterih pa celo zmanjšati njihovo incidenco. V Sloveniji zdravniki družinske medicine sodelujemo pri izvajanju presejalnih programov kot sta Državni program organiziranega presejanja za raka dojke (Dora) in Državni program presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka debelega črevesa in danke (Svit).

Presejalni programi za rake, ki jih priporoča Svet Evropske zveze in smo jih uvedli tudi v Sloveniji, ter zgodnje odkrivanje bodo zmanjšali umrljivost za rakom dojke, debelega črevesa in danke in rakom materničnega vratu; pri slednjih dveh bodo zmanjšali tudi incidenco.

PROGRAM ZORA - Državni program zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu

Redno pregledovanje brisov materničnega vratu vsakih 3 do 5 let zmanjša incidenco raka materničnega vratu za do 80 %, če je pregledano najmanj 70 % ciljne populacije. V Sloveniji smo pričeli z izvajanjem populacijskega presejalnega programa za zgodnje odkrivanje raka materničnega vratu leta 2003. Program

izvajajo ginekologi, nosilec programa pa je Onkološki inštitut v Ljubljani. Program Zora vključuje ženske v starosti od 20 do 64 let, ki jih ginekolog povabi na odvzem brisa materničnega vratu in se glede na izvid odloči za nadaljnje ukrepanje. Če sta dva brisa materničnega vratu v obdobju enega leta negativna, je ženska vabljen na ponovni odvzem ponovno čez tri leta. Od leta 2010 dalje ginekologi v skladu s Smernicami za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami izvajajo tudi triažni test HPV (humani papiloma virus).

Zdravniki družinske medicine niso neposredno vključeni v izvajanje programa Zora, posredno pa so vključeni s tem, da spodbujajo bolnice, da se odzovejo vabilu v program Zora in s tem pripomorejo k zagotavljanju uspešnosti tega programa.

PROGRAM DORA - Državni program presejanja za raka dojk

Zgodnje odkrivanje rakavih sprememb v dojkah in s tem zmanjšanje umrljivosti zaradi raka dojk v Sloveniji sta temeljna cilja državnega programa organiziranega presejanja za raka dojk (Dora). V okviru tega programa se izvaja vsaki dve leti mamografija za ženske v starosti od 50 do 69 let. Program Dora so pričeli izvajati organizirano leta 2008 v Mestni občini Ljubljana, leta 2010 v mobilni enoti v Trbovljah in leta 2011 v Kamniku. V drugih območjih v Sloveniji na ustrezne diagnostične preiskave ženske napoti glede na starost, stopnjo ogroženosti ali klinično sliko izbrani ginekolog ali družinski zdravnik.

PROGRAM SVIT - Državni program presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka debelega črevesa in danke

Program Svit je organiziran presejalni program za preprečevanje in zgodnje odkrivanje raka na debelem črevesu in danki. Vključuje moške in ženske v starosti od 50 do 74 let, ki so k sodelovanju povabljeni vsaki 2 leti.

S Programom Svit lahko veliko rakov na debelem črevesu in danki preprečimo, ker odkrivamo in odstranujemo polipe, ki so predstopnje raka. Veliko teh rakov pa se odkrije tako zgodaj, da je zdravljenje manj obremenjujoče in predvsem veliko uspešnejše.

Pravica do zgodnjega odkrivanja raka debelega črevesa in danke je opredeljena v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, program Svit pa natančno opredeljuje Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni.

Nosilec programa Svit je Nacionalni inštitut za javno zdravje. Program Svit je v Sloveniji zaživel leta 2008.

Osnovne dejavnosti programa SVIT vključujejo:

- laboratorijsko preiskavo vzorcev blata na prikrito krvavitev po imunokemični metodi v centralnem laboratoriju Programa Svit,
- pregled preiskovanca s pozitivnim izvidom laboratorijske preiskave na prikrito krvavitev v blatu pred endoskopsko preiskavo debelega črevesa in danke (kolonoskopijo) pri osebni zdravniku in napotitev na kolonoskopijo,
- kolonoskopijo brez polipektomije ali s polipektomijo pri pooblaščenem specialistu,
- histopatološki pregled odvzetega tkiva pri pooblaščenem specialistu,
- konziliarno obravnavo bolnika z odkritim rakom pri pooblaščenem specialistu in napotitev na zdravljenje ter nezdravstvene storitve,

- ozaveščanje, informiranje in motiviranje prebivalstva za vključevanje v programe zgodnjega odkrivanja in zdravljenja predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki,
- vabljenje ciljne skupine v program,
- pošiljanje kompletov za odvzem vzorcev blata za ugotavljanje prikrite krvavitve v blatu,
- obveščanje o rezultatih preiskave blata na prikrito krvavitev,
- organiziranje kolonoskopskih pregledov in priprave na kolonoskopijo,
- organiziranje histopatoloških pregledov,
- obveščanje preiskovancev in osebnih zdravnikov ter
- osebno/telefonsko svetovanje v zvezi s programom.

Pregled blata na prikrito krvavitev štejejo za presejalno metodo, ki je primerna le za tiste osebe, ki nimajo simptomov bolezni. Osnovna preiskava za ugotavljanje rakavih sprememb debelega črevesa in danke je endoskopska preiskava, ki jo imenujemo kolonoskopija. Zdravniki družinske medicine med svojimi bolniki iščejo osebe z visokim tveganjem za nastanek raka debelega črevesa in danke, jih spodbujajo, da se vključijo v program Svit ter vodijo diagnostiko in zdravljenje, če je to potrebno.

REGISTER RAKA REPUBLIKE SLOVENIJE

Register raka Republike Slovenije (RRS) je eden najstarejših populacijskih registrov raka v Evropi. Leta 1950 ga je na Onkološkem inštitutu Ljubljana ustanovila in do leta 1975 vodila pokojna profesorica dr. Božena Ravnihar. Njeno delo je prevzela profesorica dr. Vera Pompe Kirn, ki je do upokojitve leta 2003 skrbela za nadaljnjo uveljavljanje RRS v domačem in mednarodnem merilu. Od leta 2003 je Register skupaj z Enoto za epidemiologijo v enotni službi Epidemiologija in register raka. Osnovni vsakoletni rezultat dela RRS je letno poročilo.

Zbiranje podatkov o bolnikih z rakom v nacionalnem registru omogoča med drugim ocenjevanje uspešnosti primarne in sekundarne preventive raka, diagnostike, zdravljenja, rehabilitacije in blažilne (paliativne) oskrbe. Zbrani podatki so tudi osnova za načrtovanje zmogljivosti in sredstev (osebja, medicinske opreme, posteljnih zmogljivosti ...), potrebnih za obvladovanje rakavih bolezni, na vseh omenjenih področjih, in za epidemiološke raziskave.

Prijavljanje raka je v Republiki Sloveniji obvezno in zakonsko predpisano (Ur. l. SRS, št. 10/50, št. 29/50, št. 14/65, št. 1/80, št. 45/82, št. 42/85; Ur. l. RS, št. 9/92 in št. 65/00) že od ustanovitve Registra raka. Registru raka RS sporočajo podatke o bolnikih z rakom vse fizične osebe, ki opravljajo zdravstveno dejavnost v Sloveniji na posebnem obrazcu – Prijavnica rakave bolezni.

Podatki Registra raka RS so v različnih oblikah dostopni slovenskim zdravnikom in/ali raziskovalcem ter širši javnosti. Osnovni pregledi so dostopni preko spleta. Podrobnejše podatke lahko naročite s pomočjo spletnega obrazca, dostopnega na http://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/dokumenti/obrazec_podatki.doc.

Zdravstveni delavci lahko dobijo tudi specifične podatke za bolnike obravnavane v njihovih ustanovah (podatke o bolezni, zdravljenju, vitalnem stanju ...).

DRŽAVNI PROGRAM OBVLADOVANJA RAKA 2010–2015

Državni program obvladovanja raka 2010–2015 (DPOR) je celovit program ukrepov in dejavnosti za obvladovanje raka v Republiki Sloveniji. Potrdila ga je Vlada Republike Slovenije.

PRIROČNIK ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE

DPOR ima naslednje namene:

- zmanjšati število novih bolnikov, povečati preživetje in zmanjšati število smrti zaradi raka;
- povečati pomen preventive, razširiti obseg preventivnih dejavnosti, zagotoviti enostaven dostop do preventivnih dejavnosti vsem ciljnim skupinam;
- zagotoviti, da bo kakovostno specifično in paliativno zdravljenje dostopno vsem bolnikom;
- izboljšati organizacijo onkološke zdravstvene dejavnosti na vseh ravneh, povečati kadrovske zasedbe in opremo za diagnostiko, zdravljenje, raziskovanje in rehabilitacijo bolnikov z rakom;
- izboljšati izobraževanje strokovnjakov in zagotoviti dobro informiranje in ozaveščenost širše javnosti.

Za spremljanje izvajanja njegovih ciljev je minister za zdravje imenoval programski svet DPOR in koordinatorja DPOR, ki usklajuje dejavnosti, opredeljene v DPOR.

Programski cilji DPOR so:

- upočasniti povečevanje pogostosti raka,
- zmanjšati umrljivost zaradi raka,
- povečati preživetje,
- izboljšati kakovost življenja bolnikov s celostno rehabilitacijo in povečati delež bolnikov z napredovalo boleznijo, ki so deležni paliativne oskrbe.

Za objektivno spremljanje programskih ciljev je treba spremljati kazalnike bremena raka (pogostost, umrljivost, preživetje) v Registru raka. Izvajati je treba dokazano učinkovite ukrepe primarne in sekundarne preventive, zagotoviti zgodnjo in strokovno utemeljeno diagnostiko in zdravljenje ter glede na naravo bolezni izvajati raziskovalno dejavnost. Za doseganje četrtega cilja pa je treba zagotoviti bolnikom celostno rehabilitacijo in paliativno oskrbo.

ZAKLJUČEK

Nedvomno je vloga zdravnika družinske medicine pomembna pri zaznavanju oseb s povečanim tveganjem za nastanek raka ter pri hitri in ustrezni diagnozi raka. Ob tem je bistveno, da ne pozabimo na soodvisnost z ozaveščenostjo pacientov, njihovo udeležbo v organiziranih presejalnih programih in zdravim načinom življenja. Zato je enako pomembna tudi vloga družinskega zdravnika pri spodbujanju udeležbe v presejalnih programih ter pri svetovanju in spodbujanju oseb k zdravemu načinu življenja.

LITERATURA

Baza podatkov o umrlih. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Ljubljana, 2015.

Dora – državni presejalni program za raka dojk. Onkološki inštitut. Ljubljana, 2015. <http://dora.onko-i.si/>.

Državni program obvladovanja raka 2010–2015. Republika Slovenija, Ministrstvo za zdravje. Ljubljana, 2010. www.dpor.si.

Mednarodna agencija za raziskave raka. Lyon, 2015. www.iarc.fr.

Svetovna zdravstvena organizacija. Program za obvladovanje raka. Ženeva, 2015. www.who.int/cancer/prevention.

Svit – državni program presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Ljubljana, 2015. <http://www.program-svit.si/>.

Tomšič S, Kofol Bric T, Korošec A, Maučec Zakotnik J. Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja - desetletje CINDI raziskav v Sloveniji. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Ljubljana, 2014.

Zadnik V, Primic Žakelj M. SLORA: Slovenija in rak. Epidemiologija in register raka. Onkološki inštitut Ljubljana. Ljubljana, 2015. www.slora.si.

Zora – državni program zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu. Onkološki inštitut. Ljubljana, 2015. <http://zora.onko-i.si/>.

4. POGLAVJE: UKREPI ZA SPREMEMBO ŽIVLJENJSKEGA SLOGA

4.1 PRISTOPI ZA PODPORO PRI SPREMINJANJU ŽIVLJENJSKEGA SLOGA

Jožica Maučec Zakotnik, Marjeta Keršič Svetel

Zdravnik v ambulanti družinske medicine vodi in koordinira celoten splet ukrepov za promocijo in krepitev zdravja svojih pacientov, pri čemer mu je na voljo vzpostavljena mreža podpornih služb in storitev znotraj sistema javnega zdravja, pa tudi širše, saj pri doseganju ciljev spreminjanja življenjskega sloga in obvladovanja kroničnih bolezni marsikdaj lahko posamezniku pomagajo različne nevladne organizacije (na primer organizacije pacientov z določenimi boleznimi, športna društva, društva upokojencev, pa tudi centri za socialno delo, Rdeči križ, Karitas ...). Številne raziskave in objave na področju obvladovanja ne-nalezljivih kroničnih bolezni kažejo, da je dobre rezultate mogoče dosežati samo s celostno, integrirano, koordinirano in načrtno obravnavo, ki mora upoštevati vsakega posameznika kot osebnost s specifičnimi vrednotami, načinom življenja, predstavami, stališči, navadami, izkušnjami in ovirami. Da bi tako obravnavo zagotovili vsem, je potrebno dobro sodelovanje vseh članov tima v ambulanti družinske medicine, pa tudi dobro sodelovanje s patronažno službo in zdravstvenovzgojnim centrom v zdravstvenem domu. To ne velja le za zdravnike družinske medicine, ki delajo v zdravstvenem domu, ampak tudi za tiste, ki delajo kot koncesionarji.

Če je v preteklosti zdravnik predvsem ugotavljal zdravstveno stanje, potem pa na podlagi diagnoze predpisoval medikamentozne in nemedikamentozne ukrepe (se pravi informiral pacienta in mu svetoval določena ravnanja), se pri preprečevanju in obvladovanju kroničnih bolezni uveljavlja nova paradigma: zaveznitvo med zdravstvenimi delavci in uporabniki zdravstvenih storitev, ki temelji na partnerskem odnosu, na mentorstvu in opolnomočenju pacienta, sodelovanju s pacientovo skupnostjo (od družine do širše skupnosti) in seveda na s teorijo in dokazi podprtimi ukrepi, vključno z ukrepi za spreminjanje življenjskega sloga in opuščanjem zdravju škodljivih navad.

Da bi DMS lahko prevzela vlogo mentorja pri podpori spreminjanja življenjskega sloga in pri kroničnih bolnikih tudi pri podpori pri spoprijemanju s kronično boleznijo in vsem, kar taka bolezen vnaša v življenje posameznika, si mora vlogo mentorja najprej pridobiti, nato pa jo nenehno utrjevati. Vloga mentorja pri skrbi za zdravje je drugačna od vloge zdravnika, ki zdravi. Gre za komplementarni vlogi, ki se med seboj pomembno dopolnjujeta. Zdravnik kot vodja tima je lahko DMS pri utrjevanju njene mentorske vloge v veliko oporo. Če pa sam ne sprejema DMS kot enakovrednega in kompetentnega člana tima, lahko (hote ali nehote) to mentorsko vlogo DMS v odnosu do pacientov tudi močno ovira ali celo onemogoči.

Biti odraslemu človeku z utrjenimi navadami in predstavami o zdravju in bolezni vodnik na poti spreminjanja življenjskega sloga, pri opuščanju zdravju škodljivih navad in pri spoprijemanju s kronično boleznijo in vsemi neizogibnimi spremembami, ki jih kronična bolezen prinaša, je vse prej kot lahka naloga. Ne zahteva le določenih osebnostnih lastnosti, potrebnih mentorju (osebnostno zrelost, dosledno osebno spoštovanje načel, ki jih uči, tolerantnost do drugačnosti ...), ampak tudi specialna znanja in osebno poslanstvo na področju zdravstvene preventive. Kdor sam ne verjame v smotrnost preventivnih ukrepov in v zmožnost

uporabnikov, da jih bodo tudi uspešno izvajali, ne bo mogel nikogar prepričati o tem ali motivirati za spremembe življenjskega sloga.

Poenoteno delovanje tima v ambulanti družinske medicine, kjer imajo tako zdravnik, kakor ambulantna medicinska sestra in DMS v referenčni ambulanti različne, a dopolnjujoče vloge, je za doseganje uspešnosti in učinkovitosti ključnega pomena. Prav tako sodelovanje s patronažno službo (ki lahko z obiski na domu pomembno prispeva k izvajanju preventivnih programov za ranljive skupine, predvsem za osebe z različnimi oviranostmi pri dostopanju do zdravstvenih storitev) in z zdravstvenovzgojnimi centri (kjer poskrbijo za strokovno izvajanje izobraževanj, usposabljanj in daljših programov za spreminjanje življenjskega sloga in obvladovanje različnih zdravstvenih težav in imajo med svojimi nalogami tudi strateško in ciljno naravnano delovanje v lokalni skupnosti). Poenoteno, složno in načrtno delovanje vseh zdravstvenih delavcev, ki v procesu preventivne obravnave sodelujejo z uporabnikom zdravstvenih storitev, je pomembno tudi za utrjevanje zaupanja v zdravstvo kot sistem, ki deluje v dobrobit vsakega posameznika. Stopnja nezaupanja v zdravstveni sistem je žal v Sloveniji zelo velika, kar škodljivo vpliva na pripravljenost za vključevanje v preventivne programe in upoštevanje nasvetov zdravstvenih delavcev glede preventivnih ukrepov in obvladovanja kroničnih bolezni. Zato med naloge vseh, ki so udeleženi pri obravnavi pacienta, sodi tudi načrtna skrb za uporabniku prijazno, spoštljivo in empatično obravnavo ter utrjevanje zaupanja.

Vedenje v povezavi z zdravjem je razmeroma zapleteno področje človekovega delovanja. Kako živimo in kaj v resnici počnemo (ne le kaj mislimo, da bi morali početi), je pod vplivom mnogih dejavnikov, med katerimi so tudi taki, ki se jih niti ne zavedamo. Vsakdanje odločitve niso zmeraj plod premisleka in zgolj razumskega odločanja. Da lahko pacienta razumemo, da razume on nas, da lahko empatično komuniciramo, pomagamo pri pripravi načrta spreminjanja, pri osvajanju in vzdrževanju zdravih vedenj in pacienta podpremo, ko zdrsne v ponovno pojavitev, potrebujemo teoretična znanja in praktične veščine. Nujne so dobre veščine kliničnega komuniciranja in tudi kulturne kompetence, saj na življenjski slog močno vplivajo različni kulturni dejavniki. Sama želja, da bi pomagali, ali sam občutek, kaj bi utegnili delovati, ne zadošča. Treba je poznati teorije in modele, ki nam pomagajo resnično razumeti vedenje v povezavi z zdravjem. Nobena izmed teorij in nobeden izmed modelov ne pojasni vedenja v celoti, se pa medsebojno dopolnjujejo. Za vsakega posameznika je treba na podlagi teoretičnih modelov izdelati individualen načrt sprememb, ki najbolje naslavlja opredeljene cilje.

Poglavitni elementi spreminjanja vedenja, ki jih obravnavajo različni teoretični modeli, so:

- izoblikovanje močne namere o spremembi;
- odstranitev ovir (subjektivnih in objektivnih), ki preprečujejo spremembo;
- razvoj znanja in veščin, ki so potrebne za novo vedenje;
- utrjevanje prepričanja, da bo imelo novo vedenje pozitivne posledice;
- občutek, da drugi spremljajo spremembe vedenja in jim ni vseeno;
- občutek, da okolica pozitivno ocenjuje novo vedenje in ga podpira;
- ujemanje novega vedenja z osebnimi vrednotami, normami in samopodobo;
- novo vedenje mora vzbujati več pozitivnih kot negativnih čustev pri osebi, ki naj bi novo vedenje izvajala;
- občutek osebnega nadzora nad situacijo in sposobnosti za izvajanje novega vedenja v različnih okoliščinah.

Teoretični in z dokazi podprti pristopi pri izvajanju ukrepov za obvladovanje kroničnih nenalezljivih bolezni in krepitvi zdravja pri posameznikih, na katerih temeljijo smernice za podporo pri spreminjanju življenjskega sloga, so najpogosteje:

- teorija zdravstvenih prepričanj (Becker),
- transteoretični model spreminjanja vedenja – Model stopenj sprememb (Prochaska in Di Clemente),
- socialna kognitivna teorija (Albert Bandura),
- teorija načrtovanega vedenja (Ajzen),
- motivacijski pogovor (Miller in Rollnick),
- kulturno kompetentna, empatična, na uporabnika osredotočena obravnava.

Številne raziskave na področju preventivnih ukrepov in njihove učinkovitosti nedvomno kažejo, da zgolj informiranje in edukacija pacientov nista dovolj. Potrebni so še številni dodatni ukrepi, da bi dosegli potrebno sodelovanje pacientov, spremembe življenjskega sloga in pravilno obvladovanje kroničnih bolezni. Med te ukrepe sodijo predvsem motiviranje, odstranjevanje ovir, prilagajanje načrta ukrepov konkretnim okoliščinam in potrebam posameznika, utrjevanje samopodobe in prepričanja o lastni sposobnosti za izvajanje predvidenih ukrepov in tudi posebna skrb za ranljive skupine. Teoretični modeli kot podlaga za oblikovanje pristopov in ukrepov so zelo pomembni, saj omogočajo boljše načrtovanje ukrepanja, sistematično in metodološko učinkovito evalvacijo, pa tudi ustrezno usklajenost različnih izvajalcev z različnimi kompetencami, ki morajo delovati ubrano.

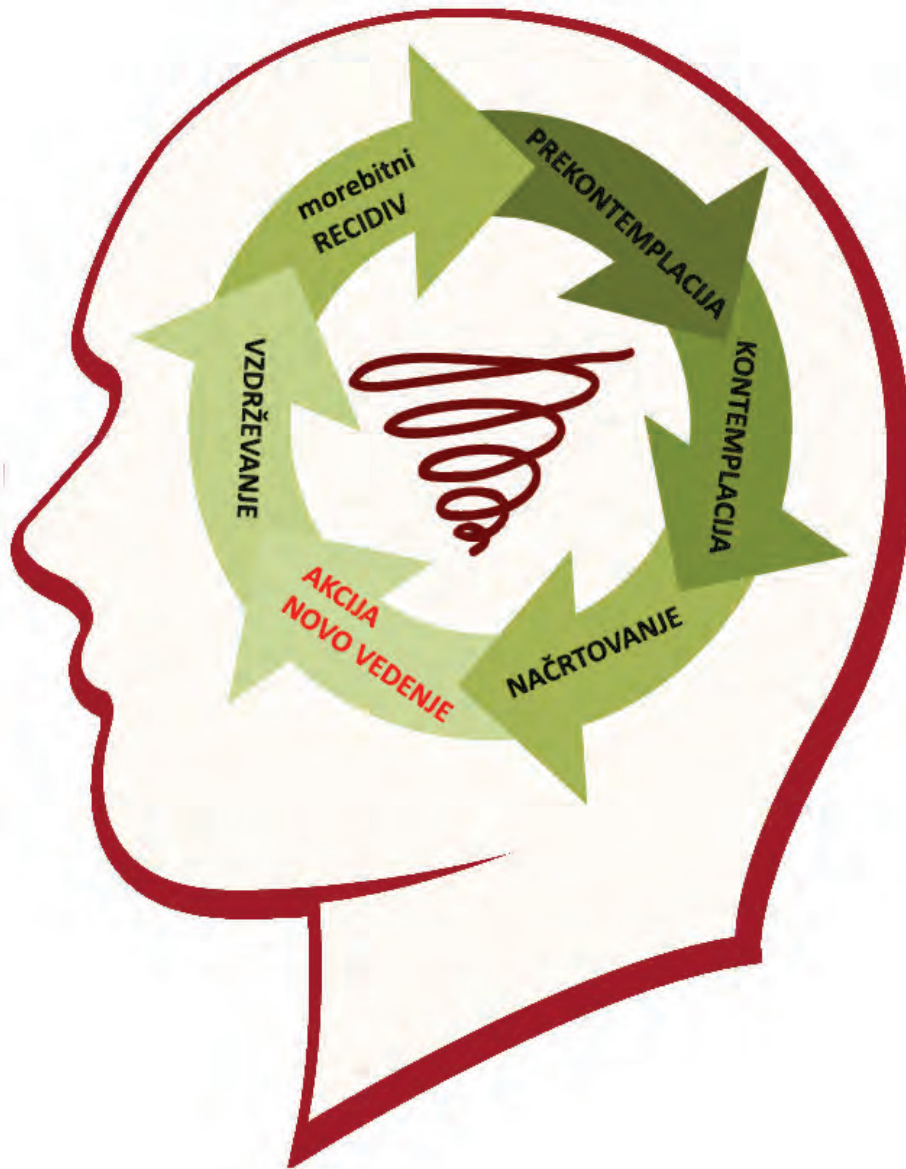
Teorija zdravstvenih prepričanj temelji na predpostavki, da bo pacient tem raje ukrepal po priporočilih zdravstvenih delavcev, čim bolj bo dojemal grožnjo za svoje zdravje kot resno in grozečo in če novo vedenje ne bo terjalo prevelikih žrtev. Gre za najstarejši model, uporabljen pri preventivni dejavnosti v zdravstvu, ki pa ima resno pomanjkljivost: če je ljudi strah, lahko namesto aktivnega obvladovanja nevarnosti pobegnejo v pasivno zanikanje – »vtaknejo glavo v pesek«. Na to, kako judje v resnici ravnavajo, če se počutijo ogrožene, močno vpliva kulturno okolje. Zato grožnje s slabimi posledicami za zdravje nikakor niso tako učinkovite, kot si mislimo.

Transteoretični model

Spreminjanje vedenja ni linearen, ampak kompleksen proces. Posameznik gre v tem procesu skozi določene faze:

1. pre-kontemplacija (posameznik se ne zaveda in ne razume težave; ne pozna rešitev težave; ne razmišlja o ukrepanju za rešitev težave oziroma o spremembi vedenja);
2. kontemplacija (razmišljanje o spremembi; tehtanje za in proti);
3. načrtovanje spremembe (razmislek o tem, kako izvesti spremembo; dejanske priprave na spremembo);
4. akcija (izvedba spremembe; začetek novega vedenja);
5. vzdrževanje (izvajanje novega vedenja, zavestno obvladovanje skušnjav, pridobivanje izkušenj z novim vedenjem, pridobivanje veščin, kako izvajati novo vedenje v različnih okoliščinah);
6. relaps (vrnitev na prvotno vedenje – opustitev spremembe).

Posamezniki, ki so v tem procesu že prišli vsaj do načrtovanja spremembe, se ne vrnejo več čisto na začetek prve faze, se pravi na popolno nezavedanje težave in možnih rešitev. Zato se v tem procesu ljudje ne vračajo popolnoma na izhodišče, čeprav lahko pride do relapsa in povrnitve na staro – proces poteka kot spirala, po kateri napredujejo tudi tisti, ki večkrat poskušajo uvesti v svoje življenje trajno spremembo. Čeprav jim morda ne uspe, da bi novo vedenje zares trajno posvojili, se v procesu marsikaj naučijo o sebi, pridobijo nove veščine in napredujejo, kar jim je v terapevtskem procesu treba priznati in jih spodbujati.



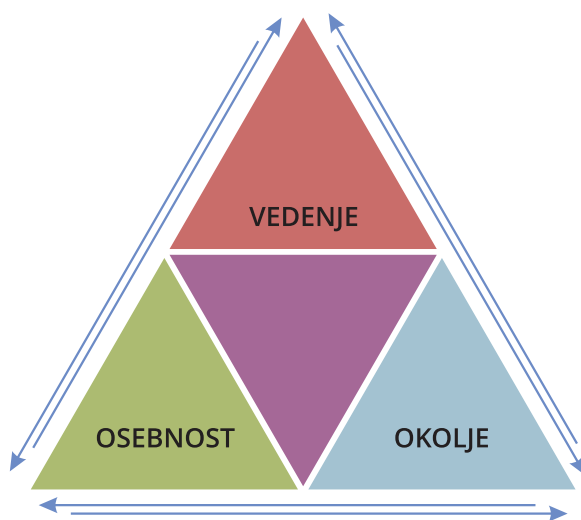
Slika 1. Faze spreminjanja vedenja po transteoretičnem modelu (Prochaska, Norcross, DiClemente, 1994)

Zelo pomembno je pravilno oceniti, v kakšni fazi je oseba, ki jo obravnavamo – le tako bomo lahko načrtovali učinkovite ukrepe, ki bodo podprli prehod v naslednjo fazo ali pa preprečili recidiv pri tistih, ki so že v fazi izvajanja novega vedenja. Pri tem nikakor ne gre le za motiviranje pacienta za spremembe, ampak za celovito obravnavanje dejavnikov, ki spremembe podpirajo in jih ovirajo.

SOCIALNA KOGNITIVNA TEORIJA

Oblikovanje osebnosti in njenih odločitev je pod močnim vplivom drugih oseb, kot tudi pod vplivom načinov, kako vidimo sami sebe in svet ter kako sprejemamo in predelujemo informacije.

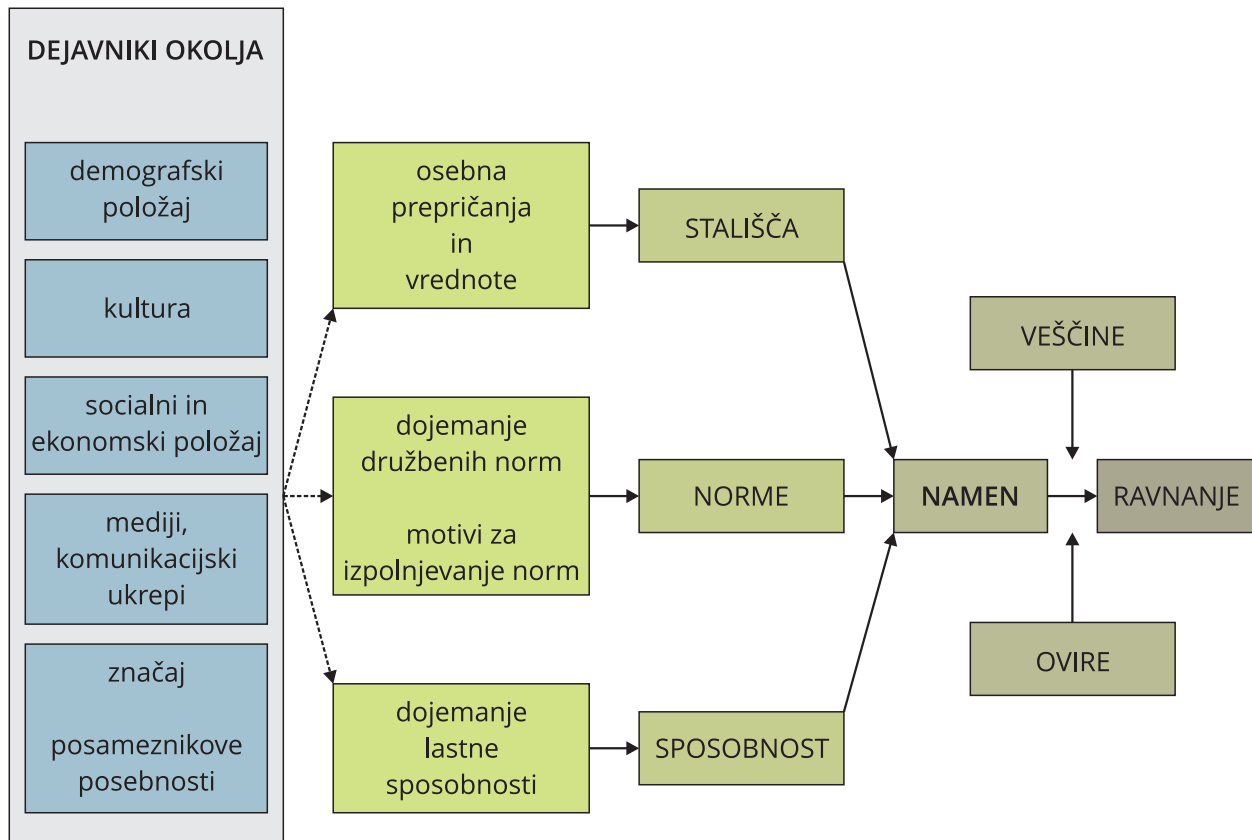
Da bi človek spremenil vedenje, mora biti prepričan, da je tega sposoben, da bo imelo novo vedenje pozitivne učinke in da bo v okolju pozitivno sprejeto. Veliko vlogo igra doživljajsko učenje. Okolje (fizično, socialno in kulturno) lahko na spremembo vedenja bistveno vpliva – spodbujevalno ali pa zaviralno. Pri tem modelu so velikega pomena zgledi in delo v skupinah. Zelo pomembno je, kaj oseba pričakuje od novega vedenja in kakšna je potem dejanska izkušnja novega vedenja – tako osebna, kakor tudi reakcije okolice na novo vedenje.



Slika 2. Trikotnik medsebojnih vplivov med osebnostjo, ravnanjem in okolico (Bandura, 1977)

TEORIJA NAČRTOVANEGA VEDENJA

Dejavniki okolja vplivajo na osebna prepričanja in vrednote posameznika, na dojemanje družbenih norm in tudi na dojemanje lastnih sposobnosti. To spet vpliva na stališča posameznika, na merila, po katerih presoja svoje ravnanje in tudi na dejanske sposobnosti za ravnanje v različnih okoliščinah. (Kdor ne verjame, da se lahko sporazumeva v tujem jeziku, se dejansko ne bo sporazumeval – čeprav morda v resnici zna dovolj za uspešno sporazumevanje.) Osebna stališča, norme in sposobnosti pa so ključni elementi pri oblikovanju namena za določeno ravnanje. Čim večje so nato veščine za izvajanje ravnanja in čim manjše so ovire (objektivne in subjektivne), tem večja je verjetnost za tako ravnanje in vztrajanje pri njem. Za ukrepanje na podlagi tega modela je pomembno poznavanje pacientove osebnosti, kulturnega okolja in socialnega položaja, pacientovega dojemanja zdravja in bolezni, predstav o sebi in vrednot ter norm, ki vodijo dejansko ravnanje v vsakdanjem življenju. Na podlagi vsega naštetega je treba opredeliti ključne ovire za novo ravnanje in jih skupaj s pacientom (in pogosto tudi bližnjimi, na primer družine, delovnega okolja ...) odstraniti. Hkrati je treba omogočiti pacientu razvijanje veščin, utrjevati pozitivno samopodobo in dojemanje lastnih sposobnosti ter občutka, da ima nadzor nad vsemi procesi, da pa je hkrati tudi pacientovo ravnanje opazovano in so pozitivne spremembe tudi pozitivno sprejete v okolici.



Slika 3. Shema vplivov na namen in nato na ravnanje na podlagi teorije načrtovanega vedenja

MOTIVACIJSKI POGOVOR

Stephen Rollnick in William R. Miller sta o svoji metodi zapisala, da nikakor ne gre za tehniko, s pomočjo katere bi prelisčili paciente, da bi ravnali tako, kot zdravstveni delavci menijo za primerno, ampak gre za metodo kliničnega pogovora, ki ima za cilj vzbuditi pacientovo lastno motivacijo za zdravju koristne spremembe ob popolnem spoštovanju pacientove avtonomije. Ni direktivna, ampak usmerjevalna; ni ukazovanje, ampak temelji predvsem na poslušanju; ni prerekanje, ampak sodelovanje. Motivacijski pogovor temelji na naslednjih vodilih:

- Vzdržimo se ugovaranja, pridiganja in ukazovanja.
- Raziščemo in se potrudimo razumeti pacientovo lastno motivacijo.
- Aktivno poslušamo z največjo možno mero empatije.
- Opolnomočimo, spodbujamo in opogumljamo pacienta.

Vsak, ki se odloča o neki spremembi, tehta razloga »za« in »proti«. Pri motivacijskem pogovoru je pomembno, da o razlogih »za« čim več spregovori pacient sam. Ljudje si to, kar sami pripovedujemo, namreč zelo zapomnimo – in temu tudi verjamemo. S tem, ko pacient sam na glas razglablja o pozitivnih učinkih predlagane spremembe, utrjuje motivacijo za spremembo.

Metoda je odlično dopolnilo transteoretičnega modela sprememb, saj uspešno usmerja pacienta pri napredovanju po stopnjah sprememb.

KULTURNE KOMPETENCE

Kulturno okolje močno vpliva na predstave o zdravju in bolezni, na pomen preventivnega ukrepanja, na stališča in vrednote, pa tudi na norme, po katerih posameznik ravna. Kulturne razlike znotraj Slovenije so znatne, vse bolj pa se zdravstveni delavci soočajo tudi s pacienti iz povsem drugačnih kulturnih okolij. Znanja in veščine, ki sodijo med kulturne kompetence – od razumevanja razlik v prehranskih navadah, do veščin dela s pomočjo tolmača in medkulturnega mediatorja – so nepogrešljive pri delu v ambulanti družinske medicine. Na področju spreminjanja življenjskega sloga pa so celo odločilnega pomena. Iz različnih teoretičnih modelov spreminjanja vedenja je razvidno, kako pomembno vlogo igrajo vrednote, prepričanja in norme, vse to pa je izrazito povezano s kulturnimi okolji, iz katerih pacient izhaja in v njih živi.

EMPATIJA

Empatija (to je sposobnost razumeti dogajanja z zornega kota nekoga drugega; ali tako, kot bi bili v koži drugega) je pri delu v zdravstvu izrednega pomena. Pri tem je treba razločiti empatijo od sočutja (pri sočutju dejansko čutimo z drugim, sodoživljamo stiske in bolečine drugega, kakor da bi bile naše, kar seveda lahko hitro vodi v izgorevanje, čustveno sodoživljanje pa tudi ovira strokovno presojo in objektivnost). Da bi lahko učinkovito pomagali in podprli pacienta, moramo čim bolj razumeti pacientov zorni kot in pogled na položaj. Raziskave so pokazale, da empatičnost zdravstvenih delavcev zelo vpliva na odnos zaupanja med njimi in uporabniki zdravstvenih storitev, pa tudi na adherenco in uspešnost preventivnih ukrepov sploh.

NA UPORABNIKA OSREDOTOČENA OBRAVNAVA

Seveda so klinične smernice ključne pri obravnavi pacientov – na uporabnika osredotočena zdravstvena obravnava pa vendarle obravnava vsakega posameznika kot edinstveno, spoštovanja in upoštevanja vredno človeško osebnost, ki ima svoje posebnosti, potrebe in želje, ki jim je treba prilagoditi obravnavo in ukrepe.

Zdravnik družinske medicine je v jedru načrtovanja in izvajanja ukrepov preventive in obvladovanja kroničnih bolezni za vsakega od svojih opredeljenih pacientov. Med temi ukrepi so še posebno pomembni ukrepi za spreminjanje nezdravega življenjskega sloga in opuščanje zdravju škodljivih navad. To prinaša veliko odgovornost in tudi obremenitve. Vendar pa mreža izvajalcev, vključenih v izvajanje potrebnih ukrepov, omogoča, da kot ključni koordinator mnoge naloge prepusti kompetentnim sodelavcem, tako zdravstvenim delavcem kot drugim strokovnjakom. Samo tak način izvajanja strateško zasnovanih, s teorijo in dokazi podprtih preventivnih programov, pri katerem vsi deležniki vsak na svojem področju izvajajo sistematične, usklajene, metodološko poenotene in trajne ukrepe, omogoča doseganje dobrih rezultatov pri obvladovanju bremena kroničnih bolezni ob racionalni porabi virov in hkrati preprečuje preobremenjenost posameznikov in izgorevanje.

LITERATURA

Ajzen, Icek. The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50., 2, (1991): 179–211.

Bulc M, Turk H, Kersnik J, ur. Vključevanje bolnika v zdravljenje: učno gradivo 24. učne delavnice za zdravnike družinske medicine, Ljubljana, oktober 2007.

Čot, Darja. Bandurin koncept zaznane samoučinkovitosti kot pomemben dejavnik posameznikovega delovanja. *Socialna pedagogika* 8, 2 (2004): 173–196.

Lipovec Čebren, Uršula, ur. Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev. Ljubljana, Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016.

Miller, W. R., Rollnick, S. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change*, 2. izdaja. New York, Guilford Press, 2002.

Prochaska, J. O., Norcross, J. C., DiClemente, C. C. *Changing for good*. New York, Morrow, 1994.

Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, US National Cancer Institute, 2005.

4.2 OPUŠČANJE KAJENJA

Tadeja Hočevar

UVOD

V Sloveniji kadi približno četrtnina oseb, starih 15–64 let. Večina teh oseb je prvič kadila pred polnoletnostjo in pri večini gre za bolezen zasvojenosti z nikotinom, ki po mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10) spada v skupino »Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi« (šifra F-17).

Večina kadic želi kajenje opustiti, a so sami zaradi različnih razlogov pogostokrat pri tem neuspešni in potrebujejo pomoč. Raziskave kažejo, da je strokovna podpora v času opuščanja kajenja lahko zelo učinkovit ukrep. Vloga zdravstvenih delavcev v procesu opuščanja kajenja je zato lahko ključna.

V zdravstvenem sistemu se k uspešni opustitvi kajenja lahko prispeva z ozaveščanjem, motiviranjem, usmerjanjem in spremljanjem pacientovega napredka v referenčni ambulanti družinske medicine, z ozaveščanjem in priporočili pri drugih specialističnih obravnavah in s poglobljenimi individualnimi/skupinskimi obravnavami v zdravstvenovzgojnih centrih (ZVC) v zdravstvenih domovih.

Cilji zdravnika družinske medicine (ZDM) pri obravnavi pacienta, ki kadi, so naslednji:

1. **seznaniti o posledicah** aktivnega kajenja in izpostavljenosti pasivnemu kajenju ter **seznaniti o zdravstvenem priporočilu** opustiti kajenje,
2. **motivirati** za opustitev kajenja,
3. **posredovati informacije o možnih načinih pomoči** pri opuščanju kajenja oziroma **usmeriti** v zdravstvenovzgojni center (ZVC) in po potrebi **predpisati** zdravila za opuščanje kajenja ter
4. **spremljati** spremembo v vedenju in nuditi oporo ob morebitnem relapsu.

1 Seznanitev pacienta o negativnih posledicah aktivnega kajenja in izpostavljenosti pasivnemu kajenju za zdravje ter seznanitev z zdravstvenimi priporočili

Čeprav večina kadic ve, da kajenje zdravju škoduje, se premalokrat zaveda razsežnosti negativnih posledic kajenja. Zato velja pacienta seznaniti z najnovejšimi spoznanji na tem področju, ki rabi tobaka pripisujejo:

- številne vrste raka (od pljučnega raka in raka dihalnih poti, ustne votline, glasilk, žrela, obnosnih in nosne votline, požiralnika, želodca, debelega črevesa in danke do raka trebušne slinavke, jeter, ledvic, sečnega mehurja, sečevodov, materničnega vratu in jajčnikov ter levkemije),
- bolezni dihal (kronična obstruktivna pljučna bolezen, astma, pogostejši kašelj, povečano izločanje sluzi in oteženo dihanje, pogostejše in resnejše okužbe dihal, vključno s pljučnico ter prezgodnji in pospešen upad pljučnih funkcij),
- bolezni srca in ožilja (koronarna srčna bolezen, srčni infarkt, možganska kap, ateroskleroza in bolezen razširjene trebušne aorte),
- druge bolezni in zdravstvene težave (sladkorna bolezen, spremembe imunskega sistema, motnje erekcije, revmatoidni artritis, slepota, očesna mrena, starostna degeneracija rumene pege, nizka kostna gostota pri ženskah, zlomi kolka, parodontalna bolezen in splošno poslabšano stanje ter zmanjšana plodnost pri ženskah in izvenmaternična nosečnost) ter

- škodo zdravju izpostavljenih tobačnemu dimu (podobno škodljivim učinkom kajenja pri kadilcih, se lahko tudi pri nekadilcih, ki so dolgotrajno izpostavljeni tobačnemu dimu – tako imenovani pasivni kadilci, pojavijo resne in nevarne posledice za zdravje).

Skladno z dejstvi o negativnih učinkih rabe tobačnih izdelkov na zdravje pacienta, ki kadi ali pa je izpostavljen pasivnemu kajenju, seznanite o zdravstvenem priporočilu opustiti kajenje oziroma izogibati se pasivnemu kajenju.

Tako kot pri drugih vrstah zasvojenosti se o pomembnosti in smiselnosti opustitve kajenja pacienta ne prepričuje, ampak se predstavi dejstva o škodljivosti kajenja in pozitivnih učinkih nekajenja na zdravje človeka ter se ga poizkuša motivirati za opustitev kajenja oziroma se mu nudi ustrezno podporo pri opuščanju. Z vidika zaupanja in zavedanja pacientove lastne odgovornosti je včasih smiselno, da to pacientu tudi posebej pojasnite.

Kaj pa nosečnice?

Kajenje matere med nosečnostjo je vzročno povezano z nizko porodno težo otroka, prezgodnjim porodom, zmanjšanjem pljučnih funkcij pri otroku, razcepljeno ustnico pri otroku in nenadno smrtjo dojenčka.

Po podatkih NIJZ je leta 2012 med nosečnostjo kadilo 11,6 % porodnic. Ocenjuje se, da je delež kadilk med nosečnicami še višji. Zato je pomembno, da je zdravnik pri ženskah, ki so noseče, načrtujejo otroka ali pa dojijo, pozoren na aktivno ali pasivno kajenje.

Pomembna sporočila, ki naj jih ima zdravnik vedno pripravljena, so:

Če ženska v nosečnosti kadi, prek nje 'kadi' tudi njen še nerojeni otrok.

Če ženska doji in kadi, škodljive učinkovine tobaka prek mleka prejema tudi njen doječji se otrok.

Če je nosečnica izpostavljena pasivnemu kajenju, mu je izpostavljen tudi njen še nerojeni otrok.

Če ženska, ki načrtuje otroka, kadi, ali je izpostavljena pasivnemu kajenju, lahko ima težave z zanositvijo.

Razbijanje mita »Opustitev kajenja v nosečnosti otroku povzroča stres, zato je bolje ne prenehati kaditi.«

Ne glede na morebiten stres ob opuščanju kajenja, raziskave kažejo, da ima opustitev kajenja v katerikoli fazi nosečnosti pozitivne učinke na zdravje nosečnice in otroka. Opustitev kajenja tudi v pozni nosečnosti prinaša zdravju koristi.

2 Motiviranje pacienta za opustitev kajenja

Kot kažejo raziskave, so na individualni ravni pacienta za uspešno opustitev kajenja ključni trije dejavniki: (1) motiviranost za opustitev kajenja, (2) ustrezna izbira in raba strategij za premagovanje skušnjav in vzdrževanje nekadilskega vedenja ter (3) zavezanost cilju.

Dovoljšna mera (notranje) motivacije je osnovni pogoj za uspešno opustitev kajenja. Ključna je v prvi fazi procesa opustitve – na podlagi nje pri posamezniku dozori odločitev, da bo s kajenjem prenehal.

Pri spodbujanju motiviranosti za opuščanje kajenja je ključno razumevanje in naslavljanje razlogov, zaradi katerih na eni strani nekdo kadi in na drugi strani tehtnih razlogov, zaradi katerih bi kajenje opustil. Ti razlogi so pomembni, ker predstavljajo ključne vstopne točke za izvedbo kratkega svetovanja po principu motivacijskega pogovora (glej poglavje o tehniki motivacijskega pogovora; nekaj tudi v poglavju o alkoholu).

Tako razlogi za kajenje kot prednosti nekajenja se od enega do drugega pacienta razlikujejo in so lahko mnogoteri. Oboji se poglobljeno naslavlja v nadaljnji obravnavi za spremembo vedenja v ZVC, za večanje motivacije pa naj ob vaši spodbudi pacient o njih tudi sam razmisli:

ZAKAJ NEKDO KADI	ZAKAJ NEKDO OPUSTI KAJENJE
<ul style="list-style-type: none"> - navada in obrednost, - zaposlitev (časovna, roke), - koncentracija in stimulacija, - sprostitvev in zadovoljstvo, - socialna podoba in kajenje kot socialni akt, - zasvojenost z nikotinom - ... 	<ul style="list-style-type: none"> - bolezen, - finančni razlog, - prepoved, - partner prenehal, - zgled otrokom, - lepši videz in počasnejše staranje, - slab zadah in obarvani zobje, neprijeten vonj kože in las, - porumeneli nohti - ...

Motiviranje bo tem bolj uspešno, če bo razloge za opustitev kajenja pacient pripoznal kot čim bolj pomembne in če bo ozavestil razloge, zaradi katerih kadi, hkrati pa čutil, da pozitivne spremembe zmore storiti (glej poglavje o tehniki motivacijskega pogovora).

3 Posredovanje informacij o možnih načinih pomoči pri opuščanju kajenja ter usmeritev v ZVC in medikamentozno zdravljenje

Četudi so kadilci motivirani za opustitev kajenja in zavezani dosegi tega cilja, se jim lahko zatakne, če niso opremljeni z ustreznimi strategijami za premagovanje skušnjav in vzdrževanje nekadilskega vedenja.

Zdravnik zato pacienta, ki kadi, seznanja z možnimi oblikami pomoči pri opuščanju kajenja in ga v prvi vrsti usmeri v ZVC. Po potrebi mu predlaga oziroma predpiše tudi medikamentozno terapijo.

Priporočljive oblike poglobljene obravnave so:

Svetovanje za opuščanje kajenja v ZVC

V ZVC sta na voljo dve obliki obravnav, skupinsko in individualno svetovanje za opuščanje kajenja. Obe vrsti obravnave se osredotočata na razreševanje vprašanj o vzrokih kajenja in prednostih nekajenja ter učinkovitih strategijah za opustitev kajenja. Skupinsko svetovanje se izvaja v obsegu 6 srečanj po 90 minut, individualno pa v obsegu 6 srečanj po 30 minut. Skupinska dinamika udeležencem praviloma nudi dodatno oporo, zato je skupinska oblika svetovanja posebej priporočljiva. Kadar pa pacientu ta oblika ne ustreza ali pa skupine zaradi premajhnega števila udeležencev ni mogoče oblikovati, se pacienta usmeri v individualno obliko obravnave.

Svetovanje za opuščanje kajenja prek telefona

Če se pacient ne želi ali ne more udeležiti svetovanja za opuščanja kajenja v ZVC, ga usmerite na brezplačno anonimno telefonsko obliko zakonsko zagotovljenega svetovanja: telefonska številka je 080 2777 in deluje vsak delavnik med 17. in 20. uro. Pacient bo tam lahko obravnavan po istih principih učinkovitega svetovanja kot v ZVC.

Za paciente, ki so večji uporabe spleta in spletnih aplikacij, so na voljo različne vrste spletno izvajane pomoči. Na primer s strani Evropske komisije podprta spletna aplikacija iCoach, ki prav tako deluje po principih učinkovitega svetovanja za spremembo vedenja.

Zdravila

Ob dolgotrajni in hudi³ zasvojenosti lahko uspešnost opuščanja kajenja povečamo s kombiniranjem svetovanja za opuščanje kajenja z medikamentoznim zdravljenjem. Raziskave kažejo, da lahko vedenjska terapija izboljša sposobnost ljudi pri soočanju s situacijami, v katerih bi običajno kadili, medtem ko zdravljenje z zdravili lajša fiziološke odtegnitvene simptome. Zdravljenje z zdravili pomaga bolnikom premagati akutno fazo opustitve, ko so odtegnitveni simptomi najintenzivnejši, medtem ko vedenjska terapija opremlja z mehanizmi za ohranjanje dolgoročne vzdržnosti.

Zdravila za opuščanje kajenja niso primerna za osebe, ki pokadijo manj kot 10 cigaret dnevno, nosečnice in mladoletne osebe ter osebe, ki imajo zdravstvene kontraindikacije.

V Sloveniji so na voljo zdravila, dosegljiva brez recepta (nikotinska nadomestna terapija, v obliki transdermalnih obližev ali žvečilk) in zdravila, dosegljiva na (beli) recept (zdravilo z zdravilno učinkovino bupropion in zdravilo z zdravilno učinkovino vareniklin). Pri vseh zdravilih je poleg kontraindikacij in možnih neželenih učinkov treba upoštevati želje kadilca, morebitne pacientove prejšnje pozitivne ali negativne izkušnje z zdravilom in pacientove lastnosti (na primer negativna čustva, skrb za povečanje telesne teže).

'Lahke' cigarete, elektronska cigareta, vodna pipa ali šiša

Tako imenovane lahke cigarete naj bi zaradi nižje vsebnosti katrana in nikotina pomenile manjšo nevarnost za zdravje, vendar to ni res. Številni dodatki, ki jih proizvajalci dodajo takim cigaretam, da jim vrnejo aromo, so lahko enako škodljivi kot snovi, ki so jih nadomestili. Poleg tega kadilci običajno pokadijo več, da nadomestijo zmanjšano količino nikotina, in inhalirajo globlje, ali pa stisnejo del cigarete, ki je filter (in s tem onemogočijo funkcijo filtra, ki je zbiranje katrana in nikotina). Ker so podatki o učinkovitosti in varnosti elektronskih cigaret omejeni in ne moremo z gotovostjo trditi, da je uporaba elektronskih cigaret varna, zlasti dolgoročna, se uporaba elektronskih cigaret kot pripomoček za opuščanje kajenja ne priporoča. Podobno kot pri kajenju cigaret se tudi kajenje vodne pipe ali šiša povezuje z vrsto rakavih obolenj in drugih bolezni, zato naj se raba odsvetuje.

3 Za ugotavljanje stopnje zasvojenosti z nikotinom glej diagnostična merila zasvojenosti z nikotinom glede na vprašalnik po Fägerströmu (v prilogi).

4 Spremljanje pacientovega napredka

Po zgoraj omenjenih korakih obravnave sledi spremljanje pacientovega napredka:

KADILSKI STATUS	USPEŠNOST OBRAVNAVE	POGOSTOST PRESEJANJA
Kadilec	Uspešna – oseba prenehala kaditi	Na 6 in 12 mesecev preveriti kadilski status. Po 1 letu smiselno uvesti presejanje kot pri nekadilcih (na 5 let).
	Neuspešna	Na 1 leto, po presoji lahko pogosteje.
Nekdanji kadilec	/	Na 5 let, po presoji lahko pogosteje.
Pasivni kadilec	/	Na 5 let, po presoji lahko pogosteje.

Laps in relaps

Morebitni zdrsi/lapsi⁴ ali relaps⁵ v procesu opuščanja kajenja so lahko običajni. Pomembno je, da pacient to ve in se ne obsoja, ampak dela na krepitvi obrambnih strategij. Prav tako je pomembno, da se pacient zaveda lastne vloge pri tem (prenehati ne more nekdo drug namesto njega), z vaše strani pa velja izraziti podporo in pripravljenost tudi v prihodnje aktivno spremljati proces opuščanja kajenja.

Zaključek

Pacienti so kljub strokovni obravnavi različno motivirani in različno opremljeni s strategijami za opustitev kajenja, prav tako so lahko različno zavezani cilju opustitve kajenja. Nekdo o opustitvi morda še ne razmišlja resno, drugi morda rabi le učinkovito spodbudo, tretji pomoč pri izbiri strategij za spopadanje s skušnjavami, četrti samozaupanje zaradi preteklih neuspešnih izkušenj ali le priznanje ob uspehu opustitve ... ne glede na to, v kateri fazi spreminjanja vedenja je pacient, lahko zdravstveni delavec z ustrezno obravnavo prispeva nekatere ključne kamenčke v mozaiku pacientovega uspeha pri opuščanju kajenja.

Ključni poudarki

Kajenje škoduje tako rekoč vsakemu organu v človeškem telesu.

Večina kadilcev si kajenje želi opustiti. Vloga zdravnika pri osveščanju in spodbudi za opustitev kajenja je lahko ključna.

Vsakega pacienta, ki kadi, velja napotiti v nadaljnjo obravnavo v zdravstvenovzgojni center (skupinsko ali individualno svetovanje za spremembo vedenja) ali na brezplačno telefonsko svetovanje za opustitev kajenja (telefonska številka 080 2777).

Pri pacientih, kjer gre za dolgotrajno in hudo zasvojenost z nikotinom z več neuspešnimi poizkusi opustitve kajenja, je lahko učinkovita kombinacija svetovanja za spremembo vedenja z medikamentoznim zdravljenjem.

4 Oseba po vztrajanju nekadilskega vedenja pokadi do 7 cigaret v sedmih zaporednih dneh ali v dveh zaporednih tednih, a potem preneha in nadaljuje z nekadilskim vedenjem.

5 Oseba po vztrajanju nekadilskega vedenja pokadi več kot 7 cigaret v sedmih zaporednih dneh ali v dveh zaporednih tednih.

Skupine pacientov, ki jim velja nameniti posebno pozornost, so noseče ženske oziroma ženske, ki načrtujejo otroka ali dojijo, osebe, ki kadijo pasivno, in osebe, ki povzročajo pasivno kajenje drugih.

S škodljivimi posledicami na zdravje se ob klasični rabi tobaka (kajenje cigaret) povezuje tudi raba tako imenovanih lahkih cigaret, vodne pipe ali šiše. Varnost dolgoročne rabe elektronskih cigaret ni znana, zato se le-te ne priporoča.

LITERATURA

Koprivnikar, H, Korošec, A (2015). Age at smoking initiation in Slovenia. *Zdravstveno varstvo*, letnik 54, številka 4, str. 274–281. URN:NBN:SI:DOC-ZKNOUIOK from <http://www.dlib.si>.

Mesarič, J., Novak Mlakar, D., Hočevlar, T. (2013). Svetovanje za opuščanje kajenja: Priročnik. Ljubljana, NIJZ

Mesarič, J., Novak Mlakar D., Hočevlar, T. (2014). Ste noseči, dojite ali načrtujete otroka? Zdaj je pravi čas, da opustite kajenje in živite v prostorih brez tobačnega dima. Ljubljana, NIJZ.

NIJZ (2015). Slovenija brez tobaka – kdaj? Ljubljana, NIJZ.

Patnode, C.D. idr. (2015). Behavioral Counseling and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Cessation in Adults, Including Pregnant Women: A Review of Reviews for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 163(8):608–621.

Smith, A. L., Carter, S. M., Dunlop, S. M., Freeman, B, Chapman, S. (2015). The Views and Experiences of Smokers Who Quit Smoking Unassisted. A Systematic Review of the Qualitative Evidence. *PLoS ONE* 10(5): e0127144.doi:10.1371/journal.pone.0127144).

Vrbovšek S, Čuš B, Maučec Zakotnik J in Štern B, ur. Izvajanje integrirane preventivne kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine. Priročnik za diplomirane medicinske sestre. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, v tisku.

4.3 SPODBUJANJE TELESNE DEJAVNOSTI

Tjaša Knific, Andrea Backović Juričan, Janet Klara Djomba

Telesna dejavnost in zdravje

Redna telesna dejavnost je eden ključnih dejavnikov življenjskega sloga za ohranjanje in izboljšanje zdravja. Prispeva k preprečevanju pojava številnih kroničnih nenalezljivih bolezni (KNB), v ospredju so predvsem srčno-žilne bolezni, oziroma preprečuje ali omili zaplete pri že prisotnih boleznih, poleg tega pa zmanjšuje tveganja za prezgodnjo smrt oziroma zmanjšuje umrljivost. Ocenjujejo, da bi izvajanje 150 minut zmerno intenzivne telesne dejavnosti vsak teden lahko zmanjšalo tveganje za pojav ishemične bolezni srca za približno 30 %, tveganje za sladkorno bolezen tipa 2 pa za 27 %.

Po drugi strani pa je nezadostna telesna dejavnost oziroma sedeči življenjski slog vedenjski dejavnik tveganja, ki ga tesno povezujemo z razvojem KNB. V svetovnem merilu telesna nedejavnost po ocenah povzroča 6 % bremena bolezni zaradi koronarne bolezni srca, 7 % bremena zaradi sladkorne bolezni tipa 2, 10 % bremena zaradi raka dojke in 10 % bremena zaradi raka na debelem črevesu, prav tako pa je kriva tudi za 9 % prezgodnjih smrti. Raziskave kažejo, da je 15–20 % tveganja za pojav koronarne srčne bolezni, sladkorne bolezni tipa 2, raka na debelem črevesu, raka dojke in zlom kolka pri starejših moč pripisati telesni nedejavnosti. Po podatkih Evropskega urada Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) iz leta 2004 je telesna nedejavnost odgovorna za 3,5 % bremena bolezni in do 10 % vseh smrti v Evropi. Je na četrtem mestu med spremenljivimi dejavniki tveganja, odgovornimi za umrljivost. Telesna nedejavnost je tudi na lestvici desetih najpogostejših dejavnikov tveganja, ki vplivajo na skupno število izgubljenih let življenja. Vpliv telesne nedejavnosti pa je še večji, saj ima tudi posreden vpliv zaradi povezanosti z biološkimi dejavniki tveganja (arterijska hipertenzija, dislipidemije, debelost).

Telesna dejavnost za krepitev zdravja

Telesna dejavnost je opredeljena kot kakršnakoli sila, izvedena s strani skeletnih mišic, ki se konča s porabo energije nad ravno mirovanje. Je gibanje v vsakodnevem življenju, ki vključuje delo, rekreacijo, dejavnost v prostem času, telesno vadbo in športno dejavnost. Šport in telesna vadba sta namenski telesni dejavnosti, ki sta strukturirani in namenjeni izboljšanju telesne pripravljenosti. Šport ponavadi vključuje tudi neko obliko tekmovanja, medtem ko je telesna vadba običajno namenjena izboljšanju zdravja in splošnega počutja.

V povezavi z zdravjem pogosto uporabljamo izraz »telesna dejavnost za krepitev zdravja« (angl. Health Enhancing Physical Activity ali skrajšano HEPA). Le-ta je opredeljena kot vsaka oblika telesne dejavnosti, ki koristi zdravju in funkcionalni sposobnosti brez nepotrebne škode ali tveganja. Aktiven življenjski slog je način življenja, ki povezuje telesno dejavnost z rednimi vsakodnevnimi opravili. Cilj, za katerega bi si morali prizadevati, je, da bi dnevno bili telesno dejavni vsaj 30 minut. Telesna pripravljenost je skupek lastnosti, ki jih posameznik že ima ali jih doseže in se nanašajo na posameznikovo sposobnost izvedbe telesne dejavnosti.

Priporočila za telesno dejavnost za krepitev zdravja

Priporočila SZO za telesno dejavnost svetujejo kot minimalno (zadostno) količino telesne dejavnosti **za varovanje zdravja odraslih**, starejših od 18 let, zmerno intenzivno telesno dejavnost v skupnem trajanju

vsaj 150 minut na teden (na primer 5 dni na teden vsaj 30 minut dnevno, opravljenih v enem kosu ali razdeljenih na enote, dolge vsaj 10 minut) ali visoko intenzivno telesno dejavnost v skupnem trajanju vsaj 75 minut na teden (na primer 3 dni v tednu po 25 minut na dan). Možne so tudi različne kombinacije obeh intenzivnosti.

Telesna dejavnost **zmerne intenzivnosti** je tista, pri kateri se nekoliko pospeši srčni utrip in povzroča občutek toplote ter blago zadihanost. Za dejavnejše in telesno bolj pripravljene ljudi telesna dejavnost zmerne intenzivnosti predstavlja hitra hoja ali počasno tekanje. Sem uvrščamo vsakodnevna opravila (hoja ali kolesarjenje na delovno mesto, domača opravila, gibanje na delovnem mestu) kot tudi prostočasne rekreativne dejavnosti. Telesna dejavnost **visoke intenzivnosti** je tista, ki privede (poleg znatno povečanega srčnega utripa) do znojenja in večje zadihanosti. Po navadi vključuje šport ali telesno vadbo, na primer tek ali hitro kolesarjenje. Za tiste, ki so telesno nedejavni, pa telesna dejavnost visoke intenzivnosti predstavlja že hitra hoja. Meja med zmerno in visoko intenzivno telesno dejavnostjo se z redno vadbo spreminja. Tako lahko na primer dejavnosti, ki so bile na začetku zmerno intenzivne, postanejo »prelahke«, po drugi strani pa aktivnosti, ki so bile zelo intenzivne, postanejo zmerno intenzivne. Pri napredovanju pacienta je to treba upoštevati in sproti prilagajati program telesne vadbe.

Priporočena količina telesne dejavnosti **za izboljšanje zdravja in zmanjšanje dejavnikov tveganja** pri starejših od 18 let, je 300 minut zmerno intenzivne telesne dejavnosti na teden (na primer 5 dni na teden vsaj 60 minut dnevno, opravljenih v enem kosu ali razdeljenih na enote, dolge vsaj 10 minut) ali 150 minut visoko intenzivne telesne dejavnosti na teden (na primer 5 dni v tednu po 30 minut na dan). Mogoče so tudi različne kombinacije obeh intenzivnosti. Odrasli naj v redno vadbo vključijo tudi vaje za krepitev mišic in izboljšanje ravnotežja vsaj 2-krat tedensko. Odraslim, starejšim od 65 let se dodatno priporoča, da v redno vadbo vključijo vadbo za izboljšanje ravnotežja in preprečevanje padcev vsaj 3-krat tedensko. Osebe, ki zaradi zdravstvenih razlogov ne morejo dosegati priporočil za telesno dejavnost, naj bodo telesno dejavne v skladu s svojimi zmožnostmi in zdravstvenim stanjem.

Po izsledkih raziskave »Z zdravjem povezan vedenjski slog 2012« 58,8 % anketirancev dosega priporočila za telesno dejavnost z vsaj zmerno intenzivno telesno dejavnostjo, ki se izvaja za različne namene. Vključena je torej vsa zmerno in zelo intenzivna telesna dejavnost, ki se izvaja na delovnem mestu, pri domačih ali vrtnih opravilih, v transportne namene in kot rekreacija v prostem času. Delež je znatno višji pri moških (60,6 %) kot pri ženskah (56,9 %) ter v najstarejši starostni skupini (55–64 let) – 60,9 % v primerjavi z mlajšimi skupinami. Samo z zmerno intenzivno telesno dejavnostjo priporočila (5 dni po 30 minut v tednu) dosega 36,6 % anketirancev. Glede na izobrazbo so najpogosteje zadostno telesno dejavni anketiranci s poklicno ali pa z vsaj visokošolsko izobrazbo, redna hoja pa je najpogostejša pri anketirancih s poklicno izobrazbo. Med različnimi družbenimi sloji so najpogosteje zadostno telesno dejavni pripadniki višjega srednjega in zgornjega sloja, če upoštevamo celokupno telesno dejavnost. Pri njih je viden tudi največji porast deleža redno telesno dejavnih. Delež zadostno telesno dejavnih je najnižji v ravenški regiji, najvišji pa v koprski. Delež je v primerjavi s preteklimi leti močno porasel v celjski, novogoriški, koprski in kranjski regiji.

Sedeči življenjski slog

Sodobni način življenja postaja vse bolj nedejaven in vse bolj sedeč. Raziskave kažejo, da je neprekinjen čas daljšega sedenja neodvisen dejavnik tveganja za razvoj različnih motenj povezanih z zdravjem in nastankom kroničnih bolezni. Neprekinjeno sedenje lahko vpliva tako na splošno umrljivost kot tudi na umrljivost zaradi srčno-žilnih bolezni. Daljše neprekinjeno sedenje negativno vpliva na zdravje tistih posameznikov, ki sicer dosega priporočila za telesno dejavnost. Priporoča se, da se čas, ki ga preživimo sede zmanjša na

najmanjšo možno mero in da se čas sedenja čim pogosteje prekine. Podrobnih priporočil za zmanjševanje sedečega življenjskega sloga SZO še ni izdala, poznamo pa nekaj splošnih priporočil. Pacientom svetujemo, da dejavnosti, ki jih običajno opravljajo sede prekinejo s krajšo stoji oziroma še bolje z drobnimi vložki telesne dejavnosti. Čas sedenja naj prekinejo na uro ali dve in to vsaj za minuto ali dve. Če je možno naj stoje opravljajo telefonske pogovore in krajše sestanke. Čim več naj hodijo oziroma pešočijo (doma, v službi, na poti, v prostem času). Uporabljajo naj stopnice namesto dvigala. Pri daljšem (običajno) sedečem delu za računalnikom, tekočim trakom ali med sestanki ter med gledanjem televizije naj naredijo aktivne premore (večkrat naj vstanejo, se sprehodijo, razgibajo in/ali raztegnejo).

Vloga zdravnika družinske medicine pri svetovanju zdravega življenjskega sloga in telesne dejavnosti za krepitev zdravja

Na izboljšanje gibalnih navad, tako kot na ostale dejavnike življenjskega sloga, vpliva več dejavnikov. Poleg želje in motivacije posameznika po spremembi so velikega pomena tudi spodbudno okolje in ustrezne informacije. Zdravstveni delavci imajo pri svetovanju zdravega življenjskega sloga pomembno vlogo, zlasti zdravniki na primarni zdravstveni ravni, ki so pomembni pri spodbujanju telesne dejavnosti, saj pacienti praviloma nasvete svojega zdravnika cenijo in upoštevajo. Preventivni ukrepi, zlasti za obvladovanje bolezni srca in ožilja, so večinoma usmerjeni v populacijo srednje in višje starosti, pri katerih so prisotne bolezni srca in ožilja, ali pa visoko tveganje za pojav le-teh, običajno ob kombinaciji več dejavnikov tveganja. Čeprav preventiva bolezni, usmerjena v populacijo z visokim tveganjem, prinaša pomembne koristi za zdravje v teh skupinah, je v smislu primarne preventive pomembno tudi svetovanje in spodbujanje zdravega življenjskega sloga pri zdravih posameznikih brez znanih dejavnikov tveganja.

Domače in tuje raziskave kažejo, da si pacienti pri spreminjanju življenjskega sloga želijo podpore in pomoči svojega izbranega zdravnika družinske medicine. Pacienti, ki tovrstno podporo prejmejo, pa so bolj motivirani za spremembo življenjskega sloga. Dokazano je, da spodbujanje telesne dejavnosti na primarni zdravstveni ravni poveča stopnjo telesne dejavnosti pri predhodno telesno nedejavnih posameznikih. Podatki tujih raziskav kažejo, da se zdravniki družinske medicine zavedajo pozitivnega učinka svetovanja telesne dejavnosti pacientom, svojim pacientom pa telesno dejavnost svetujejo vsaj občasno.

V Sloveniji je vloga izbranega osebnega zdravnika družinske medicine pri svetovanju zdravega življenjskega sloga posameznikom, ki so ogroženi za pojav bolezni srca in ožilja, formalno opredeljena v Nacionalnem programu primarne preventive srčno-žilnih bolezni (NPPPSŽB).

Posameznikovo zadostnost telesne dejavnosti se oceni z vprašalnikom, ki ga uporabljajo tudi referenčne ambulate družinske medicine. Vprašalnik sprašuje po količini in pogostosti zmerno in visoko intenzivne telesne dejavnosti v običajnem pacientovem tednu. Če se ugotovi, da je pacient **zadostno telesno dejaven** ga pohvalite in spodbudite k ohranjanju ravni telesne dejavnosti. Po svojih zmožnostih mu odgovorite na morebitna vprašanja v zvezi z aktivnim življenjskim slogom in ga motivirajte k rednemu spremljanju telesne zmogljivosti/pripravljenosti v kratkih zdravstvenovzgojnih delavnicah, ki so na voljo v zdravstvenovzgojnih centrih (ZVC) ali Centrih za krepitev zdravja (CKZ). Tovrstne delavnice so na primer »Preizkus hoje na 2 km« in »Ali sem fit?« CKZ ter »Test telesne pripravljenosti za odrasle in za starejše« CKZ.

Če je pacient **mejno telesno dejaven** spregovorite o možnostih za izboljšanje povečanja količine telesne dejavnosti. Pri pogovoru **motivirajte pacienta** da sam/skupaj z vami poišče možnosti za povečanje telesne dejavnosti. Med pogovorom poskušajte ugotoviti, **na kateri stopnji spremembe** po motivacijskem krogu Prochaska & DiClemente se nahaja pacient. Večina jih bo najverjetneje v prekontemplaciji (ni prip-

ravljen za spremembo) in kontemplaciji (pripravljen za spremembo, vendar šele v roku pol leta). Na kratko in razumljivo mu povzemite priporočila za telesno dejavnost, izpostavite pomen povečane količine telesne dejavnosti za njegovo zdravje (naj se navezuje na pacientovo zdravstveno problematiko, če jo ima), se z njim pogovorite o možnostih za povečanje količine telesne dejavnosti ter ga v primeru pripravljenosti na spremembo in strinjanju napotite na kratko delavnico »Preizkus hoje na 2 km« oziroma delavnico »Ali sem fit?« (CKZ). Ponudite mu gradivo na primer datumsko knjižico »Z gibanjem do zdravja« - knjižica z letno objavljenimi datumi testov hoje. Lahko mu predlagate naročilo preprosto napisanega priročnika »Z gibanjem do zdravja- Preprost priročnik za aktivno življenje v odrasli dobi«. Zelo uporabna pa je tudi informativna zloženska »Mavrični program hoje«, če je udeleženec motiviran za povečanje telesne dejavnosti s pomočjo hoje. Na voljo so tudi druge zloženske o telesni dejavnosti v referenčnih ambulantah družinske medicine. Če je pacient pripravljen na spremembo in hkrati ogrožen za pojav kroničnih bolezni oziroma je kronični bolnik, mu predstavite vsebino in namen poglobljene delavnice »Telesna dejavnost - gibanje« oziroma »Gibam se« (CKZ). V primeru, da pacient ni pripravljen na spremembo, mu kljub temu predstavite koristi telesne dejavnosti za zdravje. Če imate možnost, ga naročite na ponovni posvet čez nekaj tednov, saj potrebuje nekaj časa, da ozavešči nove informacije in sprejme nove odločitve.

Če ugotovimo, da je pacient **nezadostno telesno dejaven** uporabite enake metode kot pri pacientu, ki je mejno telesno dejaven. Če je pacient pripravljen na spremembo, poleg zgoraj naštetih aktivnosti, skupaj pripravita okvirni načrt telesne dejavnosti, ki naj vsebuje kratkoročne in uresničljive cilje. Za začetek se lahko osredotočita le na ukrepe za zmanjševanje sedečega načina življenja oziroma redno hojo. Opozorite ga na previdnostne ukrepe pred telesno dejavnostjo in ga opomnite, naj s telesno dejavnostjo začne počasi in postopno. Izročite mu ustrezno zdravstveno vzgojno gradivo, kjer lahko dobi več informacij.

ZAKLJUČEK

Spreminjanje vedenja in navad, ki so povezane z zdravjem, je zapleten in dolgotrajen proces. Pacient naj v pogovoru z vami dobi občutek, da ga razumete v njegovi negotovosti, da ga ne obsojate zaradi njegove nepopolnosti in ste mu v oporo pri prevzemanju odgovornosti za svoje zdravje. Zavedajte se, da ste v krogu spreminjanja pacientovega vedenja in tudi spremljanja spremembe ključna, ne pa tudi edina oseba, na katero se lahko obrne po pomoč. Poglobljeno, praktično usmerjeno obravnavo na področju telesne dejavnosti in funkcijske manjzmožnosti bodo izvajali ustrezno usposobljeni fizioterapevti. Njihova in vaša vloga se dopolnjujeta, zato je vajino strokovno sodelovanje in komunikacija izrednega pomena za uspešno obravnavo pacienta. Izkoristite svojo vlogo pri motiviranju in navduševanju ljudi za aktiven življenjski slog ter jih hkrati usmerjajte k iskanju dodatne podpore v zdravstvenovzgojnih centrih/centrih za krepitev zdravja, kjer bodo dobili ustrezno in bolj poglobljeno obravnavo s področja telesne dejavnosti.

LITERATURA

- Warburton DER, Nicol CW, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ* 2006;174(6): 801–9.
- World Health Organization. *Global Health Risks Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva, 2009.
- Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 2012; 380: 219–29.
- Bauman A, Miller Y. The public health potential of health enhancing physical activity. In: Oja P, Borms J, eds. *Health-enhancing physical activity*. International Council of Sport Science and Physical Education, 2004.
- Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F. *Physical activity and health in Europe: evidence for action*. Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe, 2006.
- World Health Organization. *Global recommendation on Physical Activity for Health*. Geneva, 2010.
- Kofol Bric T, Tomšič S (ur.) *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije. Trendi v raziskavah CINDI 2001–2012*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2013.
- Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burrell G, Cifkova R, et al: European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary: fourth joint task force on the european society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J* 2007;28:2375–2414.
- Potter MB, Vu JD, Croughan- Minihane M. Weight management: what patients want from their primary care physicians. *J Fam Pract* 2001;50:513–8.
- Klemenc-Ketiš Z, Bulc M, Kersnik J. Attitudes of Slovenian family practice patients towards changing unhealthy lifestyle and the role of family physicians: cross sectional study. *Croat Med J* 2011;52:205–11.
- O'Connor PJ, Rush WA, Prochaska JO, Pronk NP, Boyle RG. Professional advice and readiness to change behavioral risk factors among members of a managed care organisation. *Am J Manag Care* 2001;7:125–30.
- Fras Z, Maučec Zakotnik J, Govc Eržen J, Luznar N. Nacionalni program primarne preventivne srčno-žilnih bolezni- zgodba o uspehu? V: Vrbovšek S, Luznar N, Maučec Zakotnik J, urednice. *Skupaj varujemo zdravje- kaj smo dosegli v prvih osmih letih? Zbornik ob letnem srečanju izvajalcev Nacionalnega programa primarne preventivne srčno-žilnih bolezni 2009*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2009: 13–26.

4.4 SPREMINJANJE PREHRANJEVALNIH NAVAD IN VZDRŽEVANJE NORMALNE TELESNE TEŽE

Rok Poličnik

UVOD

Prehrana predstavlja pomemben dejavnik zdravega življenjskega sloga posameznika in družbe. Zdrav način prehranjevanja ima dolgoročno pomemben vpliv za ohranjanje in krepitev zdravja, nezdrave prehranjevalne navade pa so posledično vzrok za pojav različnih dejavnikov tveganja kroničnih nenalezljivih bolezni (KNB) (povišan krvni sladkor, povišane maščobe in holesterol v krvi, debelost ...) in KNB (bolezni srca in ožilja, sladkorna bolezen tipa 2, raki, debelost, bolezen kostno-mišičnega sistema ...). Pomemben razlog pri porastu tovrstnih obolenj so med drugim hitre spremembe v prehranjevanju, ki so posledično povezane z industrializacijo, urbanizacijo, gospodarskim razvojem in globalizacijo trga (dostopnostjo do hrane ...). Slednje se na globalnem nivoju pomembno odraža na zdravju in prehranskem statusu prebivalstva, ki je še posebej opazen med socialno in ekonomsko šibkejšimi ter nižje izobraženimi ljudmi. Čezmerna hranjenost in debelost, ki naraščata v vseh evropskih državah, postajata velik javnozdravstveni problem, ki zmanjšuje dolžino in kakovost življenja s pojavom različnih obolenj. Po podatkih raziskave »Z zdravjem povezan življenjski slog« je bilo v letu 2012 med odraslimi prebivalci Slovenije v starosti med 25–74 let, 32,2 % ljudi s čezmerno telesno težo in 17,4 % z debelostjo. Debelost narašča zlasti pri moških, nižje izobraženih, osebah z nižjim socialno-ekonomskim statusom ter pri fizičnih delavcih. Pri zmanjševanju tega problema imata pomembno vlogo zdrava prehrana in redna telesna dejavnost.

Prehranska priporočila

Na prehranjevanje vpliva več dejavnikov, na katere je mogoče vplivati z usmerjanjem in ozaveščanjem v ambulantni družinske medicine, individualno obravnavo v referenčnih ambulantah družinske medicine (RADM) ter s poglobljenimi individualnimi/skupinskimi obravnavami v zdravstvenovzgojnih centrih (ZVC) v zdravstvenih domovih. Med ključne prehranske dejavnike, na katere lahko zdravstveni delavci vplivamo, prištevamo:

1. ritem prehranjevanja in obrok,
2. velikost porcij,
3. spodbujanje uživanja priporočenih živil,
4. omejevanje uživanja odsvetovanih živil,
5. pripravo hrane in nakupovalne navade.

Ritem prehranjevanja in obrok

Ritem prehranjevanja pomeni razporeditev obrokov preko dneva (čas zaužitih obrokov in časovni razmik med njimi). V našem okolju je tradicionalno značilno uživanje treh glavnih in dveh tako imenovanih premostitvenih obrokov (dopoldanska in popoldanska malica). Pri prehrani delavcev v nekaterih delovnih organizacijah se zaradi delovnega časa pojavlja tudi nočni obrok. Cilj premostitvenih obrokov (malic) je podaljšanje časa med glavnimi obroki (na primer med zajtrkom in kosilom). Čas med posameznimi glavnimi

obroki naj bo približno 3–5 ur, izjemoma lahko tudi več, če v dnevni jedilnik umestimo malico. Malice niso nujni del dnevne prehrane. V pogovorih s pacienti se mnogokrat izkaže, da pacient ne razume, kaj pomeni obrok, saj običajno pod tem pojmom opredeljujemo dnevne obroke (zajtrk, malica, kosilo ...), ne pa tudi prigrizke.

Obrok je vsako živilo/jed, ki ga človek zaužije preko dneva, vključno s prigrizki. Ljudje prigrizkov (sladke jedi, slani prigrizki, sadež, kava, čaj, sladke pijače ...) pogosto ne prištevamo med obrok, čeprav so lahko odločilnega pomena v količini zaužite hrane in energijskega vnosa. Čas uživanja hrane je odvisen tudi od zdravstvenega stanja osebe (na primer pri diabetiku je priporočeno uživanje več manjših obrokov (do 6), ki so enakomerno razporejeni preko dneva).

Kaj svetujemo pacientu, ko ugotovimo, da so njegovi obroki neredni in neustrezno razporejeni?

Osebi je treba ponazoriti, da vsako zaužito živilo/jed predstavlja vnos dodatne energije, kar prispeva k celodnevni vnosu energije v organizem. Odsvetujemo združevanje obrokov v en obrok (na primer zajtrk in malica ali kosilo in večerja skupaj kot en obrok), saj s tem vplivamo na razvoj nezdravih prehranjevalnih navad, zaužitje energijsko prebogatih obrokov in s tem na slabšo delovno storilnost, počutje in zdravstveno stanje. Priporočamo, da se dan prične z zajtrkom ter nadaljuje z ostalimi dnevnimi obroki.

Velikost porcij hrane

Eden izmed pomembnejših prehranskih problemov je zaužitje energijsko prebogatih (kalorično močnih) obrokov. Slednje je možno pri pacientih ugotoviti le s poglobljenimi analizami (na primer metoda tehtanja hrane) v ZVC, kar ni možno izvesti v ambulantni.

Kaj svetujemo pacientu?

Pri obravnavi oseb glede velikosti zaužitih porcij svetujemo, da le-te postopno zmanjšuje. Prav tako je pomembno, da se prehranjevanje zaključi, ko organizem s strani centralnega živčnega sistema prejme signal glede sitosti. Pomemben praktičen ukrep za zmanjševanje porcij je tudi uporaba manjših krožnikov. Velikost hrane oziroma pravilno sestavljen krožnik ponazorimo z osebi razumljivimi merskimi enotami. Zdrav obrok je sestavljen iz beljakovinskega živila (na primer mesa oziroma mesne jedi) v velikosti dlani in debelini mezinca; ogljikohidratne priloge v velikosti stisnjene dlani ter zelenjavne prikuhe/sadja v velikosti dveh stisnjenih dlani). Natančnejšo opredelitev prehranjevanja oziroma velikosti porcij je možno določiti le na podlagi poglobljene individualne prehranske obravnave ter človekovih individualnih potreb (starost, spol in stopnje telesne dejavnosti, morebitne bolezni ...).

Uživanje priporočenih živil

Med priporočena živila v zdravi prehrani, ki jih svetujemo osebi, prištevamo:

- zelenjavo in sadje: vse vrste sezonske, po možnosti lokalno pridelane zelenjave in sadja ter sadni, zelenjavni oziroma sadno/zelenjavni sokovi s 100 % sadnim deležem;
- kakovostna ogljikohidratna (škrobna) živila, med katerimi imajo prednost živila z večjo vsebnostjo prehranske vlaknine: ovseni, polnovredni pšenični, pirini, ajdovi, koruzni kruhi in pekovski izdelki, prosena, ajdova, pirina, ovsena kaša, polnovredne vrste riža in kosmiči;
- meso in zamenjave za meso: vse vrste rdečega in belega mesa brez ali z odstranjenim maščobnim tkivom (na primer koža pri perutnini), stročnice, posnete vrste mleka in mlečnih izdelkov, jajca;

- ribe: modre morske ribe (skuša, sardela, losos ...) in rečne ribe (na primer postrv ...);
- kakovostne maščobe: oljčno, repično, sončnično, orehovo, sezamovo olje ... ter oreški (orehi, lešniki ...).

Pri svetovanju glede izbir hrane/živil bodimo pozorni na posameznikov socialno-ekonomski status. Če ugotovljamo, da je ta nižji, se z nasveti (glede prehranskih izbir) približamo osebi in njenim zmožnostim za nakup hrane. Če je le možno, naj oseba uživa hrano pripravljeno iz osnovnih živil in ne predelanih oblik (na primer predpripravljene in pripravljene jedi). Spodbujamo pripravo hrane doma.

Nadomeščanje tekočine je z vidika zagotavljanja zdravja nujna. Pri zdravi odrasli osebi v povprečnih klimatskih pogojih svetujemo **zaužitje približno 1,5 litra tekočine s pijačami**, ki jih enakomerno razporeja preko dneva. Svetujemo pitje navadne vode brez dodatkov (sladkorja, umetnih dodatkov ...). Potrebe so povečane pri višji porabi energije, vročini, suhem hladnem zraku, obilnem uživanju soli, visokem vnosu beljakovin in patoloških stanjih, kot so vročica, bruhanje, driska ...

Uživanje odsvetovanih živil

Med odsvetovana živila prištevamo:

- pekovske in slašičarske izdelke ter industrijske deserte (vir nekakovostnih maščob, sladkorja in umetnih dodatkov);
- gazirane in negazirane sladke pijače (vir sladkorja in umetnih dodatkov);
- mesne, majonezne, kremne/čokoladne namaze (vir sladkorja, nekakovostnih maščob, soli in umetnih dodatkov);
- trde margarine (vir transnenasičenih maščobnih kislin);
- mesne izdelke (vir nasičenih maščob, soli in umetnih dodatkov);
- instantne/koncentrirane izdelki ter pripravljene in predpripravljene jedi/živila (vir soli, natrijevega glutamina, sladkorja in umetnih dodatkov);
- močno prepečena, na maščobi pražena in v globoki maščobi ocvrta hrana (vir transnenasičenih maščob in akroleina ter akrilamida).

Priprava hrane in nakupovalne navade

Nakupovalne navade in navade priprave hrane imajo pomemben vpliv na prehrano posameznika. Ljudem se na kratkih obravnavah v ambulanti lahko izroči seznam zdravih izbir (predlog nakupovalnega lista) hrane, ki so lahko posamezniku v pomoč pri nakupovanju. V poglobljenih obravnavah je smiselni obisk trgovine oziroma tržnice, kjer lahko pacienti na praktičnih primerih izkusijo pomen izbire zdravih in kakovostnih živil.

Kaj svetujemo pacientu?

Ljudem svetujemo, da hrano pripravljajo zdravo. Prednost ima kuhanje in dušenje, odsvetujemo pa uporabo praženja na maščobi (predvsem pri praženju škrobnih živil se tvori kancerogena snov akrolein) ter cvrenje živil v globoki maščobi (tvorba transnenasičenih maščobnih kislin in akrilamida), ki je škodljivo za zdravje.

Čezmerna hranjenost in debelost

Čezmerna telesna teža in debelost sta le dva izmed rezultatov nezdravega prehranjevanja in neredne telesne dejavnosti. Nastaneta kot posledici prekomernega energijskega vnosa hrane ter prenizke porabe energije s telesno dejavnostjo, kar vodi do presežka energije, ki se skladišči v telesu v obliki maščobnega tkiva in se kaže v obliki prekomerne telesne teže in debelosti. Pri problemu debelosti gre za večplasten sistem prepletenih dejavnikov, med katerimi noben od njih ni prevladujoč oziroma bi mu bilo mogoče pripisati vzrok za pojavnost debelosti. Čezmerna hranjenost in debelost se glede na usmeritve SZO pri odraslih kategorizirata s pomočjo **indeksa telesne mase (ITM)**, ki se ga določa po naslednji formuli:

$$\text{ITM} = \frac{\text{telesna masa (v kg)}}{\text{telesna višina (v m}^2\text{)}}$$

Določanje statusa hranjenosti po metodi določanja ITM je relativno preprosta in hitra metoda, čeprav ima omejitve. ITM temelji na razmerju med telesno maso in višino, ki pa ne upošteva telesne sestave posameznika (vsebnost maščob, mišičja, kostna masa). Metoda ni primerna za določanje statusa hranjenosti pri športnikih, ki imajo normalno povečano maso na račun puste mišične mase in ne maščobnega tkiva. V primeru tovrstnih dilem se pri osebi **priporoča izvedba dodatnih antropometričnih meritev. WHO priporoča meritve obsega pasu, s čimer lahko natančneje opredelimo stopnjo tveganja za nastanek kroničnih bolezni** (Tabela 1 spodaj). Natančnejše podatke o sestavi telesa je možno pridobiti tudi na merilnih aparataturah, ki jih imajo na voljo v ZVC oziroma RADM.

Tabela 1. Klasifikacija Svetovne zdravstvene organizacije glede statusa prehranjenosti pri odraslih (ITM in obsega pasu) (6)

	ITM	STOPNJE DEBELOSTI	STOPNJA TVEGANJA ZA NASTANEK BOLEZNI	
			(glede na povezavo med ITM in obsegom pasu)	
			Moški ≤ 102 cm Ženske ≤ 88 cm	Moški ≥ 102 cm Ženske ≥ 88 cm
Podhranjenost	< 18,5			
Normalna telesna teža	18,5–24,9			
Čezmerna telesna teža	25,0–29,9		Povečano	Visoko
Debelost	30,0–34,9	I.	Visoko	Zelo visoko
	35,0–39,9	II.	Zelo visoko	Zelo visoko
Ekstremna debelost	> 40,0	III.	Ekstremno visoko	Ekstremno visoko

Svetovanje ljudem z nezdravimi prehranjevalnimi navadami ter s čezmerno hranjenostjo in debelostjo

Spreminjanje prehranjevalnih in drugih življenjskih navad je dolgoročen in zahteven proces, ki zahteva ozaveščenost, poglobljeno znanje, večšine in visoko motiviranost osebe ter podporo strokovnjaka (kouching) in okolja (družina, delovno mesto ...). Istočasno s procesom učenja posameznika o veččinah zdravega

prehranjevanja in telesne dejavnosti mora biti vključen tudi motivacijski vidik (psihološki vidik), ki posameznika dodatno podpira in spodbuja k dolgoročnejšemu vzdrževanju sprememb v življenjskem slogu. Nujne motivacijske (psihološke) vsebine spreminjanja prehranjevalnih navad ter hujšanja so beleženje prehranskega/gibalnega dnevnika, spopadanje s stresom, vzpostavitev in vzdrževanje osebnega načrta, vzponi in padci, upiranje skušnjavam ter nagrajevanje, kar je vključeno v poglobljeni obravnavi o zdravi prehrani in hujšanju, ki se izvajata v ZVC.

Raziskave kažejo, da je realno v svoje življenje hkrati vpeljati **od tri do pet sprememb v prehrani. Pomembno je tudi, da skupinske obravnave pacientov pri spreminjanju prehranjevalnih navad ter hujšanju kažejo statistično boljše rezultate v primerjavi z individualnimi obravnavami.**

Svetovanje pacientu z nezdravimi prehranjevalnimi navadami oziroma s čezmerno telesno težo in debelostjo izvaja zdravnik, dietetik ali usposobljena medicinska sestra, kar se v praksi že izvaja v ambulantah družinske medicine, pri preventivnih pregledih v RADM ter v obliki poglobljenih obravnav v ZVC. Vključuje se tudi zdravniki, psihologi, fizioterapevti, kineziologi, športni pedagogi ter drugi strokovnjaki. **Zdravstveni delavec, ki izvaja individualno ali skupinsko obravnavo za spremembo prehranjevanja ali hujšanja, mora biti usmerjen v podporo pacienta, spoštovanje pacientove avtonomije pri odločanju ter v postavitev realnih osebnih ciljev. Njegov pristop do pacienta ne sme biti obsojajoč, temveč prepričljiv, strokoven in neprovokativen.**

SVETOVANJE

Prehranjevalne navade posameznika ocenimo s kratkim ali dolgim vprašalnikom, ki ga uporabljajo RADM in ZVC. **Če ugotovimo, da so prehranjevalne navade slabe**, s sogovornikom spregovorimo o možnostih za izboljšanje, na kratko povzamemo prehranska priporočila ter mu izročimo zdravstvenovzgojni material (na primer zloženke Preveč soli škodi, Začnimo dan z zajtrkom, Uživajmo sadje in zelenjavo). **Pri tem uporabimo metodo motivacijskega razgovora**, v okviru katerega sogovorniku damo priložnost, da skupaj poiščemo možnosti za izboljšanje prehranjevanja. V empatičnem pogovoru bodite pozorni na pacientove možnosti in ekonomski status, saj je temu potrebno prilagoditi tudi prehranska priporočila. Med pogovorom poskušajte ugotoviti, na kateri stopnji motivacijskega kroga po Prochaska & DiClemente se nahaja sogovornik. Večina jih bo najverjetneje v prekontemplaciji (ni pripravljen za spremembo) in kontemplaciji (pripravljen za spremembo, vendar šele v roku pol leta), kar pomeni, da potrebujejo dodatne izzive za nadaljnje odločitve, ozaveščanje o pomenu prehrane za zdravje ter praktična znanja o veščinah za izboljšanje prehranjevalnih navad. Cilj motivacijskega intervjuja naj bo usmerjen v obisk poglobljene individualno-skupinske obravnave o zdravi prehrani v ZVC, saj se s poglobljenim individualnim pristopom lažje približamo pacientovim potrebam. Pri tem poudarite, da lahko z zdravim načinom prehranjevanja uredijo tudi krvni sladkor, maščobe v krvi, povišan krvni pritisk, telesno težo in drugo.

Če ugotovimo, da ima pacient prekomerno telesno težo ali debelost (a) ITM $\geq 27,5$ + ogroženost za srčno-žilnimi boleznimi $\geq 20\%$ oziroma (b) ITM ≥ 30 , ga usmerimo v poglobljeno obravnavo hujšanja v ZVC. Pri odločitvi za obisk poglobljene obravnave sogovornika dodatno motiviramo s prednostmi za zdravje, ki jih bo imelo postopno znižanje telesne teže. Osebo posvarite o pasteh, ki jih imajo izdelki za hujšanje, ki so prosto dostopni na tržišču. Večina izmed njih je namreč strokovno vprašljivih in dokazano ne nudijo dolgoročnega uspeha. Pomemben steber zdravega hujšanja je zdrava, pestra in uravnotežena prehrana ter dolgoročna sprememba prehranjevalnih in gibalnih navad.

ZAKLJUČEK

Področje prehrane je izrazito kompleksno področje, saj uravnotežen način prehranjevanja omogoča vključevanje vseh živil. Pomembna je predvsem zmernost ter znanje in veščine za izbor tako imenovanih »zdravih izbir« oziroma živil, ki vsebujejo manj sladkorja, manj nasičenih in transnasičenih maščobnih kislin, manj soli in umetnih dodatkov. V stroki mnogokrat vlada zmotno dejstvo o »nezdravih živilih« – saj se v praksi srečujemo predvsem z neustreznim izborom hrane in neustreznimi kombinacijami in količinami hrane v svojih obrokih. Omenjenemu botrujejo tudi nezdrave prehranjevalne in nakupovalne navade ter navade pri pripravi hrane (na primer prepekanje hrane, cvrenje živil v maščobi, pretirano pregrevanje maščob ter praženje živil na maščobi). Človeka je potrebno skozi izredno zahteven proces spreminjanja navad usmerjati, kar lahko izvaja le strokovnjak, ki ima sposobnost »prevajanja« teoretičnih priporočil v človekovo vsakdanjo prehrano in izbiro hrane. Pomembna nevarnost, ki se pojavlja dandanes, je tudi množica neustreznih in strokovno nepreverjenih informacij o prehrani in živilih v različnih medijih, ki predstavljajo še dodaten oteževalni dejavnik, ki zahteva od strokovnjaka dodaten napor in znanje pri obravnavah.

LITERATURA

WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of the joint WHO/FAO expert consultation. [Internet]. Geneve; 2003 [citirano 12. september 2015.] str. 150. Report No.: WHO Technical Report Series, No. 916 (TRS 916). Pridobljeno od: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/>.

Bendich A, Deckelbaum RJ. Preventive Nutrition. Springer Science & Business Media; 1997. 845.

Tomšič S, Kofol-Bric T, Korošec A, Maučec-Zakotnik J, uredniki. Izzivi v izboljšanju vedenjskega sloga in zdravja. Desetletje CINDI raziskav v Sloveniji. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2014. 177.

Poličnik R, Mesarič J, Vrbovšek S. Zdrava prehrana: teoretični priročnik. Pilotno testiranje obravnave o zdravi prehrani v okviru projekta Skupaj za zdravje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. 2015.

Webster-Gandy J, Madden A, Holdsworth M. Oxford Handbook of Nutrition and Dietetics. 2nd ed. Oxford: Oxford University; 2012. 818.

Kopelman P, Jebb SA, Butland B. Executive summary: Foresight „Tackling Obesities: Future Choices“ project. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes.* March 2007; 8 Suppl 1: vi–ix.

Waist Circumference and Waist-Hip Ratio. Report of a WHO Expert Consultation. Geneva: World Health Organization; December 2008: 39.

Roadways to Healthy Living. A Guide for Healthy Eating. Pro-Change Behaviour System, 2013. Inc.; 94.

Paul-Ebhohimhen V, Avenell A. A Systematic Review of the Effectiveness of Group versus Individual Treatments for Adult Obesity. *Obes Facts.* 2009; 2(1): 3–3.

4.5 SPREMINJANJE PIVSKIH NAVAD

Marko Kolšek

UVOD

Ko zdravnik ali medicinska sestra razmišlja, ali naj se ukvarja s problematiko pitja alkohola pri svojih bolnikih, se jima lahko poraja nekaj vprašanj oziroma dilem ali pomislekov.

»Kaj, če bodo moji bolniki užaljeni, če jih bom spraševal glede pitja alkohola?« – Raziskave kažejo, da si ljudje predstavljajo, da so vprašanja o pitju alkohola normalni del pogovora o življenjskem slogu in navadah, tako kot na primer vprašanja o kajenju, telesni aktivnosti, prehrani. Predsodke imamo zdravniki in medicinske sestre.

»Nimam časa za pogovor o pitju alkohola.« – Če odkrijemo tveganega pivca, ki po pogovoru z nami zmanjša pitje alkohola, nam bo to prihranilo veliko časa, saj kasneje ne bo imel težav zaradi alkohola.

»Tudi jaz pijem alkohol in ne želim biti hinavski/-a.« – Seveda zaenkrat ne moremo pričakovati, da bi o pitju alkohola z bolniki govorili le zdravniki in medicinske sestre, ki so abstinenti. Je pa smiselno, da vsakdo najprej razmisli o svojem odnosu do alkohola in svojih pivskih navadah ter po potrebi ukrepa oziroma poišče pomoč, če je potrebna. V vsakem primeru naj se seznanijo s strokovnimi dejstvi in njim primerno obravnava to problematiko pri svojih bolnikih. Pri tem mora biti pozoren, da se ne ukvarja samo s tistimi, ki pijejo več kot on.

»Ne vem dovolj o obravnavi pitja alkohola.« – Ta pomislek želimo preseči tudi s tem priročnikom, s spodbudo k nadaljnjemu pridobivanju znanja in veščin ter nabiranju novih izkušenj z vsakodnevnim izvajanjem odkrivanja tveganega in škodljivega pitja in ukrepanja ob tem. Zaželeno je, da vsak zdravnik in medicinska sestra prebira še kaj na temo problematike pitja alkohola.

»Problematicni pivci se ne bodo spremenili, ne glede na to, kaj jaz storim.« – Cela vrsta raziskav v različnih okoljih kaže, da je ustrezno ukrepanje pri tveganih in škodljivih pivcih uspešno – mnogi zmanjšajo pitje alkohola in s tem zmanjšajo tveganje za škodo, ki jim jo lahko povzroči pitje alkohola. Z ustreznim svetovanjem tveganim in škodljivim pivcem 10 do 20 % ljudi v kratkem času učinkovito zmanjša svoje pitje.

SVETOVANJE TVEGANIM IN ŠKODLJIVIM PIVCEM V RADM

Svetovanje za zmanjšanje ali opustitev pitja alkohola lahko izvaja zdravnik ali pa usposobljena medicinska sestra; to je ena izmed zelo pomembnih nalog DMS v RADM. Pogovor naj bo nevsiljiv, empatičen, naj bo v okviru obravnave osnovnega problema; poteka naj brez prepričevanja, brez »prisile« ali konfrontacij in brez »moralnih« sodb. Z vprašanji o pitju alkohola (ali z ustreznim vprašalnikom, na primer AUDIT) ocenimo, v katero skupino pivcev sodi naš pacient. (Več o zgodnjem odkrivanju tveganega pitja alkohola je v poglavju »Tvegano in škodljivo pitje alkohola«.)

Če je pravi **abstinent**, je dobro, da izvemo vzrok, zakaj ne pije alkohola. Lahko vprašamo: »Ali imate kakšen poseben razlog, da ne pijete alkohola?« Včasih se izkaže, da le ne gre za pravega abstinenta in potem z dodatnimi vprašanji opredelimo, za kakšno vrsto pitja gre. Iz izkušenj vemo, da neredki ljudje, ki pijejo na škodljiv način ali so zasvojeni z alkoholom, prikrivajo svoje pitje. Če gre za pravega abstinenta, ukrepi niso potrebni.

Prav tako pri **manj tveganem pitju** dodatni ukrepi niso potrebni, če gre res za manj tvegano pitje in bolnik ni prikazal svojega pitja na način, da se bo zdravniku ali medicinski sestri zdel sprejemljiv.

Pri **zasvojenosti** z alkoholom bolniku s pogovorom pomagamo, da se odloči za ustrezno zdravljenje in pomoč, saj se praviloma ti bolniki ne morejo rešiti alkoholizma sami ali samo z našo pomočjo.

Pri **tveganem in škodljivem pitju** je najbolje, če uporabimo motivacijski pogovor, dodatno pa lahko sogovorniku damo tudi zloženko s splošnimi informacijami o pitju alkohola ali/in malo brošuro za samopomoč za zmanjšanje pitja alkohola («Ali vem pri čem sem s svojim ...?») ter predlagamo obisk spletne strani www.nalijem.si. Svetovalni pogovor je lahko krajši ali malo daljši, od 15 do 20 minut, običajno je potrebno nekaj nevsiljivih pogovorov, da se človek odloči za spremembo pivskih navad. Usmerjeni smo k pacientu, z aktivnim poslušanjem mu pomagamo, da glasno razmišlja, išče dobre in slabe strani sedanjega pitja ter dobre in slabe strani morebitnega zmanjšanja ali opustitve pitja.

V pogovorih ugotovimo, v kateri stopnji po modelu motivacijskega kroga po Prochaska & DiClemente je naš sogovornik, da ga lažje razumemo in se vživimo v njegovo življenjsko situacijo in njegov način razmišljanja. Tako ugotovimo njegovo pripravljenost za spremembo – motivacijo. Za nadaljnji pogovor pa pripravljenost razdelimo na dva elementa, ki ju ocenimo skupaj s pacientom:

- **kako pomembno** se mu zdi morebitno zmanjšanje pitja in
- v kolikšni meri sam sebi zaupa – **se čuti zmožnega**, da bi zmanjšal pitje, če bi se sedaj odločil za to.

Določitev stopnje pomembnosti in zmožnosti za spremembo nam pove, na kaj se bomo usmerili v nadaljnjem pogovoru.

Če je pomembnost za spremembo nizka («ali je vredno truda, kaj s tem pridobi, zakaj bi manj pil»), se ne glede na stopnjo zmožnosti pogovorimo o pomembnosti in jo z različnimi strategijami pomagamo povišati; ob tem o zmožnosti ne govorimo («kako bi uspel zmanjšati pitje, na kakšen način, ali bi zmožel»).

Če je pomembnost visoka, zmožnost pa nizka, skušamo v nadaljnjem pogovoru povečati samozaupanje v uspeh, zmožnost za spreminjanje vedenja.

Dokler nista tako pomembnost kot zmožnost obe visoki, nima smisla poskušati z zmanjšanjem pitja, saj je malo možnosti za dolgoročnejši uspeh. Če pa sta obe visoki, je čas za akcijo – odločitev za zmanjšanje pitja sedaj, brez odlašanja in nadaljnjih pogovorov.

V takšnem motivacijskem pogovoru je izrednega pomena ustrezno vzdušje, da človek nima občutka, da ga nekdo sili v nekaj, za kar se sam še ni resno odločil. Eno od nenapisanih pravil motivacijskega pogovora je, da naj pacient govori več kot strokovnjak, pri čemer zdravnik ali medicinska sestra dajeta smer in strukturo pogovora, pacient pa vsebino. Zdravnik ali medicinska sestra morata spoštovati pacientova stališča, hkrati pa morajo biti strokovna stališča jasno razvidna in s pogajanjem skupaj iščeta pot, ki ustreza pacientu.

Ta dva elementa lahko zdravnik ali medicinska sestra ugotovita iz samega razgovora ali pa preprosto vprašata sogovornika, da mu pove svojo oceno od 1 do 10 (podobno kot ocena bolečine po VAS lestvici) za pomembnost in zmožnost za morebitno spremembo. Pomembno je, da je pogovor res empatičen, da se zdravnik oziroma medicinska sestra iskreno zanima za pacientova razmišljanja, stališča brez vnaprejšnjih sodb o njih, brez vrednotenja, brez nasvetov in predlogov za akcijo ali nagovarjanja k čim prejšnji spremembi, če sogovornik ni res pripravljen zanj, to pomeni, če tako pomembnost kot zmožnost nista zelo visoki.

STRATEGIJE ZA POVEČEVANJE POMEMBNOСТИ

Kadar je pomembnost zelo nizka, je dovolj »majhen korak« - izmenjava informacij, kaj pacient že ve o vplivu alkohola, o nevarnostih pitja in podobnem, ponudimo mu zloženko o alkoholu. Če je pacientova ocena pomembnosti za zmanjšanje pitja približno »4« do »6«, je smiselno ugotoviti, zakaj ni »0« ali »1«. Takšno vprašanje ga spodbudi, da sam pove, zakaj bi bilo zmanjšanje pitja kljub vsemu pomembno. Lahko ga tudi vprašamo, kaj bi mu pomagalo, da bi bila pomembnost višja. Smiselno je analizirati dobre in slabe strani morebitne spremembe, hkrati pa tudi dobre in slabe strani vztrajanja pri enakem pitju – »razmerje odločanja«. Pacienta lahko spodbudimo, da razmisli, kako bo čez 5 ali 10 let, če bo nadaljeval z enakim pitjem. Nekateri pacienti sprejmejo pobudo, da bi nekaj tednov redno zapisovali vsako popito alkoholno pijačo – tako imenovani »pivski dnevnik«.

Razmerje odločanja

RAZLOGI ZA VZTRAJANJE V SEDANJEM VEDENJU	RAZLOGI ZA SPREMEMBO VEDENJA
Kaj vam je všeč pri ..., kakšne so koristi sedanjega vedenja (na primer načina ali količine pitja alkohola)? Dobre strani vedenja	Kakšni so (Ali imate kakšne pomisleke glede vašega pitja alkohola?) pomisleki ali skrbi, če boste vztrajali v sedanjem vedenju? Slabe strani vedenja
Kakšni so pomisleki ali skrbi, če bi spremenili svoje vedenje? Slabe strani spremembe	Kakšne so koristi, če bi spremenili sedanje vedenje? Dobre strani spremembe
↑ ODPOR za spremembo	↑ PRIPRAVLJENOST - MOTIVACIJA

Strategije za povečevanje zmožnosti

Preden pomembnost za spremembo vedenja (v našem primeru za zmanjšanje pitja alkohola) ni zelo visoka, nima smisla govoriti o zmožnosti – o tem, kako oziroma na kakšen način bi zmanjšali pitje. Še manj je primerno prigovarjati, da naj se posameznik odloči za zmanjšanje pitja, kadar tako pomembnost kot zmožnost nista zelo visoki in je posameznik resnično pripravljen za spremembo.

Tudi za povečanje samozaupanja - zmožnosti za spremembo poznamo nekaj strategij. Pri nizki zmožnosti je kot korak v prvem pogovoru dovolj le kratek začetni pogovor o tem. Če je pacientova ocena za njegovo samozaupanje v uspeh približno »4« do »6«, je - tako kot pri pomembnosti - smiselno radovedno vprašati, zakaj ni »0« ali »1«; prav tako lahko vprašamo, kaj bi mu pomagalo, da bi s »5« prišel na »9«. To nam pove, kje bi lahko ob zmanjšanju pitja dobil oporo, ko bo pripravljen za zmanjšanje pitja. Pacienta lahko spodbudimo, da na glas razmišlja, na kakšen način bi lahko zmanjšal svoje pitje – kje, kdaj, ob katerih priložnostih in na kakšen način bo pil manj. Če sam sogovornik nima nobene ideje, kako bi to izvedel, se moramo izogniti dajanju nasvetov v smislu: »Za vas bi bilo najbolje, da bi ...«. Dosti bolje je, da človek sam najde način, ki se njemu samemu zdi primeren in izvedljiv za njega. Če pa res nima nobene ideje, mu lahko povemo, na kakšen način so nekateri drugi uspeli. Lahko se pogovorimo tudi o morebitnih prejšnjih uspešnih ali pa neuspešnih poskusih zmanjšanja pitja ali kakšnega drugega vedenja. Pri tem pohvalimo tudi majhne uspehe, neuspehe pa analiziramo – priznamo oteževalne okoliščine, analiziramo ovire.

ZAKLJUČEK

Pomembno je, da zdravnik oziroma medicinska sestra ne precenjujeta sogovornikove pomembnosti in zmožnosti za spremembo, zato je smiselno, da svojo oceno preverita pri njem, da ga slučajno ne bi silila v spremembo. Tako pomagata pacientu, da se odloči za akcijo takrat, ko je nanjo res pripravljen, saj to zagotavlja bistveno več možnosti za dolgoročen uspeh, kot pa kratkotrajni neuspeli poskusi, ki dolgoročno samo zmanjšujejo samozaupanje posameznika in neugodno vplivajo na njegovo samopodobo.

Spreminjanje vedenja, navad in razvad, ki so povezane z zdravjem je zapleten proces, ki sega globoko v človekovo duševnost. Pacient naj v pogovoru z zdravnikom ali medicinsko sestro dobi občutek, da ga razumeta v njegovi negotovosti, sta mu v oporo pri premagovanju notranjih in zunanjih odporov ter mu pomagata pri prevzemanju odgovornosti za svoje zdravje. Zdravniku in medicinski sestri pa tak odnos omogoča, da nimata slabega občutka, če se pacient ne odloči za spremembo kljub njenemu trudu in skrbi za njegovo zdravje, omogoča jima, da prevzemata le svoj del odgovornosti – to je, da kot strokovnjaka iščeta najboljše poti, kako pomagati drugemu, da si pomaga sam.

LITERATURA

Anderson P, Gual A, Kolšek M. (Ur.). Klinične smernice za zgodnje odkrivanje tveganega in škodljivega pitja in kratki ukrepi: alkohol in osnovno zdravstvo: evropski projekt za obravnavo alkoholne problematike v osnovnem zdravstvu (PHEPA). Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, 2006.

Kolšek M. Pitje alkohola. V: Švab I, Rotar Pavlič D (Ur.). Družinska medicina: učbenik. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2012: 101–11.

Kolšek M. O pitju alkohola: priročnik za zdravnike družinske medicine. 2. dopolnjena izdaja. Ljubljana: Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani; 2011.

Hočevar T, Roškar M, Kolšek M, Maučec Zakotnik J (Ur.). Interdisciplinarna obravnava tveganega in škodljivega pitja alkohola pri odraslih. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, (v pripravi).

Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behaviour change. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1999.

Rugelj J. Dolga pot. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, 1981.

Rugelj J. Pot samouresničevanja: zdravljenje in urejanje zasvojenecv in drugih ljudi v stiski: priročnik za zdravo in ustvarjalno življenje, (Zbirka Preobrazba). Ljubljana: Umco, 2008.

Kolšek M. Ali vem pri čem sem s svojim ...? Ljubljana: CINDI Slovenija, 2011.

Botelho R. Motivate healthy habits/motivational practice. Dosegljivo 13. 1. 2015 na <http://www.MotivateHealthyHabits.com>.

5. POGlavJE: DIAGNOSTIKA, ZDRAVLJENJE IN SPREMLJANJE KRONIČNEGA BOLNIKA

5.1 ARTERIJSKA HIPERTENZIJA

Marija Petek Šter

UVOD

Krvni tlak je dejavnik tveganja za bolezni srca in žilja. O arterijski hipertenziji govorimo, če je krvni tlak kronično zvišan oziroma če je ob več zaporednih meritvah 140/90 mm Hg ali več.

Pri več kot 90 % bolnikov z arterijsko hipertenzijo vzroka bolezni ne poznamo, zato govorimo o esencialni arterijski hipertenziji. Pri njenem nastanku ima poleg dejavnikov življenjskega sloga (dosoljevanje hrane, telesna nedejavnost, tvegano pitje alkoholnih pijač in debelost) pomembno vlogo tudi dednost, čeprav načina dedovanja ne poznamo natančno.

Pri manj kot 10 % bolnikov zvišan krvni tlak lahko opredelimo kot posledico bolezni ledvic, endokrinih bolezni (na primer bolezni ščitnice, nadledvičnice), bolezni, ki vodijo v povečano viskoznost krvi, bolezni srca ali kot posledico jemanja nekaterih zdravil (na primer kortikosteroidov, nesteroidna protivnetna zdravila - NSAR). V teh primerih govorimo o sekundarni arterijski hipertenziji, ki jo zdravimo vzročno - zdravimo osnovno bolezen.

Prevalenca hipertenzije v populaciji je med 30 in 45 %, podatki epidemiološke raziskave, izvedene v Sloveniji, pa govorijo o celo nekoliko višji prevalenci.

Glede na to, da je arterijska hipertenzija le eden od dejavnikov tveganja za bolezni srca in ožilja in da ima bolnik z arterijsko hipertenzijo praviloma še spremljajoče dejavnike tveganja za bolezni srca in ožilja ter spremljajoče bolezni, bolnik potrebuje celosten pristop in obravnavo ter nadzor vseh dodatnih dejavnikov tveganja in bolezni.

POSTAVITEV DIAGNOZE

Presejalni test za odkrivanje oseb z zvišanim krvnim tlakom je merjenje krvnega tlaka. Vedno merimo krvni tlak po standardnem protokolu Svetovne zdravstvene organizacije: sedečemu, sproščenemu pacientu podpremo roko v višini srca in tlak izmerimo dvakrat zapored (upoštevamo povprečje obeh meritev). Ob prvem obisku merimo krvni tlak vedno na obeh rokah. Če je razlika med tlakoma na levi in desni roki večja od 10 mmHg, poslej merimo tlak vedno na roki, kjer je bil tlak višji. Ob merjenju krvnega tlaka vedno merimo tudi srčni utrip.

Diagnozo arterijske hipertenzije lahko postavimo na osnovi v ambulantni izmerjenih vrednosti krvnega tlaka, domačih meritev krvnega tlaka ali 24-urnega neinvazivnega merjenja krvnega tlaka. Za postavitev diagnoze arterijske hipertenzije so potrebne povišane vrednosti krvnega tlaka ob vsaj dveh obiskih v ambulantni oziroma povišane vrednosti ob domačih meritvah narejenih zjutraj in zvečer sedem dni zapored (upoštevamo povprečje meritev šestih dni, meritve prvega dne iz izračuna povprečja izpustimo).

24-urno neinvazivno merjenje krvnega tlaka je utemeljeno v vseh primerih, ko je določitev prave vrednosti krvnega tlaka pomembna in je ne moremo zanesljivo ugotoviti z drugimi oblikami merjenja krvnega tlaka (v ordinaciji, doma). V do 30 % primerov gre pri bolnikih, ki imajo visok krvni tlak v ordinaciji za hipertenzijo bele halje, ki jo s 24-urnim merjenjem krvnega tlaka prepoznamo. Tabela 1 prikazuje vrednosti krvnega tlaka, ki opredeljujejo hipertenzijo ob različnih načinih merjenja krvnega tlaka.

Tabela 1. Vrednosti krvnega tlaka, ki opredeljujejo hipertenzijo ob različnih načinih merjenja krvnega tlaka

KATEGORIJA	SISTOLIČNI KRVNI TLAK (MM HG)		DIASTOLIČNI KRVNI TLAK (MM HG)
Meritve v ambulanti	≥ 140	in/ali	≥ 90
24-urno merjenje			
Podnevi	≥ 135	in/ali	≥ 85
Ponoči	≥ 120	in/ali	≥ 70
24-urno povprečje	≥ 130	in/ali	≥ 80
Meritve doma	≥ 135	in/ali	≥ 85

TELESNI PREGLED IN PREISKAVE PRI BOLNIKU S HIPERTENZIJO

Pri vsakem novoodkritem bolniku s hipertenzijo je potrebno narediti usmerjeno anamnezo, telesni pregled in minimalni nabor preiskav, kar je opredeljeno kot preiskave minimalnega diagnostičnega programa.

- **Družinska in osebna anamneza:**
prisotnost hipertenzije, sladkorne bolezni, dislipidemije ter zgodnje srčno-žilne bolezni pri ožjih družinskih članih.
- **Osebna anamneza:**
trajanje in višina krvnega tlaka, simptomi sekundarne arterijske hipertenzije, zdravila, ki zvišujejo krvni tlak, dejavniki tveganja za zvišan krvni tlak, simptomi koronarne bolezni, možgansko-žilne ali periferne žilne bolezni, bolezni ledvic, srčno popuščanje, kognitivni upad ter ostale bolezni, ki lahko vplivajo na zdravljenje hipertenzije (na primer astma, sindrom odvisnosti od alkohola - SOA, socialno okolje, družinske razmere, morebitno dosedanje zdravljenje arterijske hipertenzije, stranski učinki zdravil).
- **Klinični pregled:**
merjenje krvnega tlaka, srčni utrip, dejavniki tveganja (izračun indeksa telesne mase, merjenje obsega pasu), znaki morebitne sekundarne hipertenzije (na primer značilen cushingoidni videz, žilni šumi nad arterijami), zapleti arterijske hipertenzije (motnje srčnega ritma, srčno popuščanje, spremembe na mrežnici, odsotnost perifernih pulzov in ishemične spremembe na spodnjih okončinah, hemisimptomatike po možganski kapi ...).

– **Laboratorijske preiskave (vsaj 12 ur po zadnjem obroku):**

KRI:

- hemogram in hematokrit,
- krvni sladkor,
- skupni holesterol, LDL, HDL, trigliceridi,
- sečna kislina,
- kreatinin in izračuna klirensa kreatinina po formuli MDRD,
- kalij, natrij.

URIN: testni lističi in sediment, mikroalbuminurija.

– **2-kanalni EKG**

– **Dodatne preiskave:**

Pri bolnikih s hudo arterijsko hipertenzijo (krvni tlak 180/110 mm Hg ali več) očesno ozadje.

Dodatne preiskave glede na anamnezo, izsledke kliničnega pregleda in osnovnih preiskav – na primer UZ srca, UZ vratnih arterij, meritev gleženjskega indeksa, 24-urni EKG monitoring ...

OCENJEVANJE SRČNO-ŽILNEGA TVEGANJA PRI BOLNIKU S HIPERTENZIJO

Pri ocenjevanju srčno-žilnega tveganja pri bolniku s hipertenzijo je potrebno poleg višine krvnega tlaka upoštevati dodatne dejavnike tveganja, prizadetost organov v sklopu hipertenzije ter že prisotno srčno-žilno bolezen. Dodatni dejavniki tveganja so:

- moški spol,
- starost: moški > 55 let, ženska > 65 let,
- kajenje,
- KS 5,6 do 6,9 mmol/l (ali abnormni OGTT),
- dislipidemija: Hol > 4,9 mmol/l ali LDL > 3 mmol/l ali HDL: ženske < 1,2mmol/l, moški < 1 mmol/l,
- obseg pasu: moški > 102 cm, ženske > 88 cm,
- debelost: ITM \geq 30 kg/m²,
- prezgodnje srčno-žilne bolezni v družini: ženske < 65 let, moški < 55 let.

Ocenjevanje srčno-žilnega tveganja pri bolnikih s hipertenzijo prikazuje Tabela 2. Prisotnost treh ali več dodatnih dejavnikov tveganja ob zmerni hipertenziji (stopnja 2) in vsaka prizadetost organa v sklopu hipertenzije ali huda arterijska hipertenzija pomeni veliko srčno-žilno tveganje. Prisotnost srčno-žilne bolezni pomeni veliko tveganje za ponoven srčno-žilni dogodek.

Tabela 2. Ocenjevanje srčno-žilnega tveganja pri bolniku s hipertenzijo

DEJAVNIKI TVEGANJA (DT), ASIMPTOMATSKA OKVARA ORGANOV (OO), SIMPTOMATSKE BOLEZNI	KRVNI TLAK (MMHG)			
	visoko normalen 130–139/85–89	stopnja 1 140–159/90–99	stopnja 2 160–179/100–109	stopnja 3 ≥ 180/≥ 110
0 DT		majhno tveganje	zmerno tveganje	veliko tveganje
1–2 DT	majhno tveganje	zmerno tveganje	zmerno do veliko tveganje	veliko tveganje
≥ 3 DT	majhno do zmerno tveganje	zmerno do veliko tveganje	veliko tveganje	veliko tveganje
OO, ledvična bolezen 3. st. ali SB	zmerno do veliko tveganje	veliko tveganje	veliko tveganje	veliko do zelo veliko tveganje
simptomatska SŽ bolezen, ledvična bolezen 4. st., SB z OO/DT	zelo veliko tveganje	zelo veliko tveganje	zelo veliko tveganje	zelo veliko tveganje

Ciljni krvni tlak

Ciljni krvni tlak je opredeljen kot krvni tlak, ki ga želimo z zdravljenjem doseči. Ciljni krvni tlak je potrebno individualno določiti za vsakega posameznega bolnika, načeloma pa veljajo naslednje vrednosti ciljnega krvnega tlaka za posamezne skupine bolnikov, kar prikazuje Tabela 3.

Tabela 3. Ciljni krvni tlak za različne skupine bolnikov

	VEČINA BOLNIKOV	SLADKORNI BOLNIKI	STAREJŠI BOLNIKI (> 80 LET)
Ciljni krvni tlak	< 140/90 mm Hg	< 140/85 mm Hg	< 150/90 mm Hg

Zdravljenje

Cilj zdravljenja bolnika z arterijsko hipertenzijo je največje možno zmanjšanje srčno-žilne in ledvično-žilne obolevnosti in umrljivosti.

Zdravljenje je sestavljeno iz spremembe življenjskega sloga in zdravljenja z zdravili. Med ukrepi nefarmakološkega zdravljenja veljajo vsi ukrepi zdravega življenjskega sloga, poseben poudarek pa je na omejitvi soli v prehrani do 5 g/dan. 80 % soli je skrito v hrani, zato odsvetujemo uživanje hrane in pijače z veliko soli (suhomesni izdelki in konzervirana hrana, visoko mineralizirane mineralne vode) ter zmernost pri uživanju alkohola.

Zdravljenje z zdravili je potrebno pri večini bolnikov z arterijsko hipertenzijo. Zdravljenje začnemo pri krvnem tlaku 140/90 mm Hg ali več, razen pri starejših od 80 let, ko je meja za začetek zdravljenja z zdravili krvni tlak 160/90 ali več. Pri blagi hipertenziji se odločamo za začetek z antihipertenzivnim zdravilom v monoterapiji, pri zmerni in hudi hipertenziji pa je primerno začeti z zmernim odmerkom kombinacije zdravil, najbolje v fiksni kombinaciji.

Izbor zdravila je sekundarnega pomena, večina bolnikov pa potrebuje kombinacijsko zdravljenje, kar je mogoče danes zagotoviti z uporabo fiksnih kombinacij antihipertenzivnih zdravil. Med zdravila prvega izbora sodijo zaviralci renin-angiotenzinskega sistema (ACE inhibitorji in blokatorji receptorjev angiotenzna

II), diuretiki (tiazidi, klortalidon ali indapamid), blokatorji beta, kalcijevi antagonisti.

V specifičnih okoliščinah imajo določena zdravila prednost v izbiri pred zdravili iz druge skupine (na primer po miokardnem infarktu zaviralci renin-angiotenzinskega sistema in blokatorji beta, pri diabetikih zaviralci renin-angiotenzinskega sistema ...)

Spremljanje bolnika z arterijsko hipertenzijo

Zdravnik

Bolnik z arterijsko hipertenzijo naj zdravnika družinske medicine obišče vsaj enkrat letno. Tedaj naredimo natančnejši klinični pregled, laboratorijske in druge preiskave, da bi prepoznali morebitne dodatne dejavnike tveganja, okvare tarčnih organov in ponovno ocenili srčno-žilno ogroženost (glej poglavje o diagnostiki arterijske hipertenzije ter oceni celokupnega srčno-žilnega tveganja), po potrebi prilagodimo antihipertenzivno zdravljenje ter obravnavamo ostale dejavnike tveganja za bolezni srca in ožilja ter spremljajoča bolezenska stanja.

Diplomirana medicinska sestra (DMS)

Bolniki z urejenim krvnim tlakom so v vmesnem obdobju vabljeni na redne kontrole k DMS. Pogostnost kontrol je odvisna od potrebe bolnika po dodatni edukaciji in spremljanju. Bolnik ob postavitvi diagnoze ter bolnik, ki nima nadzorovanega krvnega tlaka in ostalih dejavnikov tveganja potrebuje več kontrol.

Število in razporeditev kontrolnih pregledov med zdravnikom in DMS naj bo opredeljeno v letnem načrtu vodenja bolnika.

Kontrola pri DMS vsebuje:

- posvet o morebitnih zapletih hipertenzije in motivacija za zdrav način življenja, po potrebi dodatno zdravstvenovzgojno svetovanje,
- meritve (telesna teža in višina, obseg pasu, krvni tlak),
- pregled dnevnika domačih meritev krvnega tlaka,
- ocena urejenosti krvnega tlaka,
- preverjanje morebitnih stranskih učinkov zdravil,
- razlaga pomena rednega jemanja zdravil.

Napotitve bolnika z arterijsko hipertenzijo

Zahtevajo:

- vsa stanja, ki jih družinski zdravnik oceni za nujna (hipertenzivna encefalopatija ...),
- ob predvidenem nevarnem poteku (na primer naglem slabšanju kronične ledvične bolezni),
- ob potrebi po dodatnih preiskavah ali posegih (na primer obremenitvenem testiranju ob sumu na ishemično bolezen srca),
- v nejasnih stanjih (sum na sekundarno arterijsko hipertenzijo).

Napotitve k specialistu so nenujne (hitro, znotraj treh mesecev) in nujne (v roku 24 ur).

Nenujne napotitve

Bolnika z arterijsko hipertenzijo napotimo na ne-nujni pregled k specialistu ustrezne specialnosti v naslednjih primerih:

- ocena stanja prizadetosti organov (na primer ugotavljanje hipertrofije levega prekata z ehokardiografijo, ocena stopnje ateroskleroze karotidnih arterij),
- sum na sekundarno hipertenzijo,
- odporna hipertenzija - hipertenzija, pri kateri kljub tritirnemu antihipertenzivnemu zdravljenju s pravilno kombinacijo zdravil v optimalnih odmerkih in ob bolnikovem sodelovanju pri zdravljenju krvnega tlaka ne uspemo zadovoljivo nadzirati,
- zaplet(i) hipertenzije (kronična stabilna angina pectoris, periferna arterijska okluzivna bolezen, kronična atrijska fibrilacija, kronično srčno popuščanje, napredovala kronična ledvična bolezen ...).

Nujne napotitve

- Maligna hipertenzija (maligne spremembe na očesnem ozadju),
- možgansko-žilne bolezni (hipertenzivna encefalopatija, možganska kap, subarahnoidalna krvavitev, znotrajmožganska krvavitev),
- bolezni srca in aorte (disekcija aorte, pljučni edem, akutni koronarni sindrom, novo nastala atrijska fibrilacija znotraj 48 ur za elektrokonverzijo),
- ledvične bolezni (akutni glomerulonefritis),
- prebitek kateholaminov (feokromocitom, interakcije zdravil z zaviralci MAO, odtegnitvena hipertenzija).

Ob nujnih in zelo nujnih stanjih mora zdravnik družinske medicine ukrepati v skladu s strokovno doktrino in ustrezno oskrbljenega bolnika predati specialistu na urgentnem oddelku bolnišnice.

Napotnica mora vsebovati vse pomembne podatke o hipertenziji in pridruženih boleznih, dotedanjem zdravljenju ter opravljenih preiskavah. Natančno je treba navesti razlog napotitve ter opredeliti problem, za katerega želimo ukrepanje ali odgovor.

ZAKLJUČEK

- Domače meritve krvnega tlaka pogosto bolje odražajo dejansko stanje krvnega tlaka, pod pogojem, da so izmerjene z ustreznim merilcem in na pravi način, zato jih priporočamo večini bolnikov s hipertenzijo.
- Bolnik z arterijsko hipertenzijo zahteva celostno obravnavo in ne le zdravljenje zvišanega krvnega tlaka.
- Diplomirana medicinska sestra naj bo vključena v vodenje bolnikov s hipertenzijo, saj je opolnomočenje bolnika ključno za doseg sodelovanja pri zdravljenju, ki je pogosto ključni razlog za slabo nadzoran krvni tlak.

LITERATURA

Accetto R, Salobir B, Brguljan Hitij J, Dolenc P. Slovenske smernice za obravnavo hipertenzije 2013. Zdrav Vestn 2014; 83: 727–58.

Petek Šter M, Bulc M, Accetto R, Petek D, Salobir B, Žontar T, Škorič S, Jovanovič E. Protokol vodenja arterijske hipertenzije v ambulanti družinske medicine. V: Dolenc P. (ur.): Zbornik XIX. Strokovnega sestanka Sekcije za arterijsko hipertenzijo, Portorož 2. in 3. december 2011. Ljubljana, SZD- Sekcija za arterijsko hipertenzijo, 2011: 63–80.

2013 ESH/ECS Guidelines for the management of arterial hypertension. The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ECS). Eur Heart J 2013. Doi: 10.1093/eurheartj/eh151.

5.2 DISLIPIDEMIJE

Marija Petek Šter

UVOD

Dislipidemije obsegajo široko paleto motenj v presnovi krvnih maščob in so lahko posledica prepletanja okoljskih in genetskih motenj, kot sekundarne dislipidemije pa se pojavijo v sklopu nekaterih bolezni (na primer pri motnjah v delovanju ščitnice).

Največ pozornosti posvečamo določanju celokupnega holesterola in holesterola nizke gostote (LDL - Low density lipoproteins). Povišane vrednosti holesterola predstavljajo dobro znan dejavnik tveganja za pojav manifestnih oblik ateroskleroze, kot so srčni infarkt, angina pektoris, možganska kap, bolezen ožilja na udih. Posebno močna je povezava med vrednostjo holesterola (še posebej holesterola LDL) in pojavom koronarne bolezni. Dejstvo, da je mogoče z zmanjšanjem vrednosti LDL holesterola upočasniti ali pa celo doseči regresijo aterosklerotičnih plakov in s tem zmanjšati celokupno umrljivost v populaciji, predstavlja poglavitni razlog za zdravljenje povišanih lipidov.

Po podatkih epidemioloških raziskav ima kar dve tretjini Slovencev vrednosti holesterola nad zgornjo mejo priporočenih vrednosti. Cilja zdravljenja zvišanih vrednosti holesterola sta:

- primarno preprečevanje napredovanja in pojavljanja zapletov ateroskleroze,
- sekundarno preprečevanje ponovnega pojavljanja zapletov bolezni.

Temelj vsake obravnave zvišanih lipidov je nefarmakološko zdravljenje, ki ob ustrezni prehrani vključuje še zadostno telesno aktivnost, nekajenje in opustitev drugih nezdravih navad. Z dietnimi ukrepi lahko znižamo vrednost LDL holesterola za največ 10–20 %, kar pomeni, da moramo 1/3 bolnikov v primarni in kar 4/5 bolnikov v sekundarni preventivi zdraviti tudi z zdravili, praviloma statini.

KOMU IN KAKO DOLOČAMO VREDNOSTI LIPIDOV V KRVI?

V referenčnih ambulantah družinske medicine vrednost celokupnega holesterola, LDL holesterola in HDL holesterola (High density lipoproteins – holesterol visoke gostote) in vrednost trigliceridov (TG) določamo vsem opredeljenim bolnikom, starejšim od 30 let. Če so zdravi, določamo lipidni profil vsakih pet let, če pa imajo dodatne dejavnike tveganja oziroma potrebujejo terapevtsko ukrepanje v zvezi s povišanim holesterolom, pa časovni razmik med kontrolami ustrezno prilagodimo glede na osnovno bolezen, ki jo bolnik ima.

Določanje lipidnega profila je sestavni del diagnostičnega postopka pri vseh bolnikih z dejavniki tveganja za bolezni srca in ožilja, kot so arterijska hipertenzija, sladkorna bolezen, zapleti srčno-žilnih bolezni in bolnikov, ki se zdravijo z novejšimi nevroleptiki.

Kri za določanje plazemskih lipidov je potrebno odvzeti na tešče, po 12 urnem stradanju. Hrana sicer nima velikega vpliva na samo vrednost plazemskega holesterola, vpliva predvsem na vrednost TG, ki pa lahko vplivajo na določanje LDL holesterola, ki je ključni cilj zdravljenja.

CILJNE VREDNOSTI KRVNIH LIPIDOV GLEDE NA STOPNJO SRČNO-ŽILNEGA TVEGANJA

Pristop k zdravljenju dislipidemij temelji na oceni celokupnega srčno žilnega tveganja (glej poglavje o oceni srčno-žilnega tveganja). Večje kot je bolnikovo tveganje, bolj agresivno pristopamo k zdravljenju in nižje ciljne vrednosti krvnih lipidov želimo doseči. Pri malo ogroženih bolnikih spodbujamo nefarmakološke ukrepe, medtem ko je pri veliki stopnji ogroženosti v primarni preventivi potrebno tudi zdravljenje z zdravili. V sekundarni preventivi (po srčno-žilnem dogodku) praviloma vsi bolniki potrebujejo tudi zdravila za zniževanje holesterola, večinoma statine.

V Tabeli 1 so prikazane ciljne vrednosti LDL holesterola glede na stopnjo srčno-žilnega tveganja.

Tabela 1. Ciljne vrednosti LDL holesterola glede na stopnjo srčno-žilne ogroženosti

STOPNJA OGROŽENOSTI	CILJNI LDL HOLESTEROL
Zelo velika	< 1,8 mmol/l in/ali ≥ 50 % znižanje LDL
Velika	< 2,6 mmol/l in/ali ≥ 50 % znižanje LDL
Zmerna	< 3 mmol/l

ZDRAVLJENJE POVIŠANIH LIPIDOV

Pri vseh bolnikih z zvišanimi lipidi je potrebno svetovati nefarmakološke ukrepe zdravega življenjskega sloga in dieto z nizko vsebnostjo holesterola.

Uporabe prehranskih dodatkov, funkcionalnih živil, rastlinskih sterolov in omega 3 maščobnih kislin v obliki različnih pripravkov ne svetujemo, ker ni dovolj dokazov, ki bi podpirali učinkovitost njihove uporabe.

Najpogosteje uporabljena in v kliničnih študijah najbolj raziskovana zdravila so statini, ki imajo dokaze, da zmanjšajo srčno-žilno umrljivost tako v primarni kot sekundarni preventivi. Statini so učinkovita zdravila, saj lahko z maksimalnimi odmerki statinov vrednosti LDL holesterola znižamo za preko 50 %, ob tem pa so se izkazali za relativno varna zdravila. Najbolj nevaren zaplet zdravljenja s statini, ki je sicer redek (< 1/1000), je rabdmioliza, ki se klinično kaže z bolečinami v mišicah ter povišanimi vrednostmi kreatinin kinaze (več kot 5x povečanje vrednosti kreatinin kinaze je klinično pomembno). Ob bolečinah v mišicah ob statinu je potrebno določiti vrednost kreatinin kinaze in ob normalnih vrednostih lahko zdravljenje s statinom nadaljujemo oziroma statin zaradi boljšega sodelovanja pri zdravljenju zamenjamo z drugim statinom.

Za oceno morebitne okvare jetrnega delovanja določamo vrednosti alanin-amino-transferaze (ALT) in aspartatne aminotransferaze (AST). Zvišane vrednosti jetrnih encimov nad 3x vrednost normale (merjeno dvakrat v razmiku nekaj tednov), kar je klinično pomembno, se pojavijo pri do 2 % s statini zdravljenih bolnikov. Pri 3x ali večjem zvišanju transaminaz je potrebno zdravljenje prekiniti in po normalizaciji jetrnih encimov poizkusiti zdravljenje z drugim statinom. V primeru zdravljenja z atorvastatinom ali simvastatinom, ki se ne presnavljata preko citrokroma P450 - CYP3A4, je priporočljiva zamenjava z rosuvastatinom ali pravastatinom. Zaradi morebitnega učinka statinov na vrednost jetrnih transaminaz (ALT, AST) in kreatinin kinaze (CK) je potrebno bolniku pred začetkom zdravljenja s statini določiti ALT, AST in CK.

Med ostalimi zdravili za zdravljenje povišanih lipidov se uporabljajo še fibrati, ki učinkovito znižujejo predvsem vrednost TG, medtem ko le zmerno znižujejo vrednost LDL holesterola in le nekoliko zvišujejo HDL.

Možno jih je kombinirati s statini pri bolnikih s kombinirano dislipidemijo z visokimi TG. Kombinacijsko zdravljenje nekoliko poveča verjetnost miopatije, zato je priporočljivo, da fibrat bolniki jemljejo zjutraj, statin pa zvečer.

SPREMLJANJE VREDNOSTI KRVNIH LIPIDOV IN JETRNIH ENCIMOV

Odziv na zdravljenje s statini spremljamo po 8 (\pm 4 tedni) tednih od uvedbe zdravila ali pri spremembi odmerka zdravila, ko preverimo lipidni profil (celokupni holesterol, LDL, HDL, TG) ter varnost zdravljenja z določitvijo AST in ALT vrednosti. Ob utečenem zdravljenju vrednost lipidov in jetrnih encimov spremljamo praviloma enkrat letno, izjemoma pri bolj ogroženih bolnikih za zaplete na šest mesecev. Spremljanje CK v odsotnosti mišičnih bolečin ni potrebno.

V primeru porasta jetrnih encimov ALT oziroma AST nad trikratno vrednost je potrebno statin ukiniti ali zmanjšati odmerek in jetrne encime ponovno preveriti po 4–6 tednih.

Pri porastu jetrnih encimov AST oziroma ALT do trikratne vrednosti lahko nadaljujemo zdravljenje, ob tem pa je potrebno meritev transaminaz ponoviti čez 4–6 tednov.

V primeru mišičnih bolečin je potrebno določiti CK. Če gre za 5 ali večkratno povečanje, je potrebno zdravljenje s statini prekiniti in vsaka dva tedna preveriti vrednost CK in ledvično funkcijo ter razmišljati o morebitnem drugem vzroku za povišanje CK.

NAPOTITVE BOLNIKOV Z DISLIPIDEMIJO

Na sekundarni oziroma terciarni nivo je potrebno napotiti le redke bolnike z dislipidemijo. Med indikacijami za napotitev so:

- Družinska hiperholesterolemija, za katero so značilne zelo visoke vrednosti LDL holesterola (tudi preko 8 mmol/l), zgodnja srčno-žilna bolezen v družini, zgodnja koronarna bolezen ali druge pojavne oblike ateroskleroze, tetivni ksantomi, arcus cornealis pred 45. letom (Tabela 2). Bolniki s potrjeno družinsko dislipidemijo (hetero ali homozigotno stanje) predstavljajo skupino z velikim srčno-žilnim tveganjem, ki zahteva aktivno zdravljenje z zdravili, praviloma statini.
- Sum na sekundarne dislipidemije, kjer lahko z odpravo osnovnega vzroka močno znižamo vrednost lipidov (na primer bolezen ščitnice, Cushingov sindrom, nefrotski sindrom).

V Tabeli 2 so prikazani kriteriji, na osnovi katerih posumimo na možnost družinske dislipidemije. Seštevek 8 ali več točk prestavlja zelo verjetno, med 6–8 točkami pa verjetno družinsko dislipidemijo.

Tabela 2. Kriteriji, ki nas napeljejo na sum družinske dislipidemije

DRUŽINSKA ANAMNEZA	ŠTEVILO TOČK
Zgodnja koronarna bolezen v družini (moški < 55 let, ženske < 60 let)	1
Sorodniki v prvem kolenu z LDL holesterolom > 95 percentilom za spol, starost in državo	1
Sorodniki v prvem kolenu s tkivnimi ksantomi in/ali arcus cornealis	2
Otroci < 18 let z LDL nad 95 percentilom za spol, starost in državo	2

ANAMNEZA	
Zgodnja koronarna bolezen pri posamezniku (moški < 55 let, ženske < 60 let)	2
Zgodnje druge oblike žilne bolezni (cerebrovaskularna, periferno žilje) pri posamezniku (moški < 55 let, ženske < 60 let)	1
KLINIČNI PREGLED	
Tkivni ksantomi	6
Arcus cornealis pred 45 letom	4
BIOKEMIČNI KAZALCI (LDL)	
LDL > 8,5 mmol/l	8
LDL 6,5–8,4 mmol/l	5
LDL 5,0–6,4 mmol/l	3
LDL 4,0–4,9 mmol/l	1

Za dokončno potrditev diagnoze družinske dislipidemije je na sekundarnem (terciarnem) nivoju potrebno svetovati genetsko testiranje in v primeru pozitivnega testa predlagati testiranje tudi ostalim družinskim članom ter zdravljenje vsem nosilcem okvarjenega gena.

ZAKLJUČEK

Več kot dve tretjini populacije ima vrednosti lipidov nad zgornjimi priporočenimi vrednostmi. Vsem je smiselno svetovati ukrepe zdravega življenjskega sloga, v primarni preventivi pa le tisti z veliko srčno-žilno ogroženostjo potrebujejo zdravila.

V sekundarni preventivi srčno-žilnih bolezni praktično vsi bolniki potrebujejo zdravila za zniževanje lipidov, praviloma statine.

Statini, ki jih bolniki prejemajo praviloma doživljenjsko, so praviloma varna zdravila, vendar pa zahtevajo redno spremljanje varnosti in učinkovitosti.

LITERATURA

Fras Z, Jug B, Medvešček M. Za delovno skupino za obravnavo dislipidemij – slovenski prevod in prilagoditev evropskih smernic. Smernice za obravnavo dislipidemij - slovenski prevod in prilagoditev evropskih smernic. Slov Kardiol 2012; 9:4–52.

Bulc M. Vodenje motnje v presnovi maščob in ukrepanje ob njenih poslabšanjih/zapletih = Treating dyslipidemia and its complications. V: Kopčavar Guček, Nena (ur.), Petek, Davorina (ur.). Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini: (družina, psihiatrija, pulmologija, preventiva, bolečina, infekcije, zdravje žensk, delavnice): zbornik predavanj: 39. strokovno srečanje timov, Ljubljana, 31. 5.–1. 6. 2013, (Družinska medicina 2013, 11: (Supplement 2): 89–93.

Khera AV, Samia M. Fasting for Lipid Testing. Is It Worth the Trouble? Arch intern Med 2012; 172 (22):1710–12.

Nordestgaard BG, Chapman MJ, Huphries SE, Ginsberg HN, Masana L, Descamps OS. Familial hypercholesterolaemia is underdiagnosed and undertreated in the general population: guidance for clinicians to prevent coronary heart disease Consensus Statement of the European Atherosclerosis Society. European Heart Journal; 2013; 34: 3478–3490.

5.3 DIAGNOSTIKA, ZDRAVLJENJE IN SPREMLJANJE SLADKORNE BOLEZNI TIPA 2

Mateja Bulc

UVOD

Sladkorna bolezen (diabetes mellitus) je skupina različnih bolezni, ki jim je skupna previsoka koncentracija glukoze v krvi. Previsok krvni sladkor z leti okvari drobno in veliko žilje in povzroča možgansko kap, srčno kap, ledvično odpoved, slepoto, okvaro živcev in skupaj z okvaro žilja nog privede do amputacije. Te posledice previsokega krvnega sladkorja imenujemo zapleti sladkorne bolezni.

Poznamo več tipov sladkorne bolezni.

Sladkorno bolezen tipa 2 ima 95 % bolnikov s sladkorno boleznijo. Previsok krvni sladkor je posledica sočasno prisotne okvare trebušne slinavke, ki izloča premalo insulina, in oslabljenega učinka insulina na telesna tkiva, predvsem mišičje in jetra.

Nekatera bolezenska stanja predstavljajo veliko tveganje za razvoj SB tipa 2: mejna bazalna glikemija, motena toleranca za glukozo, gestacijski diabetes in metabolični sindrom.

Sladkorno bolezen tipa 1 ima 4 % bolnikov s sladkorno boleznijo. Previsok krvni sladkor je posledica okvare trebušne slinavke, ki insulina ne izloča več ali pa ga izloča zelo malo, običajno poteka naglo, zato bolnik začuti težave hitro po nastanku bolezni, navadno v nekaj dneh ali tednih.

Običajno zbole vajo otroci in mladostniki, lahko pa se pojavi v katerikoli starosti. Ker ne poznamo vzroka okvare, ne moremo prepoznati oseb z večjim tveganjem za sladkorno bolezen tipa 1 in je tudi ne znamo preprečiti.

Sladkorna bolezen v nosečnosti je tisti tip sladkorne bolezni, ki se prvič pojavi med nosečnostjo in po porodu izgine. Ženske, ki so imele sladkorno bolezen v nosečnosti, imajo veliko tveganje, da se kasneje v življenju pojavi sladkorna bolezen tipa 2 in zato potrebujejo posebno obravnavo.

Drugi tipi sladkorne bolezni nastanejo kot posledica nekaterih zdravil, operacij, podhranjenosti, okužb, genetskih sindromov in drugih redkih bolezni.

POSTAVITEV DIAGNOZE SLADKORNE BOLEZNI TIPA 2

Zdravnik družinske medicine preveri vrednosti krvnega sladkorja in meritev, ki jih je izvedla DMS.

Diagnozo sladkorne bolezni naredi na osnovi klinične slike in izvida glukoze v krvi na tešče ali naključno. Pri koncentracijah krvnega sladkorja na tešče od vključno 6,1 mmol/l do vključno 6,9 mmol/l naredi še oralni glukoza tolerančni test (OGTT).

Določanje odstotka HbA1c (glikiranega hemoglobina) ni priporočljiva metoda za diagnozo sladkorne bolezni.

Merila:

- simptomi sladkorne bolezni (poliurija, polidipsija in nepojasnjena izguba telesne teže)

in

- naključno izmerjena glukoza* v plazmi $\geq 11,1$ mmol/l ali – glukoza v plazmi izmerjena na tešče** $\geq 7,0$ mmol/l

ali

- OGTT *** $\geq 11,1$ mmol/l

* Naključno pomeni kadarkoli preko dneva, ne glede na čas zadnjega obroka hrane.

** Na tešče pomeni brez kaloričnega vnosa vsaj 8 ur.

*** Test se izvaja s 75 g glukoze, raztopljene v vodi.

Pri osebah **brez simptomov** sladkorne bolezni je treba diagnostične kriterije potrditi s **ponovnim testiranjem** na drugi dan.

NOSEČNICE

Ob prvem pregledu vsaki nosečnici določimo glukozo v krvi na tešče ali glukozo v naključnem vzorcu. Če je glukoza na tešče **5,1 mmol/l ali več**, govorimo o nosečnosti sladkorni bolezni.

Če ob prvem pregledu ne potrdimo niti sladkorne bolezni ($KS \geq 7$ mmol/l) niti nosečnosti sladkorne bolezni ($KS 5,1-6,9$ mmol/l), opravimo obremenilni glukozni tolerančni test s 75 g glukoze v obdobju med 24. in 28. tednom.

OBRAVNAVA BOLNIKA S SB TIP 2 V RADM

Ob prvi obravnavi bolnika s sladkorno boleznijo (novoodkrita ali že znano) je potrebna celostna diagnostična obravnava za opredelitev sladkorne bolezni, odkrivanje prisotnosti zapletov sladkorne bolezni, opredelitev predhodnega zdravljenja in urejenosti glikemije pri bolnikih z že ugotovljeno SB, pomoč pri oblikovanju načrta zdravljenja ter nadaljnje oskrbe.

Anamneza in objektivni podatki o dosedanjem poteku bolezni (starost, simptomi in znaki ob odkritju sladkorne bolezni, prehranske navade, telesna dejavnost, prehranski status, spreminjanje telesne teže, rast in razvoj v otroški dobi in dobi odraščanja, dosedanja edukacija o SB, pregled prejšnjih režimov zdravljenja in odziv na zdravljenje (podatki o HbA1c), akutna huda poslabšanja bolezni, pogostnost, vzroki, hipoglikemije, kronični zapleti sladkorne bolezni).

Fizikalni pregled (telesna višina, teža, ITM, meritev krvnega tlaka, vključno z ortostatsko meritvijo, pregled ali slikanje očesnega ozadja, palpacija ščitnice, pregled kože (za acanthosis nigricans in mesta injiciranja insulina), celovit pregled stopal).

Laboratorijske preiskave HbA1c (vedno pri novoodkritem, sicer pa, če je zadnji izvid starejši od 2–3 mesecev), lipidogram, jetrni encimi, določitev proteinurije s testnim lističem v naključnem vzorcu urina, serumski kreatinin in izračunana GF, TSH (pri osebah s tipom 1 sladkorne bolezni, dislipidemijo ali ženskah starejših od 50 let).

Tveganje za nastanek srčno-žilne bolezni **je pri osebah z velikim tveganjem za nastanek SB tipa 2 veliko (20–40 %), pri bolnikih s SB tipa 2 pa enako že razviti srčno-žilni bolezni, torej zelo veliko (> 40 %).**

ZDRAVLJENJE SB TIPA 2

Nefarmakološko zdravljenje

Cilj edukacije bolnika s SB tipa 2 je bolnika opolnomočiti za odgovorno sprejemanje odločitev glede samooskrbe boleznimi in s tem izboljšati presnovno urejenost in zmanjšati tveganje za akutne in kronične zaplete sladkorne bolezni.

Strukturirana edukacija poteka v skupinah ali individualno, po možnosti vključimo tudi svojce. Edukacijo je potrebno prilagoditi bolnikovim psihosocialnim in telesnim zmožnostim, upoštevajoč bolnikovo dosežanje življenja, delo in razmere, v katerih živi. Poteka naj v ustrezno opremljenih prostorih in s sodobnimi učnimi pripomočki in učnim gradivom (knjižice, trganke, zgoščenke).

Življenjski slog z zdravim načinom prehranjevanja, zadostno telesno dejavnostjo in primerno telesno maso je osnovni ukrep v zdravljenju sladkorne bolezni tipa 2. Pri ljudeh z moteno toleranco za glukozo primeren življenjski slog prepreči oziroma odloži razvoj sladkorne bolezni tipa 2.

Bolnikom omogočimo strukturirano izobraževanje o prehrani pri sladkorni bolezni. Prvi posvet opravimo ob ugotovitvi bolezni, nato pa zagotovimo stalno svetovanje.

Če je bolnikova telesna teža previsoka, svetujemo zmanjšati telesno maso za vsaj 5 do 10 % v šestih mesecih in nato vzdrževanje znižane telesne mase.

Bolnikom svetujemo vsaj 150 minut aerobne telesne dejavnosti (od 50 do 70 % maksimalne srčne frekvence) na teden ali vsaj 90 minut anaerobne vadbe (od 70 do 85 % maksimalne srčne frekvence) na teden, ki naj bo enakomerno razporejena preko vsaj treh dni v tednu, med dvema vadbama pa naj ne mineta več kot dva dneva.

Kadilcem svetujemo opustitev kajenja, vsem bolnikom s SB priporočimo manj tvegano uživanje alkoholnih pijač (dnevno do 2 merici moškim in do 1 merico ženskam).

Shema 1. Stopenjsko zdravljenje SB tipa 2



Legenda:

POAD: peroralni hipoglikemik

SU: sulfonilurea

DPP-4: dipeptidil peptidaza-4

ZDRAVLJENJE Z ZDRAVILI

- Skupaj z bolnikom oblikujmo glikemične cilje (ciljni HbA1c, ki se glede na okoliščine lahko spreminja), ter na to vezane ciljne vrednosti glikemije ob meritvah doma. Vzpodbujajmo ga, da zastavljene cilje doseže in jih vzdržuje. V primeru, da ob tem doživlja neželene učinke (npr. hipoglikemijo) ali njegova prizadevanja za doseganje cilja zmanjšujejo njegovo kakovost življenja, jih ponovno skupaj ocenimo.
- Farmakološko zdravljenje je včasih potrebno uvesti hkrati z nefarmakološkim in ga nato prilagodimo glede na uspešnost nefarmakološkega zdravljenja. V primeru pričetka zdravljenja le z optimizacijo življenjskega sloga, le-to najkasneje po treh mesecih nadgradimo s farmakološkim zdravljenjem, če bolnik ne dosega zastavljenih glikemičnih ciljev. Zdravljenje hiperglikemije naj bo čimbolj enostavno, saj s tem povečamo možnost rednega jemanja zdravil.
- Uvajanje peroralne antihiperglikemične terapije spremljamo v eno do tri-mesečnih intervalih, po presoji zdravnika tudi pogosteje.
- Pri uvajanju farmakološkega zdravljenja priporočamo stopenjski pristop glede na nivo glikemije, izraženo z glikiranim hemoglobinom (HbA1c) in prisotnost simptomov bolezni.
- Peroralno zdravljenje pričnemo z metforminom, če zanj ni kontraindikacij. Pričnemo z majhnim odmerkom in ga postopno povečujemo. Pri stopnjevanju upoštevamo morebitne neželene učinke v prebavilih. V vseh odmerkih ga uporabljamo do oGF nad 45 ml/min/1,73m², v prilagojenem odmerku do 1000 mg dnevno ga uporabljamo pri oGF nad 30 in pod 45 ml/min/1,73m² ter takrat, kadar obstaja tveganje za nenadno poslabšanje ledvičnega delovanja. Pri oGF pod 30 ml/min/1,73m² je metformin kontraindiciran.
- Če je metformin kontraindiciran oziroma ga bolnik ne prenaša, je možno začeti zdravljenje s sulfonilsečnino/repaglinidom oziroma z zdravilom iz drugih farmakoloških skupin.

Prvo stopnjevanje terapije

- Kadar se bolnik že zdravi z metforminom, glikemični parametri pa so nad individualno določenimi ciljnim vrednostmi, dodamo še drugo zdravilo. Lahko je sulfonilsečnina ali repaglinid ali zdravilo iz drugih farmakoloških skupin. Pri uvajanju sulfonilsečnine ali repaglinida zdravljenje začnemo z majhnimi odmerki in jih postopno povečujemo glede na glikemijo in možne neželene učinke. Kadar metformin ni bil prvo zdravilo (zaradi kontraindikacij ali neprenašanja), glikemični parametri pa so nad individualno določenimi ciljnim vrednostmi, k obstoječemu zdravilu dodamo zdravilo iz drugih farmakoloških skupin.
- Dve peroralni antihiperglikemični zdravili lahko uporabljamo ločeno ali v fiksnih kombinacijah. Vedno kombiniramo antihiperglikemična zdravila iz različnih farmakoloških skupin.

Drugo stopnjevanje terapije

- Kadar se bolnik že zdravi z dvema antihiperglikemičnima zdraviloma, glikemični parametri pa so nad individualno določenimi ciljnim vrednostmi, lahko uvedemo:
- zdravljenje s tremi oralnimi antihiperglikemičnimi zdravili
- ali
- zdravljenje z dvema oralnima antihiperglikemičnima zdraviloma in agonistom receptorjev za GLP-1, če bolnik izpolnjuje tudi medicinske pogoje za uvedbo agonista receptorjev za GLP-1 (kot npr. debelost

s specifičnimi psihološkimi ali drugimi medicinskimi težavami, če bi zdravljenje z insulinom imelo pomembne zadržke v zvezi z bolnikovim poklicem)

ali

- pričnemo zdravljenje z insulinom.

METFORMIN

Je zdravilo prvega izbora zaradi svoje velike učinkovitosti, nizkega tveganja za hipoglikemijo, blagega učinka na znižanje telesne teže, nizke cene in ugodnega varnostnega profila. V raziskavi UKPDS se je potrdila njegova srčno-žilna varnost, tudi naknadne opazovalne raziskave so potrdile njegove ugodne učinke na srčno-žilno in celokupno preživetje. Med neželene učinke sodijo stranski učinki na prebavila (diareja, bolečine v trebuhu), tveganje za pomanjkanje vitamina B12 ob njegovi dolgotrajni uporabi in laktatna acidoza, ki pa je redka.

SULFONILSEČNINE/REPAGLINID

So zelo učinkovita zdravila za zniževanje hiperglikemije, z dokazanimi učinki na znižanje mikrovaskularnih zapletov sladkorne bolezni, so enostavni za uporabo in poceni. Ob neustreznem odmerjanju lahko povzročijo hipoglikemijo in porast telesne teže. Nekatere opazovalne raziskave kažejo na večjo srčno-žilno umrljivost ob zdravljenju s sulfonilsečninami, ne pa vse. Takšne analize so lahko zavajajoče, saj randomiziranih prospektivnih raziskav nimamo, so pa sulfonilsečnine zaradi ugodnega varnostnega profila in široke uporabnosti zdravila, ki so ga lahko prejeli bolniki z največ pridruženih boleznih (najbolj bolni); poleg tega te analize vključujejo podatke zdravljenja s starejšimi sulfonilsečninami.

ZAVIRALCI DPP-4

Zdravila iz te skupine manj učinkovito znižajo glukozo od sulfonilsečnin in metformina, predstavljajo manjše tveganje za hipoglikemije v primerjavi s sulfonilsečninami, so nevtralne za telesno težo, zdravljenje z njimi je enostavno. Nekatere raziskave so pokazale večje tveganje za akutni pankreatitis, tako da jih bolnikom z večjim tveganjem zanj odsvetujemo.

Raziskave za oceno srčno-žilne varnosti so pri nekaterih zaviralcih DPP-4 ugotovljale večje tveganje za poslabšanje srčnega popuščanja, sicer pa ne povečajo tveganja za skupni srčno-žilni dogodek, ki vključuje akutni miokardni infarkt, možgansko kap in srčno-žilno smrt, pri bolnikih z zelo visoko srčno-žilno ogroženostjo.

INHIBITORJI SGLT- 2

Manj učinkovito znižajo glukozo od sulfonilsečnin in metformina, imajo manjše tveganje za hipoglikemije v primerjavi s sulfonilsečninami, pri večini bolnikov znižajo telesno težo za 2-3 kg in znižanje krvni tlak za 4/2 mmHg. Zdravljenje je enostavno. Učinkoviti so pri vseh stopnjah sladkorne bolezni tipa 2, saj ne znižujejo glukoze preko delovanja na trebušno slinavko. Zdravljenje z empagliflozinom, ob standardnem multifaktorskem zdravljenju dejavnikov tveganja za srčno-žilne bolezni, je bolnikom z zelo visoko srčno-žilno ogroženostjo prineslo dodatno znižanje tveganja za skupni izid – akutni miokardni infarkt, možgansko kap in srčno-žilno smrt. Poleg tega obstajajo podatki o ugodnem učinku na ledvično funkcijo (zmanjšanje albuminurije, upočasnitev nižanja oGF). Znani stranski učinki so: povečano število glivičnih genitalnih okužb, opisanih je bilo nekaj primerov ketoacidoze, v nekaterih raziskavah je bilo več hipovolemij, akutnih ledvičnih odpovedi, okužb sečil, so pod nadzorom zaradi možne povezave z nekaterimi karcinomi. Podatkov o srčno-žilni varnosti za dapagliflozin še nimamo.

AGONISTI RECEPTORJEV ZA GLP-1

Pri mnogih bolnikih učinkovito znižajo glukozo v krvi, znižajo telesno težo v povprečju za 2-4 kg, imajo majhno tveganje za hipoglikemijo. Nekatere raziskave so pokazale večje tveganje za akutni pankreatitis in holecistitis, tako da jih bolnikom z večjim tveganjem za akutni pankreatitis odsvetujemo. Ob pričetku zdravljenja lahko povzročajo gastrointestinalne stranske učinke (slabost, bruhanje, diareja, zaprtje, ipd.). Zdravljenje z liraglutidom je v nekaterih raziskavah povečalo tveganje za golšavost in ščitnične neoplazme, predvsem pri bolnikih s preobstoječo boleznijo ščitnice, zato se pri teh bolnikih svetuje previdna uporaba. Trenutno so na voljo le kot subkutano zdravljenje. Zdravljenje z liraglutidom je bolnikom z zelo visoko srčno-žilno ogroženostjo, ob standardnem multifaktorskem zdravljenju dejavnikov tveganja za srčno-žilne bolezni, prineslo dodatno znižanje tveganja za skupni izid – akutni miokardni infarkt, možgansko kap in srčno-žilno smrt. Hkrati so v raziskavi z liraglutidom ugotavljali ugoden učinek na ledvično funkcijo, predvsem preko znižanja albuminurije. Ob tem ni bilo povečanega tveganja za akutni ali kronični pankreatitis, bilo pa je več akutnih bolezni žolčnika (holecistitisa) in številčno, ne pa statistično, več karcinomov trebušne slinavke. Raziskava srčno-žilne varnosti z liksisenatidom je pokazala nevtralni učinek na srčno-žilne dogodke. Z dulaglutidom in eksenatidom LAR raziskave o srčno-žilni varnosti še nimamo.

AKARBOZA

Dolgoročnih kliničnih raziskav pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 2 nimamo, v nekaterih smernicah sploh ni več omenjena. Ni priporočljiva kot zdravilo prvega izbora. Njena uporaba je indicirana v redkih primerih, ko gre za izolirano postprandialno hiperglikemijo. Zdravljenje z akarbozo začnemo z najmanjšim odmerkom, ki ga postopno zvečujemo, na en do dva tedna, zato da zmanjšamo tveganje za neželene učinke s strani prebavil, ki niso redki.

Zdravljenje z insulinom

- Zdravljenje z insulinom začnemo takrat, ko nefarmakološki ukrepi in zdravljenje z največjimi odmerki in kombinacijami drugih antihiperglikemičnih zdravil ne zadoščajo za vzdrževanje glikemičnih parametrov pod individualno določenimi ciljnim vrednostmi oziroma zaradi pridruženih bolezni zdravljenje z drugimi antihiperglikemičnimi zdravili ni možno.
- V primeru visoke glikemije in izražene klinične slike hiperglikemije lahko začnemo zdravljenje z insulinom takoj. To zdravljenje je lahko začasno ali trajno, odvisno od kliničnega poteka bolezni.
- Bolnika z novoodkrito sladkorno boleznijo tipa 2 že ob ugotovitvi diagnoze oziroma na začetku obravnave seznanimo z možnimi načini zdravljenja, tudi z verjetnim zdravljenjem z insulinom v prihodnosti. Tega moramo predstaviti kot najbolj kakovosten način zdravljenja, ki ga bo potreboval takoj, ko ne bo več dosegal ciljev zdravljenja z nefarmakološkimi ukrepi in z drugimi antihiperglikemičnimi zdravili in ne kot zadnjo možnost zdravljenja.
- Pred uvajanjem zdravljenja z insulinom bolnika oziroma njegove bližnje (kadar je to primerno ali potrebno) vključimo v strukturiran edukacijski program glede zdravljenja z insulinom, ki zagotavlja naslednje vsebine:
 - uporaba bolniku primernih medicinskih pripomočkov,
 - merjenje glukoze v krvi,
 - seznanitev s ciljnim vrednostmi glukoze v krvi ob različnih delih dneva,
 - aplikacija insulina z menjavanjem mest vbrizgavanja,

- prilagajanje oziroma titracija odmerkov insulina do ciljnih vrednosti,
- hipoglikemija,
- razumevanje prehrane,
- opozorila v zvezi z varnostjo vožnje,
- ukrepanje v zvezi z akutnimi spremembami v glikemiji.

Program mora potekati tako, da podpira aktivno titracijo odmerkov insulina.

Strukturiran edukacijski program izvajajo ustrezno izobraženi in izkušeni zdravstveni strokovnjaki v neposrednem stiku z bolnikom in njegovimi bližnjimi v zdravstveni ustanovi, lahko pa tudi z uporabo telefona oziroma drugih načinov komunikacije.

- Pri uvajanju zdravljenja z insulinom je potrebno:
 - določiti bolniku primerne ciljne glikemije pred obroki in po jedi ter ciljni HbA1c,
 - vsaj na začetku izvajati pogoste načrtovane obiske in skrbno titrirati odmerke do individualno določenih ciljnih vrednosti glikemije in HbA1c,
 - obvezno izvajati samokontrolo in, če je bolnik tega sposoben sam, samotitracijo odmerkov insulina; titracijo se lahko izvaja tudi s pomočjo svojcev ali skrbnikov, ali ob pogostih stikih z zdravstvenim strokovnjakom, ki izvaja edukacijski program.

Bolniku pojasnimo, da je začetni odmerek insulina iz varnostnih razlogov majhen, da pa ga bo treba titrirati do doseganja ciljnih vrednosti glikemije in da bo končni dnevni terapevtski odmerek lahko bistveno večji od začetnega.

Obvezni del edukacijskega programa je tudi preverjanje in prilagoditev bolnikovega življenjskega sloga novemu načinu zdravljenja oziroma obratno.

- Vzporedno z uvedenim insulinom praviloma nadaljujemo zdravljenje z metforminom. Presodimo, ali je zdravljenje z ostalimi antihiperглиčnimi zdravili še potrebno nadaljevati.
- Ves čas zdravljenja z insulinom v kombinaciji s peroralnimi antihiperглиčnimi zdravili nadaljujemo z nefarmakološkimi ukrepi in jih prilagodimo zdravljenju z insulinom oziroma obratno.

Spremljanje bolnika

Načrtovani obiski so namenjeni vzdrževanju dolgoročne dobre presnovne urejenosti in nadzoru nad kroničnimi zapleti. Optimalna pogostost kontrol je vsake 3 mesece, glede na uspešnost pri doseganju ciljev pa običajno 1 do 6x na leto. Namen obiska je titracija odmerkov zdravil, odkrivanje kroničnih okvar, morebitna sprememba terapevtske sheme in dodatno izobraževanje.

Načrtovani obisk pri diplomirani medicinski sestri v RADM:

1. anamneza (značilni simptomi hiperglikemije: žeja, polidipsija, poliurija, nikturija, suha usta, nenamerno hujšanje), izvajanje nefarmakoloških ukrepov; morebitni stranski učinki zdravil, hipoglikemije ...
2. klinični pregled: telesna teža, krvni tlak;
3. laboratorijske preiskave:
 - a) ob vsaki kontroli: glukoza, HbA1c, glikozurija, proteinurija/albuminurija, ketonurija,
 - b) enkrat letno (ob patoloških izvidih pogosteje): sečnina in kreatinin, ocenjena glomerularna filtracija (oGF), hepatogram, lipidogram;
4. pregled očesnega ozadja: enkrat na leto, v primeru patološkega izvida napotitev k okulistu;
5. pregled izvidov samokontrole;
6. pregled nog (enkrat na leto, ob tveganju za diabetično nogo ali težavah ob vsakem pregledu);
7. psihosocialni status;
8. preverjanje doseganja vseh ciljev zdravljenja, načrt za nadaljnjo oskrbo.

V primeru, da HbA1c oziroma druge meritve niso znotraj ciljnih vrednosti (te so zapisane v Letnem poročilu o stanju sladkorne bolezni, ki vsebuje tudi načrt oskrbe) oziroma bolnik poroča o stranskih učinkih zdravil, diplomirana medicinska sestra bolnika po predhodnem dogovoru napoti na pregled k zdravniku družinske medicine.

Obisk pri zdravniku družinske medicine v RADM

- Vsaj 1x letno klinični pregled;
- ocena urejenosti SB in titracija odmerkov zdravil, morebitna sprememba terapevtske sheme;
- odkrivanje kroničnih okvar;
- zdravljenje sočasnih bolezni (arterijska hipertenzija, dislipidemija, ledvična bolezen, srčno-žilna bolezen in drugo);
- preverjanje doseganja ciljev zdravljenja v letnem načrtu;
- napotitve.

Kazalci urejenosti glikemije in letna ocena stanja bolezni

Urejenost glikemije ocenimo z glikiranim hemoglobinom A1c (HbA1c), ki je mera za urejenost glikemije v daljšem časovnem razdobju, od 2- do 6-krat, obvezno pa vsaj enkrat na leto.

Koncentracija glukoze v krvi odraža trenutno stanje, ne pa urejenosti glikemije v daljšem časovnem obdobju. Izvid nima napovedne vrednosti za kronične zaplete.

Na podlagi letne ocene stanja bolezni oblikujemo letno poročilo in na osnovi tega poročila v zdravstveni delovni skupini načrtujemo nadaljnjo oskrbo bolnika.

- Ciljne vrednosti glikiranega hemoglobina (HbA1c):
HbA1c \leq 7,0 %, ker je pri taki vrednosti tveganje za nastanek ali napredovanje kroničnih zapletov mi-

nimalno;

HbA1c pod 6,5 %, če je bolnik tega zmožen in je tveganje za hipoglikemijo sprejemljivo (mlajši bolniki brez srčno-žilne bolezni, novoodkriti bolniki);

HbA1c naj ne bo pod 7,0 % pri bolnikih, ki imajo težave s hipoglikemijo, tistih, ki ne obvladajo samodenja SB in bolnikih, ki imajo pridružene resnejše bolezni (srčno popuščanje ...).

- **Ciljne vrednosti krvnega sladkorja**
4–7 mmol/l pred obroki, 5–10 mmol/l dve uri po obroku.
- **Ciljne vrednosti krvnega tlaka** < 140/85 mmHg.
- **Ciljne vrednosti LDL holesterola:**
 - Bolnik nima srčno-žilne, ledvične bolezni: LDL holesterol < 2,6 mmol/l in/ali ≥ 50 % znižanje LDL.
 - Bolnik ima srčno-žilno, ledvično bolezen: LDL holesterol < 1,8 mmol/l in/ali ≥ 50 % znižanje LDL.

Napotitev k diabetologu

Obvezna je napotitev bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 1 in nosečnic z gestacijsko sladkorno boleznijo.

Pri sladkorni bolezni tipa 2, zdravljeni z nefarmakološkimi ukrepi ali peroralnimi sredstvi, pregledi pri diabetologu niso potrebni, če so dosežene individualno določene ciljne vrednosti oziroma če še niso izčrpane vse družinskemu zdravniku dostopne terapevtske možnosti.

Po presoji družinskega zdravnika napotitev k diabetologu za uvedbo zdravljenja z insulinom ali inkretin-skim preparatom.

Ob nujnih in zelo nujnih stanjih mora zdravnik družinske medicine ukrepati v skladu s strokovno doktrino in ustrezno oskrbljenega bolnika predati specialistu na urgentnem oddelku bolnišnice.

NUJNA STANJA

V bolnišnico napotimo bolnika z življenje ogrožujočim akutnim zapletom sladkorne bolezni v naslednjih primerih:

1. diabetična ketoacidoza,
2. diabetični aketotični hiperosmolarni sindrom;
3. hipoglikemija z nevroglükopenijo v naslednjih primerih:
 - izhodiščna glukoza v plazmi pod 2,8 mmol/l ali sum na hipoglikemijo, če motnja zavesti, epileptiformno krči ali nenormalno vedenje vztrajajo kljub korekciji hipoglikemije;
 - stanje po korekciji hude hipoglikemije, če ne moremo bolniku zagotoviti vsaj 12-urnega nadzora odgovorne odrasle osebe;
 - stanje po hudi hipoglikemiji, povzročeni s preparati sulfanilsečnine ali kratkodelujočimi spodbujevalci izločanja insulina.

LITERATURA

Slovenske smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 pri odraslih osebah. Diabetološko združenje Slovenije, Združenje endokrinologov Slovenije, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Interna klinika UKC Ljubljana. Ljubljana, 2011.

Slovenske smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 pri odraslih osebah. Diabetološko združenje Slovenije, Združenje endokrinologov Slovenije, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Interna klinika UKC Ljubljana. Ljubljana, 2015 (v pripravi).

Bulc M, Zaletel J. Obvladovanje sladkorne bolezni tip 2 v družinski medicini. <http://www.referencna-ambulanta>.

Janež A. Farmakoterapija sladkorne bolezni. Dostopno na <http://www.mf.uni-lj.si/media-library/2015/03/17c1f0638c9d255f67d62a-84b7a8c196.pdf>.

Obvladovanje sladkorne bolezni tip 2 v družinski medicini. Dostopno na <http://www.referencna-ambulanta.si/>.

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni. Strategija razvoja 2010–2020. Dostop 17. 9. 2010 na strani http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/zakonodaja/NP_diabetes/Nacionalni_program_obvladovanja_sladkorne_bolezni_210410.pdf.

Štern B et al. Projekt: razvoj modela integriranega preprečevanja in celostne oskrbe kroničnih bolnikov odrasle populacije na primarni ravni zdravstvene dejavnosti. Poročilo ministrstvu za zdravje. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Ljubljana, 2010.

Sladkorna bolezen. Protokol vodenja kroničnega bolnika v ambulanti splošne/družinske medicine. Delovna skupina Odbora za osnovno zdravstvo ZZS. Zdravniška zbornica Slovenije. Ljubljana: 2010.

Govc Eržen J, Bulc M. Bolnik s sladkorno boleznijo v družinski medicini: realnost in prihodnost. V: Poplas Susič T (ur.), Vajd R (ur.). Medicinski razgledi, 2010; 49(1): 97–102.

5.4 DIAGNOSTIKA, ZDRAVLJENJE IN SPREMLJANJE BOLNIKA S KRONIČNO OBSTRUKTIVNO PLJUČNO BOLEZNIJO (KOPB)

Davorina Petek

UVOD

KOPB je kronična bolezen, za katero je značilna trajna, le delno reverzibilna obstrukcija dihalnih poti. Napredovanje obstrukcije spremlja bolezenski vnetni odgovor pljuč na vdihan cigaretni dim ali drugo vrsto dražljivca. K težavnosti bolezni doprinesejo poslabšanja KOPB in sočasne bolezni.

POSTAVITEV DIAGNOZE

Značilni simptomi KOPB so kronični kašelj (vsaj tri mesece na leto vsaj dve leti zapored), izkašljevanje in zadihanost ob prisotnih dejavnikih tveganja (kajenje, masivna izpostavljenost prahu).

Ključna diagnostična preiskava pri postavitvi diagnoze je spirometrija.

Značilna je postbronhodilatatorna obstrukcija, ki jo opredeli Tiffeneaujev indeks (TI - razmerje med FEV1 in FVC) pod 0,7. Za KOPB je obstrukcija ireverzibilna ali le delno reverzibilna. To dokažemo z bronhodilatatornim testom.

Potek bronhodilatatornega testa: najprej opravimo izhodiščno spirometrijo. Nato bolnik inhalira 400 mcg beta2 agonista. Spirometrija se ponovi 10–15 minut po aplikaciji beta2 agonista ali 30–45 min po aplikaciji kombinacije bronhodilatatorjev. V primeru, da je TI ponovne spirometrije pod 0,7, je bronhodilatatorni test negativen oziroma ugotovljena trajna obstrukcija.

Tabela 1. Diagnostični kriteriji za KOPB

DEJAVNIKI TVEGANJA	Kajenje
	Masivna izpostavljenost prahu
SIMPTOMI	Kronični kašelj
	Izkašljevanje
	Zadihanost
PREISKAVE	
SPIROMetriJA Z OBSTRUKCIJO	TI < 0,7
BRONHODILATORNI TEST, KI KAŽE TRAJNO OBSTRUKCIJO	TI < 0,7

Izvedba in interpretacija rezultatov spirometrije:

1. Krivulja izdihanega zraka mora biti gladka, brez nepravilnosti.
2. Snemanje mora trajati tako dolgo, da krivulja doseže plato.
3. Upoštevamo tri tehnično zadovoljive krivulje FEV1 in FVC, med katerimi je maksimalno dovoljena razlika ali 150 ml ali 5 %, (kar je več).
4. Upoštevamo FEV1/FVC pri tisti tehnično ustrezni krivulji, ki ima največjo vsoto FEV1 in FVC.
5. Rezultati se primerjajo z referenčnimi vrednostmi glede na spol, starost, telesno višino in raso.
6. Postbronhodilatatorna vrednost $TI < 0,7$ potrjuje obstrukcijo dihalnih poti.

ZDRAVLJENJE BOLNIKOV S KOPB

Ocena težavnosti KOPB temelji na več podatkih:

- postbronhodilatacijski FEV1,
- zdravstveno stanje bolnika, izraženo s številom točk na CAT (COPD assessment test) vprašalniku;
- število akutnih poslabšanj bolnika s KOPB.

Glede na te podatke se bolnika razvrsti v skupino A (nizko tveganje za poslabšanje, malo simptomov), B (nizko tveganje za poslabšanje, več simptomov), C (visoko tveganje za poslabšanje, malo simptomov) ali D (visoko tveganje za poslabšanje, več simptomov) in se uvede stopenjsko zdravljenje.

Cilji zdravljenja stabilne KOPB so sledeči:

Zmanjšanje simptomov:

- zdravljenje glede na simptome,
- izboljšanje telesne zmogljivosti,
- izboljšanje zdravstvenega stanja.

Zmanjšanje tveganja za poslabšanje:

- preprečitev napredovanja bolezni,
- preprečitev in zdravljenje akutnih poslabšanj,
- zmanjšanje umrljivosti.

Zdravljenje bolnikov s KOPB glede na ocenjeno težavnost KOPB je prikazano v Tabeli 1.

Tabela 1. Zdravljenje bolnikov s KOPB glede na ocenjeno težavnost KOPB

GOLD SKUPINA	PRVA IZBIRA ZDRAVILA	DRUGA IZBIRA ZDRAVILA	DRUGA MOŽNA ZDRAVILA
A	kratkodelujoči antiholinergik pp ali kratkodelujoči beta2 agonist pp	kratkodelujoči antiholinergik in kratkodelujoči beta2 agonist ali DD antiholinergik ali DD beta2 agonist	teofilin
B	DD antiholinergik ali DD beta2 agonist	DD antiholinergik in DD beta2 agonist	teofilin
C	DD antiholinergik ali IGK in DD beta2 agonist	DD antiholinergik in DD beta2 agonist ali DD antiholinergik in zaviralec PDE4 ali DD beta2 agonist in zaviralec PDE4	teofilin
D	DD antiholinergik ali IGK in DD beta2 agonist	DD antiholinergik in IGK ali DD beta2 agonist in IGK ali kombinacija vseh treh naštetih ali IGK + DD beta2 agonist + zaviralec PDE4 ali DD antiholinergik+ zaviralec PDE4	karbocistein, teofilin

Legenda: DD: dolgo delujoči (antiholinergik ali beta2 agonist), IGK: inhalacijski glukokortikoid, zaviralec PDE4: zaviralec fosfodiesteraze 4, pp: po potrebi

OBRAVNAVA BOLNIKA S KOPB V RADM

Diplomirana medicinska sestra skrbi in vzpostavlja register bolnikov s KOPB v vsaki RADM. Register se dopolnjuje z novoodkritimi bolniki, ki jih odkrije v presejalnem programu ali pa so odkriti priložnostno. Novoodkrite bolnike in tiste, ki so že vključeni v register KOPB, diplomirana medicinska sestra vsako leto vsaj 1x povabi na pregled, ki je namenjen ugotavljanju urejenosti bolezni.

Pregled pri DMS

Anamnestični podatki

- življenjski slog (prehrana, gibanje, telesna dejavnost),
- apetit, hujšanje,
- kadilski status,
- število poslabšanj v preteklem obdobju,
- rednost jemanja zdravil: na primer z uporabo vprašalnika Morisky,
- prisotnost neželenih učinkov zdravil za zdravljenje KOPB,
- ostala kronična terapija,
- znanje samooskrbe in ustreznost ukrepanja bolnika ob poslabšanju,
- psihosocialno stanje bolnika,
- duševno stanje (depresija/anksioznost),
- sočasne bolezni, ki povečujejo tveganje za poslabšanje.
- CAT test: urejenost KOPB oceni z uporabo ustreznega vprašalnika. Najpogosteje se uporablja test CAT (COPD Assessment test). Bolniki lahko izpolnijo test sami pred pregledom ali med njim skupaj z diplomirano medicinsko sestro. Vsebuje osem preprostih vprašanj in ima razpon točkovanja od 0 do 40. Razlika ali sprememba za dve ali več točk kaže na verjetno klinično pomembno spremembo zdravstvenega stanja. Zasnova testa CAT lahko zdravnikom omogoči tudi hitro ugotavljanje področij bolnikovega zdravja, ki so bolj prizadeta, na primer razpoloženje, dnevna telesna dejavnost ali spanje. Test CAT pa ni diagnostično orodje.

Usmerjena vprašanja pri DMS

- Preveri, če je bolnik opravil program rehabilitacije ali bil v šoli za KOPB,
- preveri znanje uporabe inhalacijskih pripomočkov,
- preveri tehniko inhaliranja,
- preveri prisotnost neželenih učinkov zdravljenja (hripavost – splakovanje ust),
- preveri cepljenje proti gripi in pnevmokoku,
- preveri poznavanje bolezni,
- preveri vztrajanje pri opustitvi kajenja (motivacijske tehnike).

Posegi zdravstvene nege DMS

- izmeri telesno težo in telesno višino in izračuna indeks telesne mase,
- izmeri krvni tlak,
- izmeri saturacijo s pulznim oksimetrom,
- izvede spirometrijo,
- preveri prisotnost dispnee, cianoze, bledice, pretibialnih edemov, aritmije, stopalnih pulzov,

- posname EKG,
- preveri znanje uporabe inhalacijskih pripomočkov,
- izvede 6–minutni test hoje pri bolniku.

Ukrepi DMS pri rednem pregledu bolnika s KOPB

- Dodatno izobrazí o bolezni ter ravnanju v primeru poslabšanja.
- Nauči bolnika (boljše) inhalacijske tehnike.
- Pri kadilcih izvede svetovanje za prenehanje kajenja po načelih motivacijskega intervjuja. Kadilca lahko napoti tudi v Center za krepitev zdravja v program za odvajanje od kajenja.
- Svetuje glede zdravega življenjskega sloga (prehrana, gibanje, alkohol).
- Motivira za redno jemanje zdravil in svetuje glede neželenih učinkov.

Preverjanje glede sočasnih bolezni

DMS pri rednem pregledu preverja, če so prisotni znaki najpogostejših sočasnih bolezni:

- kardiovaskularne bolezni (angina pektoris, arterijska hipertenzija, srčno popuščanje, KAF),
- osteoporoze,
- respiratornih infektov,
- anksioznosti in depresije,
- diabetesa,
- raka pljuč.

Triaža bolnikov s KOPB

DMS izvaja triažo bolnikov s KOPB po naslednjih načelih:

V istem dnevu so prednostno obravnavani:

- nenaročeni bolniki s KOPB, ko gre za hudo poslabšanje,
- bolniki, ki navajajo povečane simptome ob predhodno prilagojeni terapiji.

Na pregled se naročijo:

- bolniki, ki so v času od zadnjega pregleda utrpeli poslabšanje KOPB,
- bolniki, ki želijo osebni posvet z zdravnikom,
- bolniki, ki imajo v načrtu zdravljenja KOPB ob rednem pregledu predviden posvet z zdravnikom.

Poslabšanje KOPB

Če DMS pri rednem pregledu ugotovi, da se je bolezen pri bolniku poslabšala oziroma da je neurejena, bolnika napoti k ZDM. V primeru akutnega poslabšanja se nekateri bolniki najprej posvetujejo z DMS, če je ta laže dostopna, vendar bolnik s poslabšanjem KOPB sodi k zdravniku. DMS mora prepoznati znake poslabšanja. Aktivno poslabšanje je potrebno obravnavati takoj, poslabšanje, ki se je popravilo ob samoukrepitvi bolnika, na primer ob povečanju bronhodilatatorjev, pa lahko naroči na pregled v kratkem obdobju.

PRIROČNIK ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE

V obdobju poslabšanja bolezni se pomembno ojačajo dispneja, kašelj in/ali izkašljevanje. Bolniki lahko navajajo piskanje nad prsmi, stiskanje v prsih ali so utrujeni in slabega počutja. Lahko se poveča zapora dihal, poglobi respiracijska insuficienca in pojavijo motnje srčnega ritma ali znaki popuščanja srca. Akutni rinitis je zelo pogosto prvi znak poslabšanja KOPB, saj je virusna okužba dihal daleč najpogostejši vzrok za akutno poslabšanje KOPB.

Kriteriji urgentnega poslabšanja KOPB

Huda dispneja, raba pomožne dihalne miškulature, poslabšanje ali nastanek centralne cianoze, nastanek perifernih edemov, pulzna oksimetrija $\text{SaO}_2 < 90\%$ hemodinamska nestabilnost, znaki srčnega popuščanja, zaspanost, otopelost so znaki hudega poslabšanja, kjer je potrebna takojšnja obravnava pri zdravniku in napotitev v bolnišnico. Spirometrije ne opravimo, ker je zanesljivost meritev majhna. Bolnik potrebuje pojačano bronhodilatatorno terapijo (salbutamol, tiotropij), glukokortikoid 32 mg per os, kisik do 92 % saturacije in spremljanje vitalnih funkcij.

Zmerno poslabšanje KOPB

Pri znakih zmernega poslabšanja lahko DMS svetuje, največkrat v dogovoru z zdravnikom:

- Zmerno ojačanje bronhodilatatorne terapije – na primer kratkodelujoči simpatikomimetik v vdihovalniku preko velikega nastavka redno na 4–6 urne razmake. Ne ukinjamo dolgodelujočih simpatikomimetikov ali antiholinergikov.
- Antibiotik le ob vseh treh Anthonisnevih kriterijih (ojačana dispneja + povečana količina + ojačana gnojnost izmečka).
- Ob $\text{FEV}_1 < 50\%$ dodamo za 7 dni 16–32 mg metilprednizolona dnevno. Ob pridruženih boleznih, kot na primer sladkorni bolezn ali psihozi v anamnezi, smo pri predpisovanju kortikosteroidov previdni, potreben je skrben nadzor.

NAPOTITEV K PULMOLOGU

Zdravnik družinske medicine napoti bolnika s KOPB k pulmologu v naslednjih primerih:

Nujna napotitev je potrebna pri:

- nenadni zelo hudi dispneji (posebej ob dispneji v mirovanju),
- novi respiracijski insuficienci ali poslabšanju le-te.

Hitra napotitev je potrebna v primerih:

- znakov popuščanja desnega srca,
- pomembni soobolevnosti,
- novih motnjah srčnega ritma ali ob neuspehu začetnega, ambulantnega zdravljenja KOPB.

ZAKLJUČEK

V RADM poteka obravnava bolnika s KOPB s pomočjo DMS, ki skrbi za redni nadzor nad bolnikom in ugotavlja urejenost KOPB ter sistematično preverja številne dejavnike, ki na to vplivajo. Ob ugotovitvi poslabšanja KOPB je bolnik napoten k zdravniku družinske medicine, ki ukrepa po načelih kakovostne obravnave bolnika s KOPB.

LITERATURA

Poplas Susič T, Vodopivec Jamšek V, Košnik M, Šuškovič S, Živčec Kalan G. Vodenje kroničnih bolnikov. Protokol KOPB. Protokol vodenja kroničnega bolnika in ukrepanje ob zapletih/poslabšanjih. Dosegljivo 10. 1. 2015 na <http://www.referencna-ambulanta.si/?p=85>.

Šuškovič S, Košnik M. Nove smernice za trajno zdravljenje KOPB. Zdrav Vestn 2013; 82: 530–2.

Global initiative for chronic obstructive lung disease. Dosegljivo 5. 1. 2014 na http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2014_Jan23.

Jones PW, Harding G, Berry R, et al. Development and first validation of the COPD Assessment Test. Eur Respir J 2009; 34: 648–54.

Škrgat Kristan S, Šifrer F, Kopčavar Guček N, Osolnik K, Eržen R, Fležar M, Petek D, et al. Stališče do obravnave akutnega poslabšanja kronične obstruktivne pljučne bolezni (apKOPB). Zdrav Vestn 2009; 78: 19–32.

Vodopivec Jamšek V. Protokol za vodenje kroničnega bolnika v referenčni ambulanti družinske medicine. Zdrav Vestn 2013; 82: 711–7.

Poplas Susič T, Švab I, Kersnik J. Projekt referenčnih ambulant družinske medicine v Sloveniji. The project of model practices in family medicine in Slovenia. Zdrav Vestn 2013;82: 635–47.

5.5 VODENJE BOLNIKA Z ASTMO V REFERENČNI AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE

Davorina Petek

UVOD

Astma je heterogena bolezen, za katero je značilno kronično vnetje dihalnih poti in variabilni respiratorni simptomi, kot so piskanje, dispnea, stiskanje v prsnem košu in kašelj ter variabilna obstrukcija dihalnih poti.

POSTAVITEV DIAGNOZE

Diagnoza temelji na:

- Prisotnosti več kot enega opisanega simptoma, ki v času in po intenziteti variirajo in so često hujši ponoči ali zgodaj zjutraj.
- Sprožilcih simptomov: sprožijo/poslabšajo jih lahko telesni napor, virusni infekt, izpostava alergenu, sprememba vremena, dražljivci (cigaretni dim).
- Potrjena variabilna obstrukcija.
- Pozitiven bronhodilatatorni test (porast FEV1 > 12 %, in > 200 ml od izhodiščnih vrednosti 15 minut po inhalaciji 200–400 mcg salbutamola).
- Znatni porast pljučne funkcije po štirih tednih antiinflamatorne terapije (porast FEV1 > 12 %, in > 200 ml od izhodiščnih vrednosti 15 minut po inhalaciji 200–400 mcg salbutamola po štirih tednih od začetka zdravljenja).
- Pozitivni provokacijski test z metaholinom.
- Prekomerna variabilnost pljučne funkcije med obiski v ambulanti, merjena s PEF metrom $(PEF_{max} - PEF_{min}) / ((PEF_{max} + PEF_{min}) / 2)$. Vsako meritev izvedemo 3x, vzamemo najvišjo vrednost. PEF merimo 2x na dan, 1–2 tedna. Variabilnost > 10 % je pokazatelj astme).
- Alergološki kožni testi.

Diagnostični proces je lahko zahteven, včasih je težavna odločitev, ali gre za astmo ali KOPB, zato diagnostični postopek in začetno obravnavo izvede zdravnik družinske medicine v sodelovanju s pulmologom.

ZDRAVLJENJE ASTME

Zdravljenje astme je stopenjsko in pri tem uporabljamo več kategorij zdravil:

- Preprečevalce (inhalacijski glukokortikoidi, antagonisti levkotrienskih receptorjev), ki zmanjšujejo vnetje v dihalnih poteh, odpravljajo simptome astme in preprečujejo tveganje za poslabšanja.
- Olajševalce, ki odpravljajo preostale simptome, vključno s tistimi ob poslabšanju astme.

Najpomembnejše postavke zdravljenja astme so naslednje: glede na simptome zdravimo s kratkodelujočimi bronhodilatatorji, inhalacijskimi glukokortikoidi in z dolgodelujočimi bronhodilatatorji, da dosežemo

urejenost astme. Pri vztrajanju simptomov zdravljenje intenziviramo. Če je astma urejena, pa lahko po treh mesecih zmanjšamo zdravljenje. Ob tem je potreben tudi nadzor nad dejavniki tveganja za poslabšanje. Intenziviranje je lahko tudi kratkotrajno, na primer ob virusnem infektu. Želimo ugotoviti minimalni izbor in odmere zdravil, ki omogočajo urejenost astme, odsotnost simptomov, zmanjšujejo tveganje za poslabšanje in tveganje za neželene učinke zdravil.

Stopenjsko zdravljenje astme je prikazano v Tabeli 1.

Tabela 1. Stopenjsko zdravljenje astme

	KORAK 1	KORAK 2	KORAK 3	KORAK 4	KORAK 5
Prva izbira zdravila		nizek odmerek IGK	nizek odmerek IGK/LABA	srednji/visok odmerek IGK/LABA	napotiti na dodatno zdravljenje
Druga izbira zdravila	nizek odmerek IGK?	ATL; nizek odmerek teofilina	srednji/visok odmerek IGK; nizek odmerek IGK+ATL	visok odmerek IGK+ATL	nizek odmerek OGK
Olajševalec			SABA pp	SABA po potrebi ali nizek odmerek IGK/formoterol	

Legenda:

IGK: inhalacijski glukokortikoid, SABA: hitro delujoči simpatikomimetik beta2, LABA: dolgodelujoči simpatikomimetik beta2, ATL: antilevkotrien, OGK: oralni glukokortikoid

OBRAVNAVA BOLNIKA Z ASTMO V RADM

DMS skrbi in vzpostavlja register bolnikov z astmo v vsaki RADM. Register se dopolnjuje z novoodkritimi bolniki. Za astmo ne obstaja presejalni program, ampak se bolezen diagnosticira na podlagi zgoraj navedenih kriterijev ob pojavu značilnih simptomov, ki jih pri bolniku obravnava zdravnik družinske medicine.

Bolnike, ki so vključeni v register, DMS vsako leto vsaj 1x povabi na pregled, ki je namenjen ugotavljanju urejenosti astme. Zelo pomembna je edukacija samozdravljenja in pisni načrt ukrepanja ob poslabšanju. Bolniki, ki obvladajo samozdravljenje poslabšanja astme, morajo imeti za ustrezno ukrepanje predpisan PEF meter. Primer pisnega načrta za samozdravljenje, ki je predstavljen na spletni strani KOPA Golnik, je v prilogi.

PREGLED PRI DMS

Anamnestični podatki

- Življenjski slog (prehrana, gibanje, telesna dejavnost),
- kadilski status,
- urejenost astme v zadnjih štirih tednih z uporabo validiranega vprašalnika ACT (Asthma Control Test),
- poraba olajševalca,
- prisotno poslabšanje astme v zadnjem letu (oziroma od prejšnjega pregleda),

PRIROČNIK ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE

- prisotnost sprožilcev v okolju in na delovnem mestu,
- rednost jemanja zdravil, na primer z uporabo vprašalnika Morisky,
- prisotnost neželenih učinkov zdravil za zdravljenje astme,
- ostala kronična terapija (jemanje zdravil, ki so potencialni sprožilci poslabšanja),
- znanje samovodenja in ustreznost ukrepanja bolnika ob poslabšanju,
- psihosocialno stanje bolnika,
- sočasne bolezni, ki povečujejo tveganje za poslabšanje.

Posegi zdravstvene nege

Ob pregledu DMS:

- izmeri telesno težo,
- izmeri PEF (maksimalni pretok zraka v izdihu),
- izmeri krvni tlak, pulz,
- izmeri saturacijo kisika,
- opravi spirometrijo,
- oceni dnevne meritve PEF, ki naj jih bolnik izvaja vsaj 14 dni pred načrtovanim kontrolnim pregledom – meritve vsakodnevno vsaj zjutraj in zvečer, pa tudi ob težavah (Navodila bolniku!). To meritev naj opravljajo vsaj tisti bolniki, ki imajo večkrat poslabšanje astme.

Ukrepi DMS pri rednem pregledu bolnika z astmo

- Dodatno izobrazbi o bolezni ter ravnanju v primeru poslabšanja.
- Skupaj z zdravnikom in bolnikom naredi pisni načrt samozdravljenja astme.
- Preveri znanje uporabe inhalacijskih zdravil in nauči bolnika inhalacijske tehnike.
- Pri kadilcih izvede svetovanje za prenehanje kajenja po načelih motivacijskega intervjuja. Kadilca lahko napoti tudi v Center za krepitev zdravja v program za odvajanje od kajenja.
- Bolnika pouči, kako zmanjšati izpostavljenost alergenom v domačem okolju ali drugje.
- Bolnika nauči, kako se meri PEF in se dogovori, da bo pacient 14 dni pred naslednjim pregledom meril PEF.

Astma je lahko glede na podatke iz vprašalnika ACT urejena ali neurejena.

Kriteriji urejenosti astme

- Dnevni simptomi < 3x/teden,
- nočni simptomi < 1x/teden,
- brez poslabšanja astme v zadnjem obdobju,
- uporaba olajševalca < 3x/teden,
- glede na starost in druge okoliščine pričakovana telesna zmogljivost,

- normalen PEF/FEV1 (bodisi po normah ali pri bolniku, ki ga poznamo, po njegovem največjem poznanim PEF ali FEV1),
- amplituda cirkadianega nihanja PEF < 20 %.

Neurejena astma

- Astma je neurejena, če odstopa po 1 ali več kriterijih urejenosti.
- Astma je neurejena pri seštevku točk v vprašalniku ACT < 20.

Cilj zdravljenja

- Dobra kontrola simptomov ,
- sposobnost telesne aktivnosti,
- zmanjšanje tveganja poslabšanj, ireverzibilne obstrukcije in neželenih učinkov zdravil.

Ukrepi glede na urejenost astme

Bolnika z urejeno astmo in redkimi poslabšanji DMS naroči na redno kontrolo čez eno leto. Pri bolniku z neurejeno astmo je njen ukrep odvisen od tega, zakaj je neurejena in od izvida spirometrije (na primer nauči ga pravilne uporabe inhalacijskih zdravil, stimulira k rednemu jemanju zdravil, izobrazi glede izogibanja alergenov in drugo).

Bolnika z neurejeno astmo naroči k zdravniku družinske medicine, ki preveri ustreznost terapije in jo po potrebi stopnjuje. Bolnik je lahko pregledan kak drug dan. Če urejenosti astme na primarnem nivoju ni mogoče doseči, je potrebna napotitev k pulmologu.

Triaža bolnikov z astmo

DMS izvaja triažo bolnikov z astmo po naslednjih načelih:

V istem dnevu so prednostno obravnavani:

- bolniki z urgentnim poslabšanjem astme,
- bolniki, ki navajajo poslabšanje stanja ob že prilagojeni dozi zdravil.

Na pregled se naročijo:

- bolniki, ki so v času od zadnjega pregleda utrpeli poslabšanje astme,
- bolniki, ki želijo osebni posvet z zdravnikom,
- bolniki, ki imajo v načrtu zdravljenja astme ob rednem pregledu predviden posvet z zdravnikom.

Obravnavanje astme pri zdravniku

Ta del obravnave poteka po smernicah za obravnavo astme.

Zdravnik kontrolira bolnika z neurejeno astmo individualno:

- 1–3 mesece po uvedbi preprečevalca,
- 3–12 mesecev po tem,
- 1 teden po poslabšanju,

PRIROČNIK ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE

- intenziviranje zdravljenja: za 2–3 mesece, nato evalvacija,
- kratkotrajno intenziviranje: 1–2 tedna, na primer med virusnim infektom.

Tveganje za poslabšanje

- Simptomi astme,
- velika poraba SABA,
- odsotno/nezadostno/neustrezno zdravljenje z IGK,
- nizek FEV1, posebej < 60 % norme,
- psihosocialni ali ekonomski problem,
- izpostavljanje kajenju, alergenom,
- komorbidnosti: debelost, rinosinusitis, prehranska alergija,
- nosečnost,
- eozinofilija v izkašljaju ali krvi.

Poslabšanje astme

Poslabšanje astme nastopi praviloma počasi - v tednu ali dveh. Astma se v tem času zvezno poslabšuje preko urejene ali neurejene astme v poslabšanje bolezni. Med neurejeno astmo ter zmernim poslabšanjem astme je včasih težko razlikovati. Poslabšanje astme ali neurejenost astme se lahko kaže le s pogostejšo nočno astmo ali hujšimi simptomi ob enaki stopnji telesne obremenitve. Načeloma zdravimo oboje enako, s povečanjem odmerka ali dodajanjem dodatnih protivnetnih zdravil.

Urgentno poslabšanje astme

Se kaže s hudo klinično sliko dispneje, FEV1 < 50 % norme in se po uporabi 4 vdihov olajševalca ne povzpne na > 70 %. Potrebna je nujna napotitev v bolnišnico oziroma na urgentni oddelek, ob ukrepih metilprednisolon 32–64 mg per os, salbutamol 1 vdih na 1–4 minute, kisik do saturacije O₂ = 92 % in spremljanje vitalnih znakov.

NAPOTITEV K PULMOLOGU

Zdravnik družinske medicine napoti bolnika z astmo k pulmologu v naslednjih primerih:

- potreba po dodatni alergološki diagnostiki,
- dvom v diagnozo,
- sum na poklicno astmo,
- predoperativna priprava bolnika s slabo urejeno astmo,
- sum na aspirinsko intolerance, GERB,
- persistentna, slabo urejena astma s pogostimi poslabšanji,
- težka astma (stalno velik odmerek IGK > 50 % dni potreba po oralnem metilprednizolonu),
- življenje ogrožujoče poslabšanje v preteklosti,

- neželeni učinki zdravil,
- hkratni sistemski simptomi, ki kažejo na zaplete astme (na primer alergijsko bronhopulmonalno miko-
zo).

ZAKLJUČEK

V RADM poteka obravnava astme s pomočjo DMS, ki skrbi za redni nadzor nad bolnikom in ugotavlja urejenost astme ter sistematično preverja številne dejavnike, ki na to vplivajo. Ob ugotovitvi neurejene astme je bolnik napoten k zdravniku družinske medicine, ki ukrepa po načelih kakovostne obravnave bolnika z astmo.

LITERATURA

Poplas Susič T, Vodopivec Jamšek V, Košnik M, Živčec Kalan G, Šuškovič S. Vodenje kroničnih bolnikov. Protokol astma. Protokol vodenja kroničnega bolnika in ukrepanje ob zapletih/poslabšanjih. Dosegljivo 10. 1. 2015 na <http://www.referencna-ambulanta.si/?p=81>.

Global management for asthma management and prevention. Revised 2014. 2014 Global initiative for Asthma. Dosegljivo 5. 1. 2015. na http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Report_2014_Aug12.pdf.

Šuškovič S, Košnik M, Fležar M, Živčec Kalan G, Škrbat Kristan S, Morgan T, et al. Stališče Bolnišnice Golnik – KOPA, Združenja pneumologov Slovenije in Katedre za družinsko medicino do obravnave odraslega bolnika z astmo. Zdrav Vestn 2007; 76 (6): 369–79.

Vodopivec Jamšek V. Protokol za vodenje kroničnega bolnika v referenčni ambulanti družinske medicine. Zdrav Vestn 2013; 82: 711–7.

Poplas Susič T, Švab I, Kersnik J. Projekt referenčnih ambulant družinske medicine v Sloveniji. The project of model practices in family medicine in Slovenia. Zdrav Vestn 2013;82: 635–47.

Šuškovič S, Košnik M, Fležar M, Osolnik K, Zidarn M, Škrbat S. Stališča Bolnišnice Golnik-KOPA za obravnavo persistentne astme pri odraslem. Dosegljivo 10. 1. 2015 na http://www.klinika-golnik.si/uploads/si/strokovna-javnost/strokovne-publikacije/staliska_KOPA_do_obravnave_trajne_astme_pri_odraslih.pdf.

Pisni načrt samozdravljenja poslabšanja astme (dosegljivo na <http://www.klinika-golnik.si/dejavnost-bolnisnice/opis-bolezni-in-preiskav/datoteke/pisni-nacrt-samozdravljenja-poslabsanja-astme.pdf>).

5.6 DEPRESIJA

Janez Rifel

UVOD

Depresija ni tipična kronična bolezen, ker med posameznimi epizodami depresije lahko pacient živi popolnoma normalno življenje brez kakršnekoli terapije. V celem življenju ima lahko pacient samo eno epizodo depresije. Vendar vsaka epizoda depresije poveča tveganje za ponoven pojav depresije v prihodnosti. Po treh epizodah depresije pa je vedno indicirano dolgotrajno vzdrževalno zdravljenje. Tako je depresija nihajoča bolezen razpoloženja z izboljšanimi, zazdravitvami in recidivi boleznimi.

PREPOZNAVANJE DEPRESIJE

Klinični pogovor je najučinkovitejša metoda za določanje depresije. Pomembno je odprto in varno vzdušje brez hitenja. Za pomoč pri prepoznavanju depresije se lahko uporabijo različne veljavne ocenjevalne lestvice. V zanesljivosti teh lestvic ni pomembnih razlik. V referenčni ambulanti družinske medicine se uporablja lestvica PHQ-9 (glej prilogo).

Pomembne točke diagnostičnega intervjuja so:

- izraženost simptomov in njihovo trajanje (ne samo štetje simptomov),
- prisotnost drugih duševnih motenj in odzivi na zdravljenje,
- prisotnost obdobj privzdignjenega razpoloženja (bipolarna motnja!),
- prisotnost samomorilnih misli, načrtov in poskusov samomora,
- obširna osebna in družinska anamneza,
- najpomembnejša je dobra komunikacija med zdravnikom, medicinsko sestro, bolnikom in svojci.

ZDRAVLJENJE

Kadar je le mogoče, je cilj terapevtske intervencije popolno izginotje simptomov (remisija), kar je povezano z boljšo kakovostjo življenja in manjšo verjetnostjo ponovitve bolezni.

Splošni ukrepi

Bolnikom z depresijo svetujemo glede higiene spanja.

Aktivno spremljanje:

- pogovor o težavah in skrbah,
- informiranje o klinični sliki in poteku depresije,
- kontrola čez 2 tedna,
- bolnika se kontaktira, če ne pride na kontrolni pregled.

Psihosocialne intervencije

Psihosocialne intervencije lahko razdelimo na tiste z nizko intenzivnostjo in tiste z visoko intenzivnostjo. Psihosocialne intervencije z nizko intenzivnostjo so primerne za bolnike z vztrajnimi podpražnimi depresivnimi simptomi (vztrajnimi depresivnimi simptomi, ki pa ne dosegajo kriterijev za diagnozo depresije torej števila in/ali izraženosti simptomov) in bolnike z blago ali zmerno depresijo. Te intervencije so na primer:

- individualna vodena samopomoč, ki temelji na principih kognitivno-vedenjske terapije,
- računalniška kognitivno-vedenjska terapija,
- strukturirana skupinska telesna vadba.

Psihosocialne intervencije z visoko intenzivnostjo so namenjene bolnikom s podpražnimi simptomi depresije, blago ali zmerno depresijo, pri katerih ni bilo izboljšanja po drugih intervencijah. Psihosocialne intervencije z visoko intenzivnostjo so na primer:

- kognitivna vedenjska terapija,
- interpersonalna terapija,
- vedenjska aktivacija,
- partnerska vedenjska terapija, če ima bolnik rednega partnerja in kjer partnerski odnos lahko vpliva na razvoj in vztrajanje depresije, ali pa kjer bi vključitev partnerja imela pozitiven terapevtski učinek.

Za bolnike z zmerno in s hudo depresijo je priporočljiva kombinacija terapije z antidepresivi in s psihosocialno intervencijo visoke intenzivnosti.

Zdravljenje z zdravili

Rutinska uporaba antidepresivov za zdravljenje ljudi s podpražnimi depresivnimi simptomi in za zdravljenje blage depresije ni priporočljiva, ker je razmerje med tveganjem in učinkovitostjo slabo.

Izbira antidepresiva

Zdravniki, ki predpisujejo antidepresive, ponavadi zelo dobro poznajo in imajo izkušnje z manjšim številom antidepresivov. Posamezne skupine zdravil in posamezna zdravila se med seboj bolj razlikujejo po stranskih kot dejanskih učinkih. Nekateri zdravniki zato predpisujejo različna zdravila glede na različne simptome, ki jih imajo depresivni bolniki, na primer bolnikom, ki imajo motnje spanja, predpišejo tista zdravila, ki imajo poleg antidepresivnega tudi sedativni stranski učinek. Sedativne učinke imajo: sertralin, mirtazapin in tudi nekateri drugi antidepresivi.

Neželeni učinki antidepresivov

Če se pojavijo neželeni učinki zgodaj po začetku zdravljenja, se uporabi eno od treh strategij:

- aktivno spremljanje simptomov, če so stranski učinki blagi in jih bolnik dobro prenaša,
- prekinitve zdravljenja ali zamenjava z drugim antidepresivom,
- kratkotrajno zdravljenje z benzodiazepini, če je bolnik anksiozen, nemiren ali ima težave s spanjem, razen pri bolnikih s kroničnimi anksioznimi simptomi; ta terapija naj ne traja dlje kot 2 tedna zaradi preventive zasvojenosti z benzodiazepini.

ORGANIZACIJA OBRAVNAVE BOLNIKA Z DEPRESIJO

Srednja medicinska sestra v ambulanti skrbi za naročanje bolnikov, bolniku pred prihodom v ambulanto lahko ponudi vprašalnik za prepoznavanje depresije za presejanje ali spremljanje intenzivnosti depresivnih simptomov. Obravnave pacientov z depresijo so praviloma daljše, to mora sestra upoštevati pri naročanju pacientov (na primer za enega pacienta rezervira dva termina). Preventivo in vrednotenje vprašalnikov v referenčni ambulanti družinske medicine prevzame diplomirana medicinska sestra.

Diplomirana medicinska sestra lahko od zdravnika prevzame del kontrolnih pregledov bolnikov, pri katerih je depresija v remisiji.

Kontrolni obiski

Bolniki, ki so začeli jemati antidepresiv in niso samomorilno ogroženi:

- kontrola čez 2 tedna,
- nato redne kontrole na 2 do 4 tedne v prvih treh mesecih,
- če je terapevtski učinek antidepresiva dober, so lahko kontrole v daljših intervalih (od 4 do 12 tednov).

Bolniki, ki so začeli jemati antidepresive in so samomorilno ogroženi ali mlajši kot 30 let:

- prva kontrola čez en teden,
- nato vsakič posebej ocenimo samomorilno ogroženost in temu primerno določimo datum kontrole.

Če pri bolniku ni izboljšanja po dveh do štirih tednih, je treba preveriti, ali bolnik redno in pravilno jemlje antidepresive. Če po treh do štirih tednih jemanja antidepresiva ni učinka ali je le-ta minimalen, se lahko zviša doza antidepresiva, če bolnik nima stranskih učinkov in še ne prejema maksimalne doze, ali pa se predpiše drug antidepresiv.

Če je pri bolniku po 4 tednih jemanja antidepresiva prišlo do delnega izboljšanja, se nadaljuje z istim zdravilom še od 2 do 4 tedne. Če po tem obdobju še vedno ni zadovoljivega izboljšanja ali stranski učinki niso izzveneli ali bolnik želi drugo zdravilo, je priporočljivo zamenjati antidepresiv.

Nadaljevanje terapije in preventiva ponovitev

Bolnika, ki mu je antidepresiv pomagal, je treba spodbujati, naj jemlje antidepresiv vsaj še 6 mesecev po remisiji depresivne epizode. To zelo zniža verjetnost ponovitve bolezni. Pri bolnikih, ki so preboleli že več epizod depresije, ali imajo še rezidualne depresivne simptome ali kronično telesno bolezen ali pridružene psihosocialne težave, je potrebno razmisliti o jemanju antidepresiva še dlje kot 6 mesecev po remisiji. Pri bolnikih, pri katerih obstaja velika verjetnost, da se bo depresija ponovila, se antidepresiv jemlje še vsaj 2 leti.

Prenehanje jemanja antidepresiva

Pri končanju terapije z antidepresivi lahko pride do različnih simptomov, ki pa so običajno mili in minejo v enem tednu. Težave se lahko pojavijo, tudi ko bolniki en dan pozabijo vzeti zdravilo, ali če se zmanjša doza zdravila. Simptomi pa so lahko tudi hujši, še posebej, če se zdravilo nenadoma preneha jemati.

Priporočljivo je postopoma nižati dozo antidepresiva, običajno v obdobju 4 tednov, ko se nato preneha z jemanjem.

NAPOTITVE K SPECIALISTU

80 % bolnikov z depresijo lahko vodi zdravnik družinske ambulante s svojo ekipo. Napotitve k psihiatru ali k drugim strokovnjakom (psiholog, psihosocialni terapevti, socialni delavec ...) tako zajemajo le manjši del bolnikov, pri katerih pa je depresija zmerna ali huda in so pridružene še druge bolezni, motnje ali to zahtevajo neugodne socialne razmere. Depresivna epizoda v sklopu bipolarnе motnje je indikacija za napotitev na sekundarni nivo.

Dejavniki, ki kažejo na splošne nasvete in aktivno spremljanje:

- 3 ali manj depresivnih simptomov,
- simptomi niso prisotni večino dni, ali ne trajajo dva tedna skupaj,
- nedaven začetek težav z znanim stresorjem,
- v osebni ali družinski anamnezi ni depresije,
- dobro socialno omrežje,
- ni samomorilnih misli.

Dejavniki, ki kažejo na bolj aktivno zdravljenje na primarnem nivoju:

- 4 ali več simptomov z vplivom na vsakdanje življenje,
- dolgotrajni in trdovratni simptomi,
- depresija v osebni ali družinski anamnezi,
- slabo socialno omrežje,
- občasne samomorilne misli.

Dejavniki, ki kažejo na napotitev k psihiatru:

- neprimeren ali nezadosten odziv na dve ali več različnih intervencij,
- ponovna epizoda depresije, prej kot v enem letu od konca prejšnje,
- sum na bipolarno motnjo v anamnezi,
- bolnik sam ali njegovi svojci želijo obravnavo pri psihiatru,
- bolj vztrajne samomorilne misli,
- zanemarjenost bolnika.

Dejavniki, ki kažejo na urgenten sprejem v psihiatrično kliniko:

- aktivne samomorilne misli in načrti,
- psihotični simptomi,
- psihomotorna agitacija s hudimi depresivnimi simptomi,
- huda zanemarjenost in samodestruktivnost bolnika.

ZAKLJUČEK

Nezdravljena epizoda depresije traja od 6 do 13 mesecev (v povprečju 10 mesecev), zdravljena pa 3 mesece. V enem letu po zaključku depresivne epizode se pri eni tretjini pacientov pojavi nova epizoda depresije.

Depresija je smrtno nevarna bolezen predvsem zaradi možnosti samomora. Depresivni pacienti imajo večjo obolevnost in smrtnost tudi zaradi možnosti drugih kroničnih bolezni, na primer koronarne bolezni in diabetesa.

LITERATURA

Kunnamo I, ed. Na dokazih temelječe medicinske smernice. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine; 2006.

Depression in adults: NICE guidance. Dosegljivo na: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/cg90-depression-in-adults-full-guidance2>.

Pregelj P, Kores Plesničar B, Tomori M, Zalar B, Gregorič Kumperščak H, Kravos M. Psihijatrija. Ljubljana: Psihijatrična klinika & Pleško, 2013.

Švab I, Rotar Pavlič D, (ur.). Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine & Planprint, 2012.

5.7 DIAGNOSTIKA, ZDRAVLJENJE IN SPREMLJANJE BOLNIKA Z OSTEOPOROZO

Jana Govc Eržen

UVOD

Osteoporozna je sistemska bolezen kosti. Najpogostejši osteoporozni zlomi so zlomi vretenc, kolka, zapestja in nadlahtnice, pojavljajo se že pri majhnih poškodbah.

Osteoporozni zlomi so pogosti, do konca življenja bo vsaj enega od štirih najpogostejših zlomov doživela vsaka druga ženska, stara 50 let, in vsak peti, enako star, moški.

Trdnost kosti določata mineralna kostna gostota in kakovost kosti. Največja kostna masa je pri posamezniku v 60–80 % odvisna od dednih dejavnikov. Zelo intenzivno je zmanjševanje kostne mase pri ženskah neposredno po menopavzi, ko se lahko v prvih petih do sedmih letih zmanjša tudi za 3 do 5 % letno. Poleg dednosti imajo pomembno vlogo pri nastanku osteoporoze dejavniki tveganja, na katere lahko vpliva vsak posameznik. Ti dejavniki tveganja so: nezdrava prehrana s premalo kalcija in vitamina D, premalo izpostavljanja soncu, kajenje, tvegano uživanje alkoholnih pijač in telesna nedejavnost. Če so ti dejavniki tveganja izraženi že v mladosti, bo mladostnik dosegel nižjo maksimalno kostno maso kot genetsko določeno in bo imel večjo možnost za nastanek osteoporoze v odraslem obdobju.

DIAGNOSTIKA OSTEOPOROZE IN ZAČETNA OBRAVNAVA BOLNIKA Z OSTEOPOROZO

Poznamo dve obliki osteoporoze:

- Primarna osteoporozna (juvenilna, idiopatska, pomenopavzalna, senilna) se pojavlja pri obeh spolih, ne glede na starost, najpogosteje pri ženskah po menopavzi.
- Sekundarna osteoporozna nastane kot posledica drugih obolenj in kot posledica zdravljenja. Najpogostejši vzroki za nastanek sekundarne osteoporoze so: hipogonadizem pri obeh spolih, hiperkalciurija, hiperparatiroidizem, malabsorpcija, hipertiroidizem in zdravljenje z glukokortikoidi.

Za osteoporozo je značilno, da nima kliničnih znakov, dokler se ne zgodi osteoporozni zlom.

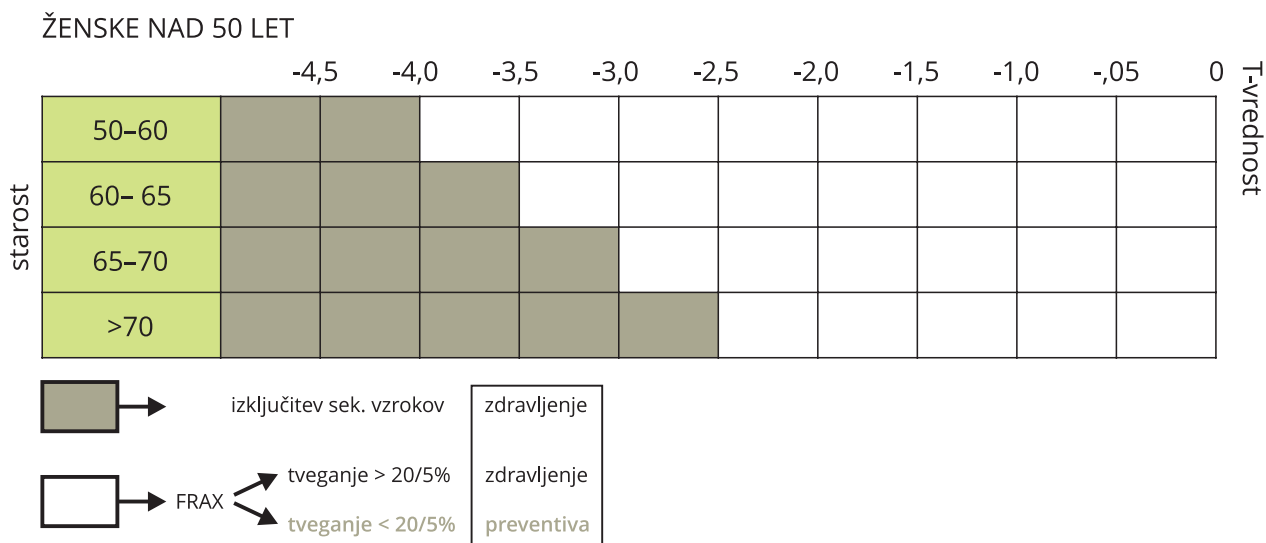
Pri postavitvi diagnoze zdravnik opravi:

- usmerjeno **anamnezo** (osebno in družinsko): vnos kalcija s prehrano, dejavniki tveganja, ki so povezani z življenjskim slogom (kajenje, tvegano uživanje alkoholnih pijač, telesna nedejavnost; izguba telesne teže po 25 letu starosti, večja od 10 %; prezgodnja menopavza; uživanje metilprednizolona ali ekvivalenta vsaj 4 mg dnevno vsaj tri mesece kadarkoli v življenju; nagnjenost k padcem, težave pri vstajanju s stola brez pomoči rok; demenca, predhodni osteoporozni zlomi, zlom kolka pri starših).
- **Klinični pregled** vključuje merjenje telesne teže in telesne višine ter izračun indeksa telesne mase; zaradi možnosti klinično nemih zlomov vretenc mora zdravnik natančno pregledati hrbtenico in biti pozoren na morebitno poudarjeno torakalno kifozo; zmanjšanje telesne višine za več kot 4 cm od najvišje izmerjene telesne višine je lahko posledica osteoporoznega zloma vretenca.
- **Diagnostične preiskave:** pri bolnikih, kjer je ugotovljeno zmanjšanje telesne višine za več kot 4 cm, opravi stranski rentgenski posnetek torakalne in ledvene hrbtenice.

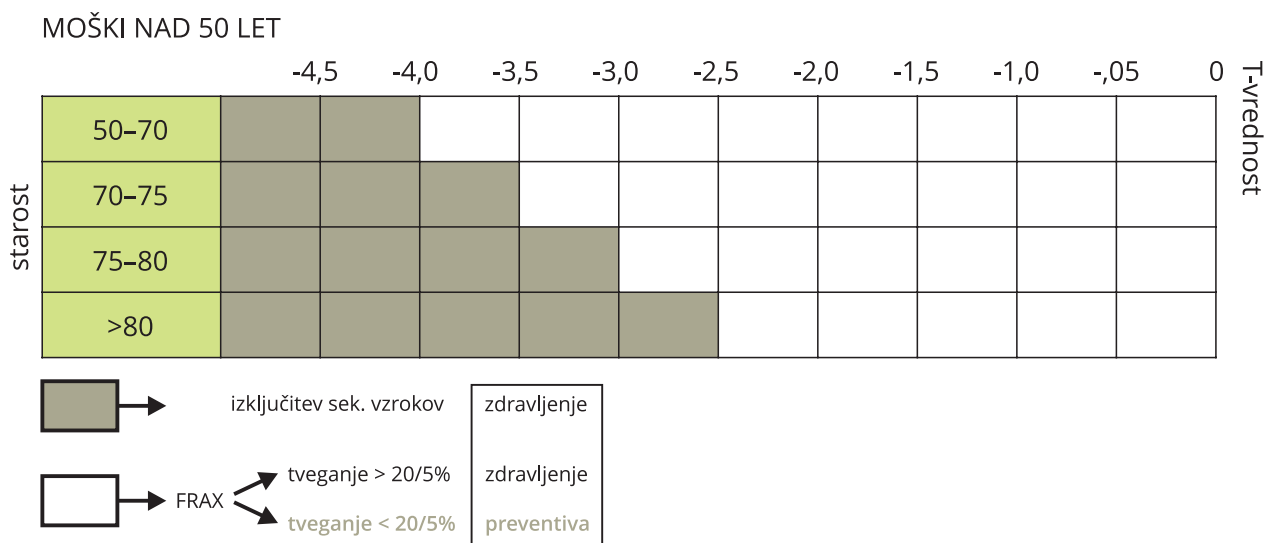
PRIROČNIK ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE

- Za izključitev sekundarne osteoporoze zdravnik opravi naslednje **laboratorijske preiskave**: hemo-gram, kalcij, fosfat, alkalna fosfataza, kreatinin, transaminaze in TSH, pri dokazanem zlomu vretenca ali močnem kliničnem sumu nanj pa še proteinogram.
- Preveri **izvide DXA**, če so na voljo.

Pri odločitvi za zdravljenje na podlagi izvida DXA zdravnik družinske medicine poleg najnižje T-vrednosti na dogovorjenih mestih (povprečje ledvenih vretenc, vrat stegenice, celoten kolk, izjemoma distalna tretjina koželjnice) upošteva še spol in starost preiskovanca kot dva najpomembnejša neodvisna klinična dejavnika za zlom. V ta namen uporabljamo shemo za ženske kot prikazuje Slika 1 in za moške kot prikazuje Slika 2.



Slika 1. Shema za odločitev o zdravljenju na podlagi meritve DXA za ženske



Slika 2. Shema za odločitev o zdravljenju na podlagi meritve DXA za moške

Potrditev diagnoze osteoporoze:

- Zdravnik družinske medicine preveri izračun vrednosti FRAX, ki ga je opravila DMS.
- Zdravnik družinske medicine preveri rezultate meritev MKG (če so na voljo).
- Diagnozo postavi na osnovi anamneze, klinične slike, vrednosti FRAX in/ali vrednosti MKG na osnovi DXA meritve.

DXA meritev je samoplačniška. Na napotnico jo je mogoče opraviti le v primeru, če gre za sekundarno obliko osteoporoze. V to skupino sodijo:

- bolniki, ki prejemajo glukokortikoide, starejše oblike antiepileptikov, zaviralce aromataze zaradi raka dojke, antiandrogene zaradi raka prostate;
- bolniki, ki se zdravijo zaradi bolezni, ki znižujejo MKG.

Odločitev o zdravljenju osteoporoze

Zdravnik družinske medicine priporoča zdravljenje osteoporoze:

- vsem bolnikom, ki so utrpeli osteoporozni zlom,
- na podlagi izmerjene MKG z DXA v skladu s priporočili,
- na podlagi ocenjenega tveganja za osteoporozne zlome z računalniškim modelom FRAX, ki ga opravi diplomirana medicinska sestra v okviru preventivnega pregleda ali ga zdravnik družinske medicine opravi sam.

Pri spremljanju zdravljenja lahko uporabljamo merjenje MKG z DXA, pri čemer upoštevamo načelo, da prvo kontrolno meritev napravimo eno do dve leti po uvedbi ali zamenjavi zdravila, nato pa pri ugodnem rezultatu manj pogosto. Pogosteje kontroliramo, če gre za nedavno menopavzo, nizko izhodno vrednost MKG, predhodne osteoporozne zlome ali druge klinične dejavnike tveganja za zlome. DXA je lahko v pomoč pri odločitvi za ali proti zdravljenju z zdravili, ko je izračunano tveganje po FRAX le zmerno, to je med 10 in 20 %.

ZDRAVLJENJE OSTEOPOROZE Z ZDRAVILI

Cilj zdravljenja osteoporoze je preprečevanje osteoporoznih zlomov. Želimo preprečiti že prvi zlom ali pa vsaj nove zlome pri bolnikih, ki so osteoporozni zlom že utrpeli. Zdravstvenovzgojno svetovanje izvaja diplomirana medicinska sestra, farmakoterapija je v izključni domeni zdravnika družinske medicine.

Farmakološko zdravljenje osteoporoze vključuje zdravila z antiresorptivnim, anaboličnim in kombiniranim učinkom.

Bisfosfonati so zdravila prve izbire za zdravljenje osteoporoze. So učinkoviti zaviralci kostne resorpcije, ki vplivajo na zmanjšanje pogostnosti vretenčnih kot tudi nevretenčnih zlomov. Alendronat (70 mg/teden) in risedronat (35 mg/teden ali 75 mg na dva zaporedna dneva v mesecu) dokazano preprečujeta vse vrste osteoporoznih zlomov. Ibandronat (150 mg/mesečno ali 3 mg/3 mesece i.v.) zmanjšuje tveganje za nastanek vretenčnih zlomov. Zoledronat (5 mg/leto v kratkotrajni infuziji) dokazano zmanjšuje incidenco vseh vrst osteoporoznih zlomov. Stranski učinki zdravljenja s peroralnimi bisfosfonati se kažejo predvsem s strani zgornjega gastrointestinalnega trakta kot ezofagitis, razjede in zožitve požiralnika. Zelo redko pride po dolgotrajnem zdravljenju do osteonekroze čeljusti in do atipičnih zlomov stegenice.

Raloksifen spada v skupino selektivnih modulatorjev estrogenskih receptorjev in na kost učinkuje podobno kot estrogen. Preprečuje izgubo kostne mase in zmanjšuje tveganje za nastanek vretenčnih zlomov pri ženskah v postmenopavzi za 30–50 %, zmanjšuje pojavnost estrogensko odvisnega raka dojk in povečuje tveganje za nastanek venske tromboembolije. Dnevni odmerek znaša 60 mg.

Stroncijev ranelat domnevno stimulira tvorbo in zavira resorpcijo kosti, zmanjšuje tveganje za vretenčne kot tudi za nevretenčne zlome. Priporočeni dnevni odmerek je 2 g/dan. Po priporočilu Evropske agencije za zdravila lahko stroncijev ranelat predpišemo le bolnicam in bolnikom, ki imajo visoko tveganje za zlome, zdravljenje z drugimi zdravili za osteoporozo pa ni mogoče.

Rekombinantni humani paratiroidni hormon teriparatid je učinkovit pri preprečevanju vertebralnih in nevertebralnih osteoporoznih zlomov, vpliva na povečanje števila in aktivnost osteoblastov in posledično na povečanje kostne mase. Stimulira tvorbo tako trabekularne kot tudi kortikalne kosti. Zdravilo dajemo podkožno, 20 µg/dan. Možni stranski učinki so krči, slabost in glavobol.

Denosumab je humano monoklonsko protitelo, ki zavira receptorski aktivator RANKL (receptor aktivator jedrnega faktorja -κB ligand) in na ta način deluje kot najmočnejši znani zaviralec kostne resorpcije. Zmanjša tveganje za vse vrste osteoporoznih zlomov. Morda poveča tveganje za celulitis, kožni ekcem, zelo redko ga povezujejo z osteonekrozo čeljusti in atipičnimi zlomi stegenice.

KAKO DOLGO ZDRAVIMO OSTEOPOROZO?

Nprekinjeno lahko zdravimo osteoporozo toliko časa, kot je v raziskavah dokazana učinkovitost in varnost posameznih zdravil za osteoporozo:

- Bisfosfonati: 5 do 10 let, zoledronska kislina 3 do 6 let,
- Stroncijev ranelat: do 10 let,
- Denosumab: do 10 let,
- Teriparatid: 2 leti, le enkrat v življenju,
- Raloksifen: do 8 let,
- hormonsko nadomestno zdravljenje (HNZ): dolžino zdravljenja naj opredeli ginekolog, običajno največ 5 let.

SPREMLJANJE BOLNIKA Z OSTEOPOROZO

Pogovor bolnika z DMS po treh mesecih zdravljenja je najbolj učinkovita metoda za izboljšanje adherence.

Načrtovani obisk naj vsebuje:

- motivacijo za zdrav način življenja, po potrebi dodatno zdravstvenovzgojno svetovanje,
- meritve (telesna teža in višina, indeks telesne mase),
- preverjanje morebitnih stranskih učinkov zdravil,
- razlaga pomena rednega jemanja zdravil.

V primeru, da bolnik poroča o stranskih učinkih zdravil, bolnika po predhodnem dogovoru napoti na pregled k zdravniku družinske medicine.

Trajna ambulantna oskrba bolnika z osteoporozo obsega načrtovane in izredne obiske ali druge oblike stikov. Načrtovani obiski so namenjeni spremljanju bolnikovega zdravstvenega stanja, spodbujanju njegovega sodelovanja v procesu zdravljenja zaradi izboljšanja adherence ter spremljanju učinkovitosti zdravljenja. Načrtovane kontrolne preglede izvajamo enkrat letno. Izredni obiski so namenjeni reševanju nenadnih in nepredvidenih težav. Zagotovimo takojšnji dostop do zdravstvenega tima.

NAPOTITVE K SPECIALISTU ENDOKRINOLOGU ALI DRUGEMU SPECIALISTU

Napotitev k endokrinologu (ali k drugemu ustreznemu specialistu) je potrebna, kadar gre za endokrini (ali drug) sekundarni vzrok osteoporoze, za premenopavzalno osteoporozo ali osteoporozo pri moškem, ki je mlajši od 50 let ter v primeru neučinkovitosti ali neprenašanja zdravil.

NUJNA STANJA

Vsakega bolnika, ki je utrpel osteoporozni zlom pod »nujno« napotimo k travmatologu (ali k ortopedu). Nujno stanje predstavljata tudi huda hipokalciemija ali hiperkalciemija.

ZAKLJUČEK

V referenčni ambulanti družinske medicine poteka obravnava bolnikov z osteoporozo ob pomoči diplomirane medicinske sestre, ki izvaja presejanje, načrtovano in sistematsko ugotavlja posamezne dejavnike tveganja, ki vplivajo na poslabšanje bolezni ter izvaja učinkovito zdravstveno- vzgojno svetovanje. Na osnovi ugotovitev in v skladu s strokovnimi usmeritvami bolnika napoti k zdravniku družinske medicine.

LITERATURA

Kocjan T, Preželj J, Pfeifer M, Jensterle Sever M, Čokolič M, Zavrtnik A. Smernice za odkrivanje in zdravljenje osteoporoze. Zdravniški vestnik 2013; 82 (IV): 207–17.

Kocjan T, Govc Eržen J. Protokol vodenja bolnikov z osteoporozo. Dosegljivo 4. 11. 2016 na: <http://www.referencna-ambulanta.si/?p=1377>.

Kocjan T, Govc Eržen J. Protokol vodenja bolnikov z osteoporozo, Slovensko osteološko društvo, 2016.

Kocjan T. Napotitev k internistu – endokrinologu. V: Fras Z, Poredoš P, (ur.) Stopnje nujnosti in kaj je potrebno opraviti pri bolniku pred napotitvijo na specialistični pregled k specialistu internistu. Ljubljana: Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta v Ljubljani in Interna klinika, Univerzitetni klinični center; 2008. pp. 39–49.

Preželj J, Pfeifer M, Kocjan T, Sabati Rajič A, Gantar Rott U, Jensterle Sever M et al. Novosti o vitamin D in kalciju v zdravljenju osteoporoze. Isis 2008; 17: 74–5.

Papaioannou A, Morin S, Cheung AM, Atkinson S, Brown JP, Feldman S, et al. 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: summary. Canadian Medical Association Journal. 2010; 182: 1864–73.

Govc-Eržen J. Vidik zdravnika družinske medicine pri obravnavi bolnika z osteoporozo. V: Tušek Bunc K, (ur.) 6. mariborski kongres družinske medicine. Družinska medicina 2010; 8 (suppl. 5).

6. PRILOGE

Priloga številka 1:

ALGORITEM ODLOČANJA IN UKREPANJA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE V PROCESU IZVAJANJA PREVENTIVNEGA PREGLEDA V REFERENČNI AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE

DRUŽINSKA ANAMNEZA

Vprašanja iz osnovnega vprašalnika, ki se nanašajo na družinsko anamnezo (vprašanja pod točko 1).

1. Ali je imel kdo v družini (starši, bratje, sestre, polbratje, polsestre):

a)	zvišan krvni tlak?	DA.	NE.
b)	katero od izraženih oblik aterosklerotične bolezni: srčni infarkt, angina pektoris, možganska kap, periferna bolezen arterij na nogah (moški pred 55. letom, ženske pred 65. letom)?	DA.	NE.
c)	sladkorno bolezen tipa 2?	DA.	NE.
d)	Družinska obremenjenost za raka debelega črevesa in danke		
	1. Je med vašimi sorodniki prvega reda (oče, mati, sin, hči, brat sestra, polbrat, polsestra) kdo zbolel za rakom debelega črevesa ali danke pred 60 letom?	DA.	NE.
	2. Sta najmanj dva vaša krvna sorodnika (sorodniki prvega reda, stari starši, bratranci, sestrične, tete, strici) zbolela zaradi raka debelega črevesa ali danke?	DA.	NE.
	3. So v vaši družini vsaj trije sorodniki prvega reda (starši, brat, sestra, polbrat, polsestra) zboleli za enim od sledečih rakov: rak debelega črevesa ali danke, rak materničnega vratu, rak želodca?	DA.	NE.

Obravnavanje pacientov v RADM glede na družinsko obremenjenost

DRUŽINSKA OBREMENJENOST	VEČJA OGROŽENOST ZA	UKREP
Zvišan krvni tlak.	Zvišan krvni tlak, SŽB.	Pacienta spodbudite k redni samokontroli in razložite povečano ogroženost za zvišan krvni tlak. Pacienta spodbujajte k upoštevanju preventivnih ukrepov oziroma zdravega življenjskega sloga.
Moški pred 55 letom, ženske pred 65 letom: srčni infarkt, angina pektoris, možganska kap, periferna bolezen arterij na nogah.	SŽB.	V primeru pozitivne družinske anamneze prezgodnje aterosklerotične bolezni pomnožimo celokupno absolutno srčno-žilno ogroženost, ki jo izračunamo po Framinghamu, s faktorjem 2 oziroma jo uvrstimo v eno kategorijo višje.
Sladkorna bolezen tipa 2.	Preddiabetesna stanja in SB tipa 2.	Podatek ocenjuje zdravnik skupaj z izvidom koncentracije KS na tešče.

DRUŽINSKA OBREMENJENOST	VEČJA OGROŽENOST ZA	UKREP
Med sorodniki prvega reda (oče, mati, sin, hči, brat sestra, polbrat, polsestra) so zboleli za rakom debelega črevesa ali danke pred 60 letom starosti.	Polipi in rak DČD.	Indicirana kolonoskopija 10 let pred starostjo, ko je sorodnik prvega reda zbolel ali najkasneje v starosti 40 let. Pacienta usmerite k ZDM.
Najmanj dva vaša krvna sorodnika (sorodniki prvega reda, stari starši, bratranci, sestrične, tete, strici) sta zbolela zaradi raka debelega črevesa ali danke.	Polipi in rak DČD.	Vzrok za bolj pogosto pojavljanje raka v družini je lahko deden. Strategija presejanja mora biti prilagojena tveganju pri konkretnem bolniku in zahteva vključitev multidisciplinarnе skupine zdravnikov, ki obravnava take družine individualno (gastroenterolog, ambulantna za genetsko svetovanje). Pacienta usmerite k ZDM.
Vsaj trije sorodniki prvega reda (starši, brat, sestra, polbrat, polsestra) so zboleli za enim od sledečih rakov: rak debelega črevesa ali danke, rak materničnega vratu, rak želodca.		

VKLJUČEVANJE V PRESEJALNE PROGRAME

Vprašanja iz osnovnega vprašalnika, ki se nanašajo na vključevanje v presejalne programe (vprašanja pod točko 2).

2. Ali se redno vključujete v organizirane državne programe:

a)	Program Svit (program zgodnjega odkrivanja raka na debelem črevesu in danki, moški in ženske) vsaki dve leti.	DA.	NE.	NI V CILJNI POPULACIJI.
b)	Program Dora (program zgodnjega odkrivanja raka dojk za ženske) vsaki dve leti.	DA.	NE.	NI V CILJNI POPULACIJI.
c)	Program Zora (program zgodnjega odkrivanja raka na materničnem vratu za ženske) vsaka tri leta.	DA.	NE.	NI V CILJNI POPULACIJI.

Obnavna pacientov v RADM glede na udeležbo v preventivnih programih

PREVENTIVNI PROGRAM	REDNO UDELEŽEVANJE	UKREP
Program Svit.	Da.	Pojasnite rezultat. Pacienta pohvalite, spodbujajte nadaljnjo redno udeležbo ter razložite pomen rednega udeleževanja v preventivnih presejalnih programih.
Program Dora. Program Zora.	Ne.	Neudeležencem predstavite pomen preventivnega pregleda za raka in jih motivirajte za vključevanje. Če je možno, ob koncu pregleda takoj organizirajte izvedbo zamujenega preventivnega pregleda.

VEDENJSKI DEJAVNIKI TVEGANJA

1. Prehrana

Vprašanja iz kratkega (presejalnega) vprašalnika, ki se nanašajo na oceno prehranjevalnih navad (vprašanja pod točko 3), ter njihovo vrednotenje.*

KRATEK (PRESEJALNI) VPRAŠALNIK O PREHRANJEVALNIH NAVADAH																
Vprašanja	Točkovanje															
<p>3.1 Kakšen je vaš način prehranjevanja? (Izberite EN odgovor.)</p> <table border="1"> <tr> <td>a) Uživam mešano prehrano.</td> </tr> <tr> <td>b) Zaradi bolezni se poslužujem prehrane, ki JE predpisana s strani zdravnika (alergije, intolerance, presnovne motnje/bolezni...).</td> </tr> <tr> <td>c) Sem vegetarijanec/ka, in ustrezno nadomeščam beljakovine.</td> </tr> <tr> <td>d) Uživam dieto, ki NI predpisana s strani zdravnika (modne diete oziroma alternativne oblike prehranjevanja). Prosim navedite obliko prehranjevanja:_____.</td> </tr> <tr> <td>e) Drugo.</td> </tr> </table>	a) Uživam mešano prehrano.	b) Zaradi bolezni se poslužujem prehrane, ki JE predpisana s strani zdravnika (alergije, intolerance, presnovne motnje/bolezni...).	c) Sem vegetarijanec/ka, in ustrezno nadomeščam beljakovine.	d) Uživam dieto, ki NI predpisana s strani zdravnika (modne diete oziroma alternativne oblike prehranjevanja). Prosim navedite obliko prehranjevanja:_____.	e) Drugo.	<table border="1"> <tr> <td>a) Uživam mešano prehrano.</td> <td>2 točki</td> </tr> <tr> <td>b) Zaradi bolezni se poslužujem prehrane, ki JE predpisana s strani zdravnika (alergije, intolerance, presnovne motnje/bolezni...).</td> <td>2 točki</td> </tr> <tr> <td>c) Sem vegetarijanec/ka, in ustrezno nadomeščam beljakovine.</td> <td>2 točki</td> </tr> <tr> <td>d) Uživam dieto, ki NI predpisana s strani zdravnika (modne diete oziroma alternativne oblike prehranjevanja). Prosim navedite obliko prehranjevanja:_____.</td> <td>0 točk</td> </tr> <tr> <td>e) Drugo.</td> <td></td> </tr> </table> <p>Pri tem vprašanju oseba lahko skupaj doseže največ 2 točki.</p>	a) Uživam mešano prehrano.	2 točki	b) Zaradi bolezni se poslužujem prehrane, ki JE predpisana s strani zdravnika (alergije, intolerance, presnovne motnje/bolezni...).	2 točki	c) Sem vegetarijanec/ka, in ustrezno nadomeščam beljakovine.	2 točki	d) Uživam dieto, ki NI predpisana s strani zdravnika (modne diete oziroma alternativne oblike prehranjevanja). Prosim navedite obliko prehranjevanja:_____.	0 točk	e) Drugo.	
a) Uživam mešano prehrano.																
b) Zaradi bolezni se poslužujem prehrane, ki JE predpisana s strani zdravnika (alergije, intolerance, presnovne motnje/bolezni...).																
c) Sem vegetarijanec/ka, in ustrezno nadomeščam beljakovine.																
d) Uživam dieto, ki NI predpisana s strani zdravnika (modne diete oziroma alternativne oblike prehranjevanja). Prosim navedite obliko prehranjevanja:_____.																
e) Drugo.																
a) Uživam mešano prehrano.	2 točki															
b) Zaradi bolezni se poslužujem prehrane, ki JE predpisana s strani zdravnika (alergije, intolerance, presnovne motnje/bolezni...).	2 točki															
c) Sem vegetarijanec/ka, in ustrezno nadomeščam beljakovine.	2 točki															
d) Uživam dieto, ki NI predpisana s strani zdravnika (modne diete oziroma alternativne oblike prehranjevanja). Prosim navedite obliko prehranjevanja:_____.	0 točk															
e) Drugo.																

*) Avtorja vprašalnika o prehranjevalnih navadah sta Rok Poličnik in Nika Berlic, NIJZ.

3.2 Kako pogosto V POVPREČJU uživete naslednje obroke? Za vsako vrstico (obrok) je možen en odgovor. Označite (X) odgovor v polju.

OBROKI:	Vsak dan (7 dni/ teden)	Pogosto (4 do 6/ teden)	Občasno (1 do 3 dni/ teden)	Nikoli (ne uživam obroka)
Zajtrk				
Dopoldanska malica				
Kosilo				
Popoldanska malica				
Večerja				
Prigrizki (slani, sladki in mastni prigrizki)				

OBROKI:	Vsak dan (7 dni/ teden)	Pogosto (4 do 6/ teden)	Občasno (1 do 3 dni/ teden)	Nikoli (ne uživam obroka)
Zajtrk	2 točki	1 točka	0 točk	
Dopoldanska malica				
Kosilo				
Popoldanska malica				
Večerja				
Prigrizki (slani, sladki in mastni prigrizki)	0 točk		1 točka	2 točki
Število zaužitih obrokov preko dneva				
3 do 5 zaužitih obrokov (priložnostni obrok oz. prigrizek se NE ŠTEJE zraven)				2 točki
1 do 2 zaužita obroka				0 točk

Iz tega vprašanja prejmemo odgovore na tri ključna vprašanja:

- izvemo pogostost zajtrkovanja,
- pogostost uživanja prigrizkov in
- število zaužitih obrokov na dan.

Pri tem vprašanju oseba lahko skupaj doseže največ 6 točk.

3.3 Kako pogosto ste V PRETEKLEM TEDNU uživali živila, ki so navedena v spodnji tabeli). Z oznako (X) označite odgovor v vrstici, ki je najbolj značilen za vas. Za vsako vrstico - vrsto živil je možen EN odgovor

Pomislite na svoj PRETEKLI TEDEN (od ponedeljka do nedelje). V kolikor je bil vaš pretekli teden neobičajen (ste bili bolni, na potovanju ipd.), pomislite na svoj običajni teden.

OBROKI:	Vsak dan (7 dni/ teden)	Pogosto (4 do 6/ teden)	Občasno (1 do 3 dni/ teden)	Nikoli oziroma zelo redko
a) Sadje.				
b) Zelenjava.				
c) Mleko, mlečne izdelke (sir, skuta, jogurt ipd.).				
d) Sladka živila (sladke pijače, piškoti, sladki namazi, bar čokoladice/ sladkorne table, bonboni, sladice, ketchup ipd.).				
e) Mesni izdelki (salame, klobase, paštete, slanina ...).				

OBROKI:	Vsak dan (7 dni/ teden)	Pogosto (4 do 6/ teden)	Občasno (1 do 3 dni/ teden)	Nikoli oziroma zelo redko
a) Sadje.	2 točki	1 točka	0 točk	
b) Zelenjava.	2 točki	1 točka	0 točk	
c) Mleko, mlečne izdelke (sir, skuta, jogurt ipd.).	2 točki	1 točka	0 točk	
d) Sladka živila (sladke pijače, piškoti, sladki namazi, bar čokoladice/ sladkorne table, bonboni, sladice, ketchup ipd.).	0 točk		1 točka	2 točki
e) Mesni izdelki (salame, klobase, paštete, slanina ...).	0 točk		1 točka	2 točki

V kolikor ima pacient: **alergijo na mleko/intoleranco na laktozo (in iz tega razloga mleka ne uživa)** izberite odgovor »Drugo«. **V tem primeru presodite točkovanje:** v kolikor **HRANILA, KI JIH MLEKO VSEBUJE, USTREZNO NADOMEŠČA**, prejme 2 točki, sicer pa 0 točk. S pacientom se tudi natančneje pogovorimo o možnih zamenjavah za mleko in mlečne izdelke, ki omogočajo vnos kalcija (npr. zelenjava, mineralna voda ...). V kolikor pacient odgovora ne ve ali ne želi odgovoriti se točkjuje z 0 točkami.

Pri tem vprašanju oseba lahko skupaj doseže največ 10 točk.

3.4 Ali že pripravljeno jed pri mizi dodatno solite? Izberite EN odgovor.

a) Nikoli.	2 točki
b) Hrano najprej poskusim in po potrebi dosolim.	1 točka
c) Hrano brez predhodnega pokušanja vedno dosolim.	0 točk

Pri tem vprašanju oseba lahko skupaj doseže največ 2 točki.

3.5 Katere vrste maščobe najpogosteje uživata (namazi ipd.) oz. jih uporabljata za pripravo hrane (olja ipd.)?

Pri tem vprašanju upoštevajte maščobo, ki se uporablja pri toplotni obdelavi hrane (kuhanje, dušenje, pečenje, praženje, cvrenje) in maščobo, ki se uporablja kot namaz ali gotova jed (različni namazi, prelive).

Možnih je VEČ ODGOVOROV.

a) Rastlinska olja.
b) Margarino.
c) Maslo.
d) Mast, mast z ocvirki, zaseko.
e) Kokosovo maščobo.
f) Palmovo olje.
g) Namaze (zeliščne, paštete ipd.)
h) Smetano.
i) Industrijske solatne prelive.
j) Drugo vrsto: _____

a) Rastlinska olja.	2 točki
b) Margarino.	1 točka
c) Maslo.	
d) Mast, mast z ocvirki, zaseko.	0 točk
e) Kokosovo maščobo.	
f) Palmovo olje.	
g) Namaze (zeliščne, paštete ipd.)	
h) Smetano.	
i) Industrijske solatne prelive.	
j) Drugo vrsto: _____	

Točke ob obkroženih odgovorih se seštejejo in se delijo s številom obkroženih odgovorov.

Primer: oseba uživa rastlinsko olje (2 točki), margarino (1 točka) in smetano (0 točk). Končno število doseženih točk je 3 točke/3 odgovori=1 točka.

Vrednotenje vprašanj iz kratkega (presejalnega) vprašalnika o prehranjevalnih navadah

POTREBNO JE SEŠTETI TOČKE OB IZBRANIH ODGOVORIH	
Skupno število točk	Ocena prehranjevalni navad
13 – 22	Ustrezna
≤ 12	Neustrezna

V kolikor ste na podlagi kratkega (presejalnega) vprašalnika ugotovili, da so prehranjevalne navade pacienta **USTREZNE**, poglobljenega vprašalnika o prehranjevalnih navadah **ni potrebno izpolnjevati**.


V kolikor ste na podlagi kratkega (presejalnega) vprašalnika ugotovili, da so prehranjevalne navade pacienta **NEUSTREZNE**, se skupaj s pacientom izpolni tudi poglobljeni vprašalnika.

POGLOBLJENI VPRAŠALNIK O PREHRANJEVALNIH NAVADAH																										
Vprašanja	Točkovanje																									
<p>3.6 Katere vrste pijač V POVPREČJU najpogosteje pijete za žejo? Izberite en odgovor.</p> <table border="1"> <tr><td>a) Navadno pitno vodo, nesladkan čaj, mineralno vodo, voda z dodatkom 100% limoninega soka (brez dodatka sladkorja).</td></tr> <tr><td>b) Razredčeni 100 % sadni sok z vodo.</td></tr> <tr><td>c) Energijske pijače.</td></tr> <tr><td>d) Vode z okusi.</td></tr> <tr><td>e) Nektarje, ledene čaje, kole ter druge gazirane/negazirane sladke pijače.</td></tr> <tr><td>f) Industrijske oziroma domače sirupe za redčenje z vodo.</td></tr> <tr><td>g) Radler.</td></tr> <tr><td>h) Mošt.</td></tr> <tr><td>i) Pivo.</td></tr> <tr><td>j) Vino redčeno z vodo.</td></tr> <tr><td>k) Drugo (prosimo dopišite): _____</td></tr> </table>	a) Navadno pitno vodo, nesladkan čaj, mineralno vodo, voda z dodatkom 100% limoninega soka (brez dodatka sladkorja).	b) Razredčeni 100 % sadni sok z vodo.	c) Energijske pijače.	d) Vode z okusi.	e) Nektarje, ledene čaje, kole ter druge gazirane/negazirane sladke pijače.	f) Industrijske oziroma domače sirupe za redčenje z vodo.	g) Radler.	h) Mošt.	i) Pivo.	j) Vino redčeno z vodo.	k) Drugo (prosimo dopišite): _____	<table border="1"> <tr><td>a) Navadno pitno vodo, nesladkan čaj, mineralno vodo, voda z dodatkom 100% limoninega soka (brez dodatka sladkorja).</td><td>2 točki</td></tr> <tr><td>b) Razredčeni 100 % sadni sok z vodo.</td><td rowspan="2">1 točka</td></tr> <tr><td>c) Energijske pijače.</td></tr> <tr><td>d) Vode z okusi.</td><td rowspan="7">0 točk</td></tr> <tr><td>e) Nektarje, ledene čaje, kole ter druge gazirane/negazirane sladke pijače.</td></tr> <tr><td>f) Industrijske oziroma domače sirupe za redčenje z vodo.</td></tr> <tr><td>g) Radler.</td></tr> <tr><td>h) Mošt.</td></tr> <tr><td>i) Pivo.</td></tr> <tr><td>j) Vino redčeno z vodo.</td></tr> <tr><td>k) Drugo (prosimo dopišite): _____</td></tr> </table> <p>V kolikor pacient omeni še kakšno drugo pijačo izberite »Drugo« in vpišite vrsto pijače. V kolikor pacient odgovora ne ve ali ne želi odgovoriti se točkuje z 0 točkami.</p> <p>Pri tem vprašanju oseba lahko skupaj doseže največ 2 točki.</p>	a) Navadno pitno vodo, nesladkan čaj, mineralno vodo, voda z dodatkom 100% limoninega soka (brez dodatka sladkorja).	2 točki	b) Razredčeni 100 % sadni sok z vodo.	1 točka	c) Energijske pijače.	d) Vode z okusi.	0 točk	e) Nektarje, ledene čaje, kole ter druge gazirane/negazirane sladke pijače.	f) Industrijske oziroma domače sirupe za redčenje z vodo.	g) Radler.	h) Mošt.	i) Pivo.	j) Vino redčeno z vodo.	k) Drugo (prosimo dopišite): _____
a) Navadno pitno vodo, nesladkan čaj, mineralno vodo, voda z dodatkom 100% limoninega soka (brez dodatka sladkorja).																										
b) Razredčeni 100 % sadni sok z vodo.																										
c) Energijske pijače.																										
d) Vode z okusi.																										
e) Nektarje, ledene čaje, kole ter druge gazirane/negazirane sladke pijače.																										
f) Industrijske oziroma domače sirupe za redčenje z vodo.																										
g) Radler.																										
h) Mošt.																										
i) Pivo.																										
j) Vino redčeno z vodo.																										
k) Drugo (prosimo dopišite): _____																										
a) Navadno pitno vodo, nesladkan čaj, mineralno vodo, voda z dodatkom 100% limoninega soka (brez dodatka sladkorja).	2 točki																									
b) Razredčeni 100 % sadni sok z vodo.	1 točka																									
c) Energijske pijače.																										
d) Vode z okusi.	0 točk																									
e) Nektarje, ledene čaje, kole ter druge gazirane/negazirane sladke pijače.																										
f) Industrijske oziroma domače sirupe za redčenje z vodo.																										
g) Radler.																										
h) Mošt.																										
i) Pivo.																										
j) Vino redčeno z vodo.																										
k) Drugo (prosimo dopišite): _____																										
<p>3.7 Koliko tekočine POVPREČJU popijete dnevno? Izberite en odgovor.</p> <p>Pomislite na svoj PRETEKLI TEDEN (od ponedeljka do nedelje). V kolikor je bil vaš pretekli teden neobičajen (ste bili bolni, na potovanju ipd.), pomislite na svoj običajni teden.</p> <table border="1"> <tr><td>a) Od 1,5 do 2 litra na dan.</td></tr> <tr><td>b) Zaradi boleznih glede vnosa tekočin upoštevam priporočila zdravnika.</td></tr> <tr><td>c) Od 1 do 1,5 litra.</td></tr> <tr><td>d) Pod 1 liter.</td></tr> </table>	a) Od 1,5 do 2 litra na dan.	b) Zaradi boleznih glede vnosa tekočin upoštevam priporočila zdravnika.	c) Od 1 do 1,5 litra.	d) Pod 1 liter.	<table border="1"> <tr><td>a) Od 1,5 do 2 litra na dan.</td><td>2 točki</td></tr> <tr><td>b) Zaradi boleznih glede vnosa tekočin upoštevam priporočila zdravnika.</td><td>2 točki</td></tr> <tr><td>c) Od 1 do 1,5 litra.</td><td>1 točka</td></tr> <tr><td>d) Pod 1 liter.</td><td>1 točka</td></tr> </table> <p>V kolikor pacient težko oceni vnos tekočine, mu izvajalec pomaga pri oceni s pomočjo ponazoritve s kozarcem (2 decilitra) oziroma plastenko vode (0,5 litra). Izvajalec nato upošteva ustrezno oceno.</p> <p>Pri tem vprašanju oseba lahko skupaj doseže največ 2 točki.</p>	a) Od 1,5 do 2 litra na dan.	2 točki	b) Zaradi boleznih glede vnosa tekočin upoštevam priporočila zdravnika.	2 točki	c) Od 1 do 1,5 litra.	1 točka	d) Pod 1 liter.	1 točka													
a) Od 1,5 do 2 litra na dan.																										
b) Zaradi boleznih glede vnosa tekočin upoštevam priporočila zdravnika.																										
c) Od 1 do 1,5 litra.																										
d) Pod 1 liter.																										
a) Od 1,5 do 2 litra na dan.	2 točki																									
b) Zaradi boleznih glede vnosa tekočin upoštevam priporočila zdravnika.	2 točki																									
c) Od 1 do 1,5 litra.	1 točka																									
d) Pod 1 liter.	1 točka																									

3.8 Spodnji slikovni prikazi predstavljajo različne skupine živil. Kateri krožnik je V POVPREČJU najbolj značilen za vas?

Možen je EN odgovor V OKVIRU POSAMEZNEGA SLIKOVNEGA PRIKAZA. Upoštevajte, da so živila na krožniku simbolična, kar pomeni, da je npr. kuhana zelenjava lahko tudi del minešter, meso je lahko delu druge jedi ipd.

A kuhana zelenjava	Obkro- žite EN odgovor. 1) A1 2) A2 3) A3 4) Ne jem.	
B solate	Obkro- žite EN odgovor. 1) B1 2) B2 3) B3 4) Ne jem.	

C sadje	Obkro- žite EN odgovor. 1) C1 2) C2 3) C3 4) Ne jem.	
------------	---	---

OPCIJA	KARTON- ČEK A (kuhana zelenjava)	KARTON- ČEK B (solate)	VSOTA zaužite ze- lenjave (v g)	Točke
1	A1 (30 g)	B1 (15 g)	45 g	0 točk
2		B2 (35 g)	65 g	0 točk
3		B3 (55 g)	85 g	0 točk


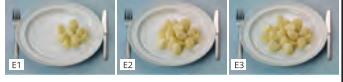
4	A2 (70 g)	B1 (15 g)	85 g	0 točk
5		B2 (35 g)	105 g	1 točka
6		B3 (55 g)	125 g	1 točka

7	A3 (164 g)	B1 (15 g)	179 g	2 točki
8		B2 (35 g)	199 g	2 točki
9		B3 (55 g)	219 g	2 točki

10	A1 (30 g)	Ne jem solat.	30 g	0 točk
11	A2 (70 g)		70 g	0 točk
12	A3 (164 g)		164 g	2 točka

13	Ne jem kuhane zelenjave	B1 (15 g)	15 g	0 točk
14		B2 (35 g)	35 g	0 točk
15		B3 (55 g)	55 g	0 točk

OPCIJA	KARTONČEK C (sadje)	Točke
1	C1 (83 g)	0 točk
2	C2 (139 g)	1 točka
3	C3 (229 g)	2 točki
4	Ne jem sadja.	0 točk

<p>D meso</p>	<p>Obkro- žite EN odgovor.</p> <p>1) D1 2) D2 3) D3 4) Ne jem.</p>		<table border="1"> <thead> <tr> <th>OPCIJA</th> <th>KARTONČEK D (meso)</th> <th>Točke</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>C1 (83 g)</td> <td>0 točk</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>C2 (139 g)</td> <td>1 točka</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>C3 (229 g)</td> <td>2 točki</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Ne jem mesa.</td> <td>Ga NADOMEŠČAM z ustreznimi nadomestki za meso v obsegu, kot kaže kartonček D1 (34 g). 0 točk</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Ne jem mesa.</td> <td>Ga NADOMEŠČAM z ustreznimi nadomestki za meso v obsegu, kot kaže kartonček D2 (76 g).</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Ne jem mesa.</td> <td>Ga NADOMEŠČAM z ustreznimi nadomestki za meso v obsegu, kot kaže kartonček D3 (158 g).</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Ne jem mesa.</td> <td>Ga NE NADOMEŠČAM z ustreznimi nadomestki.</td> </tr> </tbody> </table>	OPCIJA	KARTONČEK D (meso)	Točke	1	C1 (83 g)	0 točk	2	C2 (139 g)	1 točka	3	C3 (229 g)	2 točki	4	Ne jem mesa.	Ga NADOMEŠČAM z ustreznimi nadomestki za meso v obsegu, kot kaže kartonček D1 (34 g). 0 točk	5	Ne jem mesa.	Ga NADOMEŠČAM z ustreznimi nadomestki za meso v obsegu, kot kaže kartonček D2 (76 g).	6	Ne jem mesa.	Ga NADOMEŠČAM z ustreznimi nadomestki za meso v obsegu, kot kaže kartonček D3 (158 g).	7	Ne jem mesa.	Ga NE NADOMEŠČAM z ustreznimi nadomestki.
OPCIJA	KARTONČEK D (meso)	Točke																									
1	C1 (83 g)	0 točk																									
2	C2 (139 g)	1 točka																									
3	C3 (229 g)	2 točki																									
4	Ne jem mesa.	Ga NADOMEŠČAM z ustreznimi nadomestki za meso v obsegu, kot kaže kartonček D1 (34 g). 0 točk																									
5	Ne jem mesa.	Ga NADOMEŠČAM z ustreznimi nadomestki za meso v obsegu, kot kaže kartonček D2 (76 g).																									
6	Ne jem mesa.	Ga NADOMEŠČAM z ustreznimi nadomestki za meso v obsegu, kot kaže kartonček D3 (158 g).																									
7	Ne jem mesa.	Ga NE NADOMEŠČAM z ustreznimi nadomestki.																									
<p>E priloge</p>	<p>Obkro- žite EN odgovor.</p> <p>1) E1 2) E2 3) E3 4) Ne jem.</p>		<table border="1"> <thead> <tr> <th>OPCIJA</th> <th>KARTONČEK E (priloge)</th> <th>Točke</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>E1 (70 g)</td> <td>2 točki</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>E2 (107 g)</td> <td>1 točka</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>E3 (250 g)</td> <td rowspan="2">0 točk</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Ne jem prilog.</td> </tr> </tbody> </table>	OPCIJA	KARTONČEK E (priloge)	Točke	1	E1 (70 g)	2 točki	2	E2 (107 g)	1 točka	3	E3 (250 g)	0 točk	4	Ne jem prilog.										
OPCIJA	KARTONČEK E (priloge)	Točke																									
1	E1 (70 g)	2 točki																									
2	E2 (107 g)	1 točka																									
3	E3 (250 g)	0 točk																									
4	Ne jem prilog.																										
<p>3.9 Kako pogosto ob PRVEM NAKUPU živila (tj. tistega živila, ki ga kupujete prvič) preberete označbo na živilu glede sestave? Možen je EN odgovor.</p>			<p>Pri tem vprašanju oseba lahko skupaj doseže največ 8 točk.</p>																								
<table border="1"> <tr> <td>a) OBČASNO preberem označbe glede sestave živila (deklaracije).</td> </tr> <tr> <td>b) NIKOLI ne preberem označbe glede sestave živila (deklaracije).</td> </tr> </table>		a) OBČASNO preberem označbe glede sestave živila (deklaracije).	b) NIKOLI ne preberem označbe glede sestave živila (deklaracije).	<table border="1"> <tr> <td>a) OBČASNO preberem označbe glede sestave živila (deklaracije).</td> <td>2 točki</td> </tr> <tr> <td>b) NIKOLI ne preberem označbe glede sestave živila (deklaracije).</td> <td>0 točk</td> </tr> </table>	a) OBČASNO preberem označbe glede sestave živila (deklaracije).	2 točki	b) NIKOLI ne preberem označbe glede sestave živila (deklaracije).	0 točk																			
a) OBČASNO preberem označbe glede sestave živila (deklaracije).																											
b) NIKOLI ne preberem označbe glede sestave živila (deklaracije).																											
a) OBČASNO preberem označbe glede sestave živila (deklaracije).	2 točki																										
b) NIKOLI ne preberem označbe glede sestave živila (deklaracije).	0 točk																										
<p>3.10 Kako pogosto V POVPREČJU načrtujete svojo prehrano oziroma nekdo to stori namesto vas za naslednji dan – npr. kaj in koliko boste jedli, koliko obrokov boste zaužili, kdaj, kako bo hrana pripravljena? Možen je EN odgovor.</p>			<table border="1"> <tr> <td>a) Vsak dan načrtujem svojo prehrano.</td> <td rowspan="2">2 točki</td> </tr> <tr> <td>b) Nikoli ne načrtujem svoje prehrane, ker zame to napravi nekdo drug.</td> </tr> <tr> <td>c) Pogosto (4 do 6 krat na teden).</td> <td rowspan="2">1 točka</td> </tr> <tr> <td>d) Občasno načrtujem svojo prehrano (1-3 krat na teden).</td> </tr> <tr> <td>e) Nikoli ne načrtujem svoje prehrane, ker se mi ne zdi pomembno oz. nimam časa.</td> <td>0 točk</td> </tr> </table>	a) Vsak dan načrtujem svojo prehrano.	2 točki	b) Nikoli ne načrtujem svoje prehrane, ker zame to napravi nekdo drug.	c) Pogosto (4 do 6 krat na teden).	1 točka	d) Občasno načrtujem svojo prehrano (1-3 krat na teden).	e) Nikoli ne načrtujem svoje prehrane, ker se mi ne zdi pomembno oz. nimam časa.	0 točk																
a) Vsak dan načrtujem svojo prehrano.	2 točki																										
b) Nikoli ne načrtujem svoje prehrane, ker zame to napravi nekdo drug.																											
c) Pogosto (4 do 6 krat na teden).	1 točka																										
d) Občasno načrtujem svojo prehrano (1-3 krat na teden).																											
e) Nikoli ne načrtujem svoje prehrane, ker se mi ne zdi pomembno oz. nimam časa.	0 točk																										

3.11 Ali svojo prehrano dopolnjujete z dodatnim jemanjem vitaminov, mineralov in drugih prehranskih dopolnil? Možen je EN odgovor.		
a) Ne uživam prehranskih dopolnil.	a) Ne uživam prehranskih dopolnil.	
b) Uživam eno ali več prehranskih dopolnil (omega-3 maščobne kisline, folno kislino, vitamin D, kalcij, vitamin B12) PO PRIPOROČILU zdravnika.		b) Uživam eno ali več prehranskih dopolnil (omega-3 maščobne kisline, folno kislino, vitamin D, kalcij, vitamin B12) PO PRIPOROČILU zdravnika.
c) Uživam prehransko dopolnilo: _____ (navedite) BREZ PRIPOROČILA zdravnika, medicinske sestre ali dietetika.		c) Uživam prehransko dopolnilo: _____ (navedite) BREZ PRIPOROČILA zdravnika, medicinske sestre ali dietetika.
		2 točki
		0 točk

V kolikor smo s pacientom izvedli izpolnjevanje poglobljenega vprašalnika o prehranjevalnih navadah pri vrednotenju upoštevamo tako točke dosežene v kratkem (presejalnem), kot v poglobljenem vprašalniku. Maksimalno možno število doseženih točk je 40. Da dobimo oceno prehranjevalnih navad, je potrebno sešteti točke v okviru posameznih vprašanj.

SKUPNO ŠTEVILO DOSEŽENIH TOČK	OCENA PREHRANJEVALNIH NAVAD
24 – 40	Ustrezna
≤ 23	Neustrezna

Glede na izid vrednotenja izpoljenega vprašalnika pacientu svetujete o nadaljnjih korakih, razvidnih v spodnji tabeli.

Ocena statusa pacienta na podlagi PRESEJANJA	Ogroženost za KNB	NAČIN UKREPANJA			
		Korak 1	Korak 2	Korak 3	Korak 4
		Izvedba POGLOBLJENE-GA vprašalnika	Izvedba POGLOBLJENE-GA vprašalnika	Ocena statusa pacienta na podlagi POGLOBLJENE-GA vprašalnika	Tip delavnice
Prehranjevalne navade pacienta so USTREZNE (ustrezno priporočeno prehranjevanje).	NI prisotna.	Poglobljenega vprašalnika o prehranjevalnih navadah NI potrebno izpolniti.	NE	NE	/
	JE Prisotna.				

PRIROČNIK ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE

Prehranjevalne navade pacienta so NEUSTREZNE (neustrezno prehranjevanje).	NI prisotna.	SKUPAJ s pacientom izpolnite Poglobljen vprašalnik o prehranjevalnih navadah.	DA	Prehranjevalne navade pacienta so USTREZNE .	Pacienta napotite na kratko delavnico: »Zdravo ŽIVIM«.
	JE Prisotna.			Prehranjevalne navade pacienta so NEUSTREZNE .	Pacienta napotite v poglobljeno delavnico: »Zdravo JEM«.

2. Telesna dejavnost

Vprašanja iz osnovnega vprašalnika, ki se nanašajo na telesno dejavnost (vprašanja pod točko 4), ter njihovo vrednotenje.

4.1 Kolikokrat se v običajnem tednu (med delovnim časom, na poti v službo ali po opravkih in nazaj, doma ter v prostem času skupaj) ukvarjate z intenzivno telesno dejavnostjo najmanj 25 minut vsakokrat do take mere, da se zadihate in oznojite (na primer tek, squash, hitro plavanje, hoja po stopnicah, aerobika, tenis, nogomet, hitro kolesarjenje, kolesarjenje po hribovitem terenu, dvigovanje/prenašanje težkih bremen, lopatanje in druga težka fizična dela (na primer gozdarska, cestna, gradbena, kmečka))?								
0	1	2	3	4	5	6	7	7+
0 točk	1 točka	2 točki						
4.2 Kolikokrat se v običajnem tednu (med delovnim časom, na poti v službo ali po opravkih in nazaj, doma ter v prostem času skupaj) ukvarjate z zmerno telesno dejavnostjo najmanj 30 minut vsakokrat do take mere, da nekoliko pospešeno dihate in se ogrejete (lahko upoštevate tudi 3x po vsaj 10 minut naenkrat ali 2x po 15 minut, če je bilo to v istem dnevu) (na primer hitra hoja, lahkotno kolesarjenje po ravnem terenu, ples, počasno plavanje, golf, lahkoten tenis, badminton, dvigovanje/prenašanje srednje težkih bremen, težja industrijska ali gospodinjska opravila (na primer ribanje tal, intenzivno sesanje tal, pomivanje oken))?								
0	1	2	3	4	5	6	7	7+
0 točk		1 točka				2 točki		

V skladu z navodili opravite vrednotenje vprašalnika.

Vrednotenje vprašanj:

VPRAŠANJE 4.1	
Skupno število točk	Ocena prehranjevalnih navad
0 ali 1-krat na teden	0 točk
2-krat na teden	1 točka
3- ali večkrat na teden	2 točki

VPRAŠANJE 4.2	
Skupno število točk	Ocena prehranjevalnih navad
0 ali 1-krat na teden	0 točk
2- do 4-krat na teden	1 točka
5- ali večkrat na teden	2 točki
Za določitev stopnje telesne dejavnosti oziroma statusa pacienta seštejte točke obeh vprašanj.	

OCENA STATUSA PACIENTA	ŠT. TOČK	KOLIČINA TELESNE DEJAVNOSTI
Zadostno telesno dejaven.	2-4	Zadostna (minimalna) priporočena količina telesne dejavnosti ali več.
Mejno telesno dejaven.	1	Mejna količina telesne dejavnosti.
Nezadostno telesno dejaven.	0	Premalo ali nič telesne dejavnosti.

Obravnavanje pacientov v RADM glede na raven telesne dejavnosti

OCENA STATUSA PACIENTA	OGROŽENOST ZA KNB	UKREP
Zadostno telesno dejaven.	Ni ogrožen.	Pacienta spodbujajte k ohranjanju gibalnih navad in mu odgovorite na morebitna vprašanja o telesni dejavnosti.
Zadostno telesno dejaven.	Je ogrožen.	Pacienta napotite k ZDM, ga spodbudite k ohranjanju gibalnih navad ter ga motivirajte za udeležbo v kratkih zdravstvenovzgojnih delavnicah v CKZ.

OCENA STATUSA PACIENTA	OGROŽENOST ZA KNB	UKREP
Mejno zadostno telesno dejaven.	Ni ogrožen.	<p>Pacientu razložite pomen redne telesne dejavnosti za zdravje in osnovna priporočila. V pogovoru skupaj poskušajta najti možnosti za povečanje količine telesne dejavnosti, pri tem pa upoštevajte njegovo stopnjo motivacije. Predstavite in izročite mu zdravstvenovzgojno gradivo o telesni dejavnosti za krepitev zdravja ter mu svetujte o možnostih telesne vadbe v njegovem okolju.</p> <p>Pacienta dodatno napotite v kratke zdravstvenovzgojne delavnice v CKZ.</p>
Mejno zadostno telesno dejaven.	Je ogrožen.	<p>Pacientu razložite pomen redne telesne dejavnosti za zdravje in osnovna priporočila. Predstavite mu vsebino in namen zdravstvenovzgojne delavnice »Telesna dejavnost/gibanje«. S pogovorom ugotovite njegovo motivacijo in pripravljenost na povečanje količine telesne dejavnosti. Če je zadostno motiviran in se strinja z udeležbo v delavnici, ga tja napotite. Če se z udeležbo v delavnici ne strinja, mu dajte gradivo za domov in ponudite možnost ponovnega posveta čez dva tedna. Pacienta dodatno napotite k ZDM.</p>
Nezadostno telesno dejaven.	Ni ogrožen.	<p>Pacientu razložite pomen redne telesne dejavnosti za zdravje in osnovna priporočila. Ponudite in predstavite mu informacijsko gradivo o telesni dejavnosti za krepitev zdravja. Če se strinja, v pogovoru skupaj poskušajta najti koristi, ki bi mu jih prinesla telesna dejavnost ter morebitne ovire za telesno dejavnost. Posebno pozornost pri tem namenite socio-ekonomskim dejavnikom.</p> <p>S pacientom skupaj izdelajte okvirni načrt telesne vadbe, s katerim se pacient strinja in mu bo lahko sledil. Cilji naj bodo kratkoročni in lahko uresničljivi. Pri pacientih, ki so telesno nedejavni ali pa dejavni le poredko, je bolj kot doseganje smernic pomembno to, da spremenijo življenjski slog in vključijo telesno dejavnost v svoj vsakdan. Dodatno ga napotite v kratke zdravstvenovzgojne delavnice v CKZ.</p>
Nezadostno telesno dejaven.	Je ogrožen.	<p>Pacientu razložite pomen redne telesne dejavnosti za zdravje in osnovna priporočila. Predstavite mu vsebino in namen zdravstvenovzgojne delavnice »Telesna dejavnost/gibanje«. S pogovorom ugotovite njegovo motivacijo in pripravljenost na povečanje količine telesne dejavnosti. Skupaj najdita morebitne koristi in pozitivne učinke udeležbe v delavnici, pa tudi morebitne ovire za udeležbo. Če je zadostno motiviran in se strinja z udeležbo v delavnici, ga tja napotite. Če se z udeležbo v delavnici ne strinja, vendar je prisotna motivacija za spremembo gibalnih navad, mu dajte informacijsko gradivo za domov in ga naročite na ponoven posvet čez dva tedna. Pacienta dodatno napotite k ZDM.</p>

3. Kajenje

Vprašanja iz osnovnega vprašalnika, ki se nanašajo na kajenje, izpostavljenost prahu in kemikalijam (vprašanja pod točko 5) ter njihovo vrednotenje

5.1 Ali kadite?

- Trenutno pokadim _____cigaret/dan. Kadim_____let.
- Sem bivši kadilec. Pokadil sem _____cigaret/dan. Kadil sem_____ let.
- Izpostavljen sem pasivnemu kajenju.
- Nikoli nisem kadil.

5.2 Ali delate oziroma ste delali v masivni izpostavljenosti prahu in kemikalijam (hlapi, dražljivci, dim)?

- Da.
- Ne.

Obravnavanje pacientov v RADM glede na kadilski status ter izpostavljenost prahu in kemikalijam

OCENA STATUSA PACIENTA	OGROŽENOST ZA KOPB	UKREP
Nekadilec, nikoli ni kadil, ni izpostavljen pasivnemu kajenju.	Ni ogrožen.	Pojasnite rezultat in presejanje končajte.
Nekadilec, izpostavljen pasivnemu kajenju.	Ogrožen.	Pojasnite rezultat, opravite kratko svetovanje. Svetujete o škodljivostih pasivnega kajenja in možnostih, kako zmanjšati izpostavljenost. Priporočite izbrano brezplačno zdravstvenovzgojno gradivo o škodljivosti pasivnega kajenja. Presejanje končajte.
Nekdanji kadilec.	Ni ogrožen.	Pojasnite rezultat in spremljate abstinenco. Po 1 letu abstinence je smiselno uvesti enako spremljanje kot pri ljudeh, ki nikoli niso kadili (na 5 let); po presoji DMS/ZDM lahko pogosteje.
Kadilec, mlajši od 40 let.	Ogrožen.	Pacientu predstavite škodljivosti kajenja in prednosti opustitve kajenja. Seznanite ga o možnostih, kako prenehati kaditi, priporočite mu izbrano brezplačno gradivo o škodljivosti kajenja. Motivirajte ga za udeležbo na skupinskem ali individualnem svetovanju za opuščanje kajenja, ki se izvaja v CKZ. Predstavite mu zdravila, ki so na voljo za pomoč pri opuščanju kajenja. Kadilca k ZDM napotite: <ul style="list-style-type: none"> - če pacient navaja respiratorne simptome (kroničen kašelj, dušenje, slaba telesna zmogljivost); - ob predpisu zdravil za pomoč pri opuščanju kajenja; - ob nesodelovanju v procesu opuščanja kajenja ali ne vključitvi v organizirane programe opuščanja kajenja; - ob dogovoru s pacientom.

OCENA STATUSA PACIENTA	OGROŽENOST ZA KOPB	UKREP
Kadilec, starejši od 40 let, kadi manj kot 10 let.	Ogrožen.	<p>Preidite na izračun kazalnika:</p> <p>število škatlic – let = ((število cigaret na dan / 20) x število let kajenja). Primer: če pacient kadi 20 let, 2 škatlici na dan, je izračun naslednji – ((40 / 20) x 20) = 2 x 20 = 40.</p> <p>Iz rezultata ugotovite, ali naj pri kadilcu nadaljujete presejanje za KOPB ali ne. Če je vrednost manj kot 10 škatlic – let, presejanje končajte.</p> <p>Če je vrednost več, opravite spirometrijo ali pacienta nanjo napotite.</p> <p>Če izvid spirometrije ni normalen, pacienta napotite k ZDM, ki presodi potrebo po nadaljnjem zdravljenju.</p> <p>Pacientu predstavite škodljivosti kajenja in prednosti opustitve kajenja. Seznanite ga o možnostih, kako prenehati kaditi, priporočite mu izbrano brezplačno gradivo o škodljivosti kajenja. Motivirajte za udeležbo na skupinskem ali individualnem svetovanju za opuščanje kajenja, ki se izvaja v CKZ. Predstavite mu zdravila, ki so na voljo za pomoč pri opuščanju kajenja. Kadilca k ZDM napotite tudi:</p> <ul style="list-style-type: none"> – če pacient navaja respiratorne simptome (kronični kašelj, dušenje, slaba telesna zmogljivost); – ob predpisu zdravil za pomoč pri opuščanju kajenja; – ob nesodelovanju v procesu opuščanja kajenja ali ne vključenosti v organizirane programe opuščanja kajenja; – ob dogovoru s pacientom.

OCENA STATUSA PACIENTA	OGROŽENOST ZA KOPB	UKREP
Kadilec, starejši od 40 let, kadi več kot 10 let.	Zelo ogrožen.	<p>Pri pacientu opravite spirometrijo ali ga nanjo napotite.</p> <p>Izvid spirometrije je normalen: pacienta pogosteje motivirajte za opuščanje kajenja (na primer na 1 leto). Če kajenje opusti, kontrolna spirometrija ni potrebna, če pa kajenja ne opusti, ponovite spirometrijo čez 5 let.</p> <p>Izvid spirometrije ni normalen: pacienta napotite k ZDM na diagnostiko. Če je pri njem prisoten KOPB, ga vodite kot pacienta s kronično boleznijo. Če KOPB ni prisoten, ga vodite, kot je opisano zgoraj: pacienta pogosteje motivirajte za opuščanje kajenja (na primer na 1 leto). Če kajenje opusti, kontrolna spirometrija ni potrebna, če pa kajenja ne opusti, ponovite spirometrijo čez 5 let.</p>
Kadilec, starejši od 40 let, kadi več kot 10 let in dela v masivni izpostavljenosti prahu in kemikalijam.		<p>Pacientu predstavite škodljivosti kajenja in prednosti opustitve kajenja. Seznanite ga o možnostih, kako prenehati kaditi, priporočite mu izbrano brezplačno gradivo o škodljivosti kajenja. Motivirajte za udeležbo na skupinskem ali individualnem svetovanju za opuščanje kajenja, ki se izvaja v CKZ. Predstavite mu zdravila, ki so na voljo za pomoč pri opuščanju kajenja. Kadilca k ZDM napotite tudi:</p>
Nekadilec, je starejši od 40 let in dela v masivni izpostavljenosti prahu in kemikalijam.		<ul style="list-style-type: none"> - če pacient navaja respiratorne simptome (kronični kašelj, dušenje, slaba telesna zmogljivost); - ob predpisu zdravil za pomoč pri opuščanju kajenja; - ob nesodelovanju v procesu opuščanja kajenja ali ne vključenosti v organizirane programe opuščanja kajenja; - ob dogovoru s pacientom.

4. Pitje alkoholnih pijač

Vprašanja iz osnovnega vprašalnika, ki se nanašajo na oceno pivskega statusa (vprašanja pod točko 6), ter njihovo vrednotenje.

	Število točk
6.1 Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili pijače, ki vsebujejo alkohol (pivo, vino, žgane pijače, likerji, penina, koktajli, mošt, tolkovec, medica)?	
a) Nikoli.	0 točk
b) Enkrat na mesec ali manj.	1 točka
c) 2- do 4-krat na mesec.	2 točki
d) 2- do 3-krat na teden.	3 točke
e) 4- ali večkrat na teden.	4 točke
6.2 Koliko meric pijače, ki vsebuje alkohol, ste v zadnjih 12 mesecih ponavadi popili takrat, kadar ste pili? (Ena merica je 1 dl vina ali 2,5 dl piva ali tolkovca ali 0,3 dl (»eno šilce«) žgane pijače.)	
a) Od nič do 1 merice.	0 točk
b) 2 merici.	1 točka
c) 3 ali 4 merice.	2 točki
d) 5 ali 6 meric.	3 točke
e) 7 in več meric.	4 točke
6.3 Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da ste popili:	
moški: 6 ali več meric ob eni priložnosti?	
ženske: 4 ali več meric ob eni priložnosti?	
a) Nikoli.	0 točk
b) Manj kot enkrat na mesec.	1 točka
c) 1- do 3-krat na mesec.	2 točki
d) 1- do 3-krat na teden.	3 točke
e) Dnevno ali skoraj vsak dan.	4 točke

V skladu z navodili opravite vrednotenje vprašalnika.

Vrednotenje vprašanj iz osnovnega vprašalnika

Potrebno je sešteti točke/številke ob izbranih odgovorih. Skupno število točk predstavlja seštevek točk obeh vprašanj.		
Spol	Skupno št. točk	Ocena pivskega statusa
Ženske	0–4	NE pije tvegano.*
Moški	0–5	NE pije tvegano.*
Ženske	5 ali več	Tvegano pitje.
Moški	6 ali več	Tvegano pitje.

*Zaradi enostavnejšega točkovanja je seštevek točk, ki je manjši od 4 (oziroma 5 pri moških), pri kratkem vprašalniku – AUDIT-C opredeljen kot “NE pije tvegano”. Vendar je potrebno poudariti, da pitje vedno predstavlja določeno tveganje, zato vsak seštevek, ki je večji od 0 (in manjši od 4 oziroma 5), pomeni pravzaprav MANJ tvegano pitje.

Obravnavanje pacientov RADM glede na oceno pivskega statusa-1

OCENA PIVSKEGA STATUSA PACIENTA	MERILO	UKREP
Ne pije tvegano.	Ženske: AUDIT-C = 0–4. Moški: AUDIT-C = 0–5.	Pacienta spodbudite k ohranjanju zdravih navad pitja alkoholnih pijač in ga po svoji presoji informirajte o priporočenih mejah manj tveganega pitja alkohola. Presejanje se zaključi (ali po presoji DMS/ZDM).
Tvegano pitje.	Ženske: AUDIT-C = 5 ali več. Moški: AUDIT-C = 6 ali več.	Če pacient presega kriterij za tvegano pitje alkohola, se v skladu z dogovorom z ZDM odločite za eno izmed možnosti: – uporabite poglobljen vprašalnik AUDIT-10 ALI – pacienta napotite k ZDM na diagnostični pogovor.

Poglobljen vprašalnik, ki se nanaša na oceno pivskega statusa (AUDIT-10), ter njegovo vrednotenje.

Prva tri vprašanja so zajeta že v vprašalniku AUDIT-C oziroma so vprašanja 6.1, 6.2 in 6.3 v Vprašalniku za preventivni pregled na področju kroničnih nenalezljivih bolezni, zato jih pacientu ni potrebno ponovno izpolnjevati, ampak začne s 4. vprašanjem.

	Število točk
1. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili pijače, ki vsebujejo alkohol (pivo, vino, žgane pijače, likerji, penina, koktajli, mošt, tolkovec, medica)?	
a) Nikoli.	0 točk
b) Enkrat na mesec ali manj.	1 točka
c) 2- do 4-krat na mesec.	2 točki
d) 2- do 3-krat na teden.	3 točke
e) 4- ali večkrat na teden.	4 točke
2. Koliko meric pijače, ki vsebuje alkohol, ste v zadnjih 12 mesecih ponavadi popili takrat, kadar ste pili? (Ena merica je 1 dl vina ali 2,5 dl piva ali tolkovca ali 0,3 dl («eno šilce») žgane pijače.)	
a) Od nič do 1 merice.	0 točk
b) 2 merici.	1 točka
c) 3 ali 4 merice.	2 točki
d) 5 ali 6 meric.	3 točke
e) 7 in več meric.	4 točke
3. Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da ste popili: moški: 6 ali več meric ob eni priložnosti? ženske: 4 ali več meric ob eni priložnosti?	
a) Nikoli.	0 točk
b) Manj kot enkrat na mesec.	1 točka
c) 1- do 3-krat na mesec.	2 točki
d) 1- do 3-krat na teden.	3 točke
e) Dnevno ali skoraj vsak dan.	4 točke
4. Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da potem, ko ste enkrat začeli piti, niste mogli prenehati s pitjem?	
a) Nikoli.	0 točk
b) Manj kot enkrat na mesec.	1 točka
c) 1- do 3-krat na mesec.	2 točki
d) 1- do 3-krat na teden.	3 točke
e) Dnevno ali skoraj vsak dan.	4 točke

Če je vsota točk na vprašanji 2 in 3 enaka 0, je potrebno preskočiti na vprašanji 9 in 10.

5. Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da zaradi pitja niste mogli opraviti tistega, kar se je od vas pričakovalo?	
a) Nikoli.	0 točk
b) Manj kot enkrat na mesec.	1 točka
c) 1- do 3-krat na mesec.	2 točki
d) 1- do 3-krat na teden.	3 točke
e) Dnevno ali skoraj vsak dan.	4 točke
6. Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da ste potrebovali alkoholno pijačo že zjutraj, da bi si z njo opomogli po prekomernem pitju prejšnjega dne?	
a) Nikoli.	0 točk
b) Manj kot enkrat na mesec.	1 točka
c) 1- do 3-krat na mesec.	2 točki
d) 1- do 3-krat na teden.	3 točke
e) Dnevno ali skoraj vsak dan.	4 točke
7. Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da vas je po pitju pekla vest ali pa ste imeli občutke krivde zaradi pitja?	
a) Nikoli.	0 točk
b) Manj kot enkrat na mesec.	1 točka
c) 1- do 3-krat na mesec.	2 točki
d) 1- do 3-krat na teden.	3 točke
e) Dnevno ali skoraj vsak dan.	4 točke
8. Kako pogosto se v zadnjih 12 mesecih niste mogli spomniti, kaj se je zgodilo prejšnji večer, ker ste takrat pili?	
a) Nikoli.	0 točk
b) Manj kot enkrat na mesec.	1 točka
c) 1- do 3-krat na mesec.	2 točki
d) 1- do 3-krat na teden.	3 točke
e) Dnevno ali skoraj vsak dan.	4 točke
9. Ali je bil zaradi vašega pitja kdo poškodovan (vi sami ali kdo drug)?	
a) Ne.	0 točk
b) Da, vendar ne v preteklih 12 mesecih.	1 točka
c) Da, v preteklem letu.	2 točki
10. Ali je kak vaš sorodnik, prijatelj, zdravnik ali drugi zdravstveni delavec že pokazal zaskrbljenost zaradi vašega pitja ali vam morda predlagal, da bi pili manj?	

PRIROČNIK ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE

a) Ne.	0 točk
b) Da, vendar ne v preteklih 12 mesecih.	1 točka
c) Da, v preteklem letu.	2 točki

V skladu z navodili opravite vrednotenje poglobljenega vprašalnika AUDIT – 10.

Vrednotenje vprašanj iz poglobljenega vprašalnika AUDIT – 10

Potrebno je sešteti točke/številke ob izbranih odgovorih. Skupno število točk predstavlja seštevek točk vseh vprašanj.		
Spol	Skupno št. točk	Ocena pivskega statusa
Ženske	0–4	Manj tvegano pitje.
Moški	0–5	Manj tvegano pitje.
Ženske	5–15	Tvegano pitje.
Moški	6–15	Tvegano pitje.
Ženske	16–19	Škodljivo pitje.
Moški	16–19	Škodljivo pitje.
Ženske	20 in več	Zasvojenost.
Moški	20 in več	Zasvojenost.

Glede na izid vrednotenja izpolnjenega vprašalnika AUDIT – 10 pacientu svetujete o nadaljnjih postopkih.

OCENA PIVSKEGA STATUSA PACIENTA	MERILO	UKREP
Tvegano pitje.	Ženske: 5–15 točk. Moški: 6–15 točk.	Izvedete minimalni ukrep (kratko svetovanje) ali individualno svetovanje*.
Škodljivo pitje.	Ženske in moški: 16–19 točk.	
Zasvojenost.	Ženske in moški: 20 ali več točk.	Pacienta napotite k ZDM. V primeru diagnoze zasvojenosti ZDM izvaja minimalen ukrep (kratko svetovanje) ali individualno svetovanje ali napotitev na specialistično obravnavo (zdravljenje zasvojenosti).
* Če ste za to usposobljeni; sicer pacienta napotite k ZDM.		

5. Doživljanje stresa

Vprašanja iz osnovnega vprašalnika, ki se nanašajo na oceno ogroženosti zaradi stresa, ter njihovo vrednotenje (vprašanja pod točko 7).

7.1 KAKO POGOSTO SE POČUTITE NAPETE, POD STRESOM ALI VELIKIM PRITISKOM?				
1 Nikoli.	2	3 Občasno.	4	5 Vsak dan.
1 točka	2 točki	3 točke	4 točke	5 točk
7.2 KAKO OBVLADUJETE NAPETOSTI, STRESE IN PRITISKE, KI JIH DOŽIVLJATE V ŽIVLJENJU?				
1 Zlahka jih obvladujem.	2	3 Z večjim naporom jih obvladujem.	4	5 Ne obvladujem jih. Moje življenje je skoraj neznosno.
1 točka	2 točki	3 točke	4 točke	5 točk

VREDNOTENJE POSTAVK IZ OSNOVNEGA VPRAŠALNIKA	
Potrebno je sešteti točke/številke ob izbranih odgovorih.	
Število točk pod postavko	Ocena tveganja
1–7	Ni ogrožen zaradi stresa.
8–10	Je ogrožen zaradi stresa.

Obravnavanje pacientov RADM glede na ogroženost zaradi stresa

OCENA STATUSA PACIENTA	ŠT. TOČK	UKREP
Pacient ni ogrožen zaradi stresa.	1-7	Pacienta spodbudite, naj še naprej dobro skrbi tudi za svoje duševno zdravje ter mu po presoji podajte nekaj informacij o dejavnih tveganja in zaščitnih dejavnih ter najpomembnejših simptomih za prepoznavo ogrožujočega stresa.
Pacient je ogrožen zaradi stresa.	8-10	<ul style="list-style-type: none"> - S pacientom se pogovorite o strategijah, ki jih uporablja za spoprijemanje s stresom, in mu podajte nekaj predlogov, kako jih izboljšati. - Svetujte mu udeležbo na kratki zdravstvenovzgojni delavnici Življenjski slog.

6. Depresija

Skupaj s pacientom izpolnite prvi dve postavki Vprašalnika o bolnikovem zdravju-9 (PHQ-9), ki je del Vprašalnika za preventivni pregled na področju kroničnih nenalezljivih bolezni (postavki pod točko 8).

Kako pogosto so Vas v preteklih 2 tednih mučile naslednje težave?

	SPLOH NE.	NEKAJ DNI.	VEČ KOT POLOVICO DNI.	SKORAJ VSAK DAN.
a) Malo interesa in zadovoljstva v stvareh, ki jih počnem.	0	1	2	3
Število točk	0 točk	1 točka	2 točki	3 točke
b) Potrtost, depresivnost, obup.	0	1	2	3
Število točk	0 točk	1 točka	2 točki	3 točke

VREDNOTENJE POSTAVK IZ OSNOVNEGA VPRAŠALNIKA

Potrebno je sešteti točke/številke ob izbranih odgovorih. Če pacient vsaj na eni postavki (a ali b) dobi 2 točki ali več (odgovor v sivem polju), obstaja sum na prisotnost depresije.

Št. točk pod postavko a ali b	Ocena tveganja
0-1	Ni suma na prisotnost depresije.
2 ali več (odgovor v sivem polju)	Sum na prisotnost depresije.

Obravnavanje pacientov v RADM glede na oceno ogroženosti za depresijo-1

OCENA STATUSA PACIENTA	MERILO	UKREP
Ni suma na prisotnost depresije.	0–1 točka	Presejanje se zaključi (ali po presoji DMS/ZDM).
Sum na prisotnost depresije.	2 točki ali več	Če pacient presega kriterij, se v skladu z dogovorom z ZDM odločite za eno izmed možnosti: – uporabite celoten vprašalnik PHQ-9 ALI – pacienta napotite k ZDM na diagnostični pogovor.

V skladu z dogovorom z ZDM pacienta z ocenjenim tveganjem za prisotnost depresije napotite k ZDM na diagnostični pogovor ali uporabite celoten vprašalnik PHQ-9. Skupaj s pacientom izpolnite ta dodatni vprašalnik.

Poglobljen vprašalnik, ki se nanaša na oceno tveganja za prisotnost depresije (PHQ-9), ter njegovo vrednotenje

1. Kako pogosto so Vas v preteklih 2 tednih mučile naslednje težave?

	SPLOH NE.	NEKAJ DNI.	VEČ KOT POLOVICO DNI.	SKORAJ VSAK DAN.
a. Malo interesa in zadovoljstva v stvareh, ki jih počnem.	0	1	2	3
b. Potrtost, depresivnost, obup.	0	1	2	3
c. Težko zaspim, spim slabo; ali spim prekomerno.	0	1	2	3
d. Utrujenost in pomanjkanje energije.	0	1	2	3
e. Slab apetit ali prenajedanje.	0	1	2	3
f. Slabo mnenje o sebi; občutek, da sem neuspešen/-a in da sem razočaran/-a sebe ali bližnje.	0	1	2	3
g. Težave s koncentracijo pri stvareh, kot so branje časopisa ali gledanje televizije.	0	1	2	3

	SPLOH NE.	NEKAJ DNI.	VEČ KOT POLOVICO DNI.	SKORAJ VSAK DAN.
h. Tako upočasnjeno gibanje ali govor, da so drugi ljudje lahko to opazili. Ali nasprotno – velika nervoza in nemir, kot da nimam obstanka.	0	1	2	3
i. Misli, da bi bilo bolje, če bi bil/-a mrtev/ mrtva, ali da bi si nekaj hudega naredil/-a.	0	1	2	3
seštevek stolpcev		+	+	+
SKUPAJ:				

2. Če ste označili katerokoli od težav navedenih zgoraj, kako močno so te težave vplivale na vaše delo, na skrb za stvari doma in na odnose z ljudmi?

NE PREVEČ.	PRECEJ MOČNO.	ZELO MOČNO.	IZREDNO MOČNO.
0	1	2	3

Vrednotenje postavk iz poglobljenega vprašalnika

VREDNOTENJE POSTAVK IZ POGLOBLJENEGA VPRAŠALNIKA	
Potrebno je sešteti točke/številke ob izbranih odgovorih (ta oblika vrednotenja je poenostavljena in je namenjena le presejanju; obstaja pa tudi poglobljena oblika vrednotenja tega vprašalnika, ki jo lahko uporabi ZDM pri postavljanju diagnoze).	
Skupno št. točk	Ocena tveganja
0–4	Ni tveganja za depresijo.
5 in več (pri čemer morata biti na postavki a ali b označeni vsaj 2 točki)	Tveganje za prisotnost depresije, diagnozo mora postaviti zdravnik.

Ocena statusa pacienta glede ogroženosti za depresijo

OCENA STATUSA PACIENTA	MERILO	UKREP
Ni velikega tveganja za prisotnost depresije.	0–4 točke	Presejanje se zaključi (ali po presoji DMS/ZDM).
Tveganje za prisotnost depresije.	5 in več točk	Pacienta je potrebno napotiti k ZDM na diagnostični pogovor.

Obravnavanje pacientov v RADM glede na oceno ogroženosti za depresijo-2

PRISOTNOST DEPRESIJE	MERILO (TOČKE NA PHQ-9)	UKREP
Ni velikega tveganja za prisotnost depresije.	Manj kot 5 točk ali zaključek presejanja že po osnovnem vprašanju.	Če pri pacientu ni velikega tveganja za prisotnost depresije, pri njem preverite poznavanje dejavnikov tveganja, zaščitnih dejavnikov in najpomembnejših simptomov za prepoznavo depresije ter ga po potrebi o tem informirajte.
Tveganje za prisotnost depresije.	5 in več točk	<p>DMS:</p> <p>Pacienta napotite na diagnostični pogovor k ZDM.</p> <p style="text-align: center;">⇓</p> <p>ZDM:</p> <p>Na podlagi diagnostičnega intervjuja postavi diagnozo in oceni resnost depresije, na podlagi katere predpiše zdravljenje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - V primeru blage depresije lahko priporoči svetovanje in/ali napotitev na psihoedukativne delavnice, po potrebi zdravljenje z antidepresivi. - V primeru zmerne, zmerno hude in hude depresije pa predpiše: zdravljenje z antidepresivi, svetovanje in/ali napotitev na psihoedukativne delavnice. <p>ZDM tudi spremlja napredek pacienta.</p>

SOCIALNE DETERMINANTE ZDRAVJA

Skupaj s pacientom izpolnite tri vprašanja (od točke 9 do točke 11), navedena pod naslovom Socialne determinante zdravja, ki so del Vprašalnika za preventivni pregled na področju kroničnih nenalezljivih bolezni.

9. PROSIMO, NAVEDITE ZADNJO ŠOLO, KI STE JO DOKONČALI. (Izberite en odgovor.)	
a) Nedokončana osnovna šola.	2 točki
b) Osnovna šola.	2 točki
c) 2- ali 3-letna poklicna šola.	1 točka
d) 4-letna srednja šola ali gimnazija.	1 točka
e) Višja, visoka šola, fakulteta, akademija.	0 točk
f) Podiplomski študij (magisterij, doktorat znanosti).	0 točk
10. KAKŠEN JE VAŠ TRENUTNI ZAPOSLOTVENI STATUS? (Izberite en odgovor.)	

PRIROČNIK ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE

a) Zaposlen (vključeno je neplačano delo v družinskem podjetju, vajeništvo ali plačana praksa, odsotnost z dela zaradi materinstva, starševstva, bolezni ali rednega dopusta).	0 točk
b) Samozaposlen (vključena je samostojna poklicna dejavnost, kmetje).	1 točka
c) Brezposelna oseba.	2 točki
d) Dijak, študent, nadaljnje izobraževanje, neplačana delovna praksa.	0 točk
e) Upokojenec.	0 točk
f) Invalidski upokojenec.	1 točka
g) Trajno invalidna oseba.	1 točka
h) Gospodinja.	1 točka
11. KAKO VI (OZIROMA VAŠE GOSPODINJSTVO) SHAJATE SKOZI MESEC, ČE UPOŠTEVATE DOHODEK, ČE GA IMATE, TISTO, KAR USTVARITE Z LASTNIM DELOM (NA PRIMER MANJŠA HONORARNA DELA, VRTNARJENJE), PA TUDI MEDSEBOJNO POMOČ MED SORODNIKI/BOSEDI/PRIJATELJI? (Izberite en odgovor.)	
a) Dobro shajam skozi mesec.	0 točk
b) Občasno imam težave.	1 točka
c) Imam težave.	2 točki

Ocena statusa pacienta glede na socialne determinante zdravja.

Socialne determinante zdravja		
0-2	3-4	5-6
Ni ogrožen.	Srednje ogrožen.	Ogrožen.

IZVAJANJE MERITEV

Po izvedenem pridobivanju informacij o pacientu s pomočjo Vprašalnika za preventivni pregled na področju kroničnih nenalezljivih bolezni (in tako imenovanih poglobljenih vprašalnikov, uporabljenih glede na predpisane kriterije) izvedite spodaj opredeljene meritve (postavka pod točko 12).

12. Po strokovnih protokolih izvedite naslednje antropometrične meritve:

- telesna višina,
- telesna masa,
- obseg pasu

in v pacientovo dokumentacijo zapišite izmerjene vrednosti. Izračunajte ITM.

13. Po strokovnih protokolih izmerite krvni tlak.

V pacientovo dokumentacijo zapišite njegovo vrednost.

PRIDOBITEV LABORATORIJSKIH IZVIDOV

Pridobite pacientove laboratorijske izvide, ki obsegajo naslednje vrednosti (postavka pod točko 13):

- krvni sladkor na tešče,
- skupni holesterol,
- LDL holesterol,
- HDL holesterol,
- trigliceride.

Če je bil pacient napoten na OGTT, pridobite tudi ta izvid.

V pacientovo dokumentacijo zapišite vse pridobljene vrednosti laboratorijskih izvidov.

SEDEM OPOZORILNIH ZNAMENJ ZA RAKA IN VARNOSTNA VPRAŠANJA

Prvo varovalo je, da DMS pacienta povpraša po opozorilnih znamenjih za rake. Vprašanja iz **Vprašalnika za preventivni pregled na področju kroničnih nenalezljivih bolezni**, ki se nanašajo na sedem opozorilnih znamenj za raka (vprašanja pod točko 14), so navedena v spodnjem okvirčku.

14. Ali opazate katero od naslednjih težav?

a)	Ranico ali razjedo na koži ali sluznici, ki se ne zaceli niti po mesecu dni?	DA.	NE.
b)	Spremembo barve ali velikosti materinega znamenja ali bradavice, zlasti če začne srbeti, se poveča, spremeni barvo, krvavi, rosi, je obkrožena z vnetnim robom ali so okrog nje nastala manjša znamenja?	DA.	NE.
c)	Nebolečo zatrdlino kjerkoli na telesu, zlasti v dojkah, bezgavkah in modih?	DA.	NE.
d)	Neobičajno krvavitev ali izcedek iz telesnih odprtih: kri v izpljunku, v urinu, blatu, neobičajno krvavitev iz nožnice?	DA.	NE.
e)	Trdovraten, boleč, spremenjen kašelj, hripavost brez posebnega vzroka, ki traja več kot 14 dni, težave pri požiranju, zlasti pri kadilcih?	DA.	NE.
f)	Trdovratne težave z želodcem, zaprtja, ki se izmenjujejo z driskami, in hujšanje brez pravega vzroka?	DA.	NE.
g)	Vsako spremembo in nerednost pri odvajanju blata in vode, zlasti če je prisotna tudi kri?	DA.	NE.

PRIROČNIK ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE

Če pacient na katero od vprašanj odgovori z DA, je pregled pri ZDM obvezen.

15.	Ali v zvezi s svojim zdravjem opažate kakršnokoli težavo, ki je v dosedanjem pregledu nismo omenili?	DA.	NE.
Če DA, katero?			
16.	Ali imate v zvezi s svojim zdravjem kakršnokoli skrb, ki se je v dosedanjem pregledu nismo dotaknili?	DA.	NE.
Če DA, katero?			
17.	Ali se želite o kateremkoli vprašanju v zvezi s svojim zdravjem posvetovati z zdravnikom?	DA.	NE.
Če DA, o katerem?			

Če pacient na katero od vprašanj odgovori z DA, je pregled pri ZDM obvezen.

OCENA OGROŽENOSTI/TVEGANJA ZA KRONIČNE NENALEZLJIVE BOLEZNI IN STANJA

Ocena tveganja za debelost

Določite pacientov status

- glede na njegov ITM in
- glede na njegov obseg pasu.

Statusi pacientov glede na ITM

STATUS PREISKOVANCA	ITM
Podhranjenost.	Pod 18,5 kg/m ²
Normalna prehranjenost.	18,5–24,9 kg/m ²
Prekomerna prehranjenost.	25,0–29,9 kg/m ²
Debelost I. stopnje.	30,0–34,9 kg/m ²
Debelost II. stopnje.	35,0–39,9 kg/m ²
Debelost III. stopnje.	Nad 40 kg/m ²

Statusi pacientov glede na obseg pasu.

SPOL	OBSEG PASU	OGROŽANJE ZDRAVJA
Ženski.	Nad 80 cm	Ogroža zdravje.
Moški.	Nad 94 cm	

Ženski.	Nad 88 cm	Zelo ogroža zdravje.
Moški.	Nad 102 cm	

Glede na stanje prehranjenosti, obseg pasu in oceno ogroženosti za KNB pacientu svetujete o nadaljnjih postopkih.

Obravnavanje pacientov v RADM glede na status prehranjenosti

STATUS PACIENTA GLEDE NA ITM	OCENA OGROŽENOSTI ZA KNB	OBSEG PASU	UKREP
Pacienti, ki so normalno prehranjeni.	Ni ogrožen.	Pod 80 cm (ženske)/ pod 94 cm (moški).	Paciente spodbudite k ohranjanju zdravega življenjskega sloga (zdrava prehrana in telesna dejavnost za krepitev zdravja) in s tem k vzdrževanju telesne mase.
		Pod 80 cm (ženske)/ pod 94 cm (moški).	Pacientom posredujte informacije (tako ustno obrazložitev kot tudi gradiva v pisni obliki) o zdravi prehrani in telesni dejavnosti za krepitev zdravja.
	Je ogrožen.	Pod 80 cm (ženske)/ pod 94 cm (moški).	Usmerite jih v CKZ na kratke zdravstvenovzgojne delavnice.
		Pod 80 cm (ženske)/ pod 94 cm (moški).	
Pacienti, ki so prekomerno prehranjeni	Ni ogrožen.	Pod 80 cm (ženske)/ pod 94 cm (moški).	Pacientom posredujte informacije (tako ustno obrazložitev kot tudi gradiva v pisni obliki) o zdravi prehrani in telesni dejavnosti za krepitev zdravja. Usmerite jih v CKZ na kratke zdravstvenovzgojne delavnice.
		Pod 80 cm (ženske)/ pod 94 cm (moški).	Pacientom posredujte informacije (tako ustno obrazložitev kot tudi gradiva v pisni obliki) glede osnovnih priporočil in pojmov o zdravem hujšanju.
	Je ogrožen.	Pod 80 cm (ženske)/ pod 94 cm (moški).	Paciente z ITM 27,5 ali več usmerite v CKZ na zdravstvenovzgojno delavnico Zdravo hujšanje.
		Pod 80 cm (ženske)/ pod 94 cm (moški).	

STATUS PACIENTA GLEDE NA ITM	OCENA OGROŽENOSTI ZA KNB	OBSEG PASU	UKREP
Pacienti s prisotno debelostjo	Ni ogrožen.	Pod 80 cm (ženske)/ pod 94 cm (moški).	Pacientom posredujte informacije (tako ustno obrazložitev kot tudi gradiva v pisni obliki) glede osnovnih priporočil in pojmov o zdravem hujšanju. Usmerite jih v CKZ na zdravstvenovzgojno de- lavnico Zdravo hujšanje.
		Pod 80 cm (ženske)/ pod 94 cm (moški).	
	Je ogrožen.	Pod 80 cm (ženske)/ pod 94 cm (moški).	
		Pod 80 cm (ženske)/ pod 94 cm (moški).	

OCENJEVANJE IN OBRAVNAVA OGROŽENOSTI ZA SRČNO-ŽILNE BOLEZNI

Oprelitev ogroženosti za SŽB (srčno-žilna bolezen) je sestavljena iz naslednjih zaporednih korakov:

1. Na osnovi podatkov o pacientu (pridobljenih v drugi fazi preventivnega pregleda), ki so potrebni za izvedbo postopka ocene ogroženosti za SŽB, izvedete postopek ocenjevanja ogroženosti za absolutno 10-letno srčno-žilno tveganje.
2. Glede na stopnjo ogroženosti za SŽB opravite triažo in pacientu svetujete o nadaljnjih postopkih.

1. korak

Na osnovi podatkov o pacientu, ki so potrebni za izvedbo postopka ocene ogroženosti za SŽB, izvedete postopek ocenjevanja celokupne absolutne 10-letne SŽO (srčno-žilne ogroženosti). Postopek ocenjevanja celokupne absolutne 10-letne SŽO podpirajo najnovejše, strokovno usklajene smernice, ki smo jih na podlagi evropske različice v Sloveniji oblikovali in sprejeli leta 2013 (ref. Fras Z, Jug B, et al. Smernice za preprečevanje bolezni srca in žilja v klinični praksi 2013 – ključna sporočila in novosti. Slov Kardiol 2013;10: 53–88).

S pojmom absolutna celokupna ogroženost poudarjamo, da je temelj njenega določanja upoštevanje skupnega učinkovanja (ki je več kot le seštevek) več posameznih neodvisnih dejavnikov tveganja za aterosklerozo. Pri zdravih odraslih (brez izražene srčno-žilne, sladkorne in/ali kronične ledvične bolezni oziroma zelo izražene posameznega poglavitnega dejavnika tveganja) priporočamo določanje absolutne koronarne ogroženosti s pomočjo tabel, ki so oblikovane na podlagi Framinghamske enačbe ogroženosti. Vsebovala so jih tudi že skupna evropska priporočila za preventivo koronarne bolezni v klinični praksi, ki smo jih leta 1998 prevedli in priredili za uporabo v Sloveniji. Odločitev za vztrajanje pri teh tabelah je posledica možnosti, da z njihovo uporabo določimo ogroženost z vsemi srčno-žilnimi dogodki, in ne le z usodnimi, kot jih omogočajo tabele (oblikovane v okviru projekta SCORE) iz evropskih smernic. Tabele so v Sloveniji tudi zelo dobro uveljavljene in široko uporabljane – na njih temelji sedaj že več kot 10-letno ocenjevanje srčno-žilne ogroženosti v postopkih Nacionalnega programa primarne preventive bolezni srca in žilja in so aplicirane v računalniške programe pri izvajalcih v osnovni zdravstveni dejavnosti po Sloveniji. Ocena srčno-žilne ogroženosti služi kot vodilo za spremembe življenjskega sloga in zdravljenje z zdravili.

Sodobne smernice priporočajo razvrstitev pacientov v eno izmed naslednjih 4 skupin (Tabela 1):

- I. zelo velika SŽO (> 40 % v prihodnjih 10 letih),
- II. velika SŽO (20–40 % v prihodnjih 10 letih),
- III. zmerna SŽO (10–20 % v prihodnjih 10 letih),
- IV. majhna SŽO (< 10 % v prihodnjih 10 letih).

Tabela 1: Skupine srčno-žilne ogroženosti

I ZELO VELIKA SŽO (> 40 % V PRIHODNIH 10 LETIH)	
1. Pri pacientih s srčno-žilno boleznijo.	<ul style="list-style-type: none"> – Potrjena invazivno, na primer koronarografija, aortografija, periferna angiografija; – potrjena neinvazivno, na primer s prekrvavitveno scintigrafijo srčne mišice, z obremenitvenim ultrazvokom (UZ) srca, CT/MR – angiografijo ali z UZ ugotovljeno aterosklerotično leho v karotidnem žilju; – potrjena klinično: <ul style="list-style-type: none"> i) osebna anamneza akutnega koronarnega sindroma, ishemičnega možgansko-žilnega dogodka (možganska kap, tranzitorna ishemična ataka (TIA)), periferne arterijske bolezni; ii) osebna anamneza revaskularizacije koronarnih ali drugih arterij (kirurška, perkutana).
2. Pri pacientih s sladkorno boleznijo (SB).	<ul style="list-style-type: none"> – SB tip 2 in <ul style="list-style-type: none"> i) okvara tarčnega organa ali ii) dodaten dejavnik tveganja (kajenje, zvišan krvni tlak, holesterol LDL > 3,0 mmol/l oziroma zdravljenje s hipolipemiki); – SB tip 1 in <ul style="list-style-type: none"> i) okvara tarčnega organa ali ii) starost > 40 let in dodaten dejavnik tveganja (kajenje, zvišan krvni tlak, holesterol LDL > 3,0 mmol/l oziroma zdravljenje s hipolipemiki).
3. Pri pacientih z ledvično boleznijo.	Huda, glomerularna filtracija (GFR) < 30 ml/min./1,73 m ² .
4. Pri pacientih z ocenjeno 10-letno SŽO za vse koronarne dogodke > 40 % (po Framinghamski preglednici).	
5. Pri pacientih z ocenjenim 10-letnim tveganjem s točkovnikom SCORE 10 % ali več.	

II VELIKA SRČNO-ŽILNA OGROŽENOST (20–40 % V PRIHODNJIH 10 LETIH)	
1. Pri pacientih z zelo izraženim posameznim dejavnikom tveganja.	Na primer družinska hiperholesterolemija, skupni holesterol > 8,0 mmol/l in/ali holesterol LDL > 5,0 mmol/l, krvni tlak višji kot 180/110).
2. Pri pacientih s SB.	<ul style="list-style-type: none"> – SB tip 2 brez <ul style="list-style-type: none"> i) okvare tarčnega organa ali ii) dodatnih dejavnikov tveganja (kajenje, zvišan krvni tlak, holesterol LDL > 3,0 mmol/l oziroma zdravljenje s hipolipemiki); – SB tip 1 in starost > 40 let, brez <ul style="list-style-type: none"> i) okvare tarčnega organa ali ii) dodatnih dejavnikov tveganja (kajenje, zvišan krvni tlak, holesterol LDL > 3,0 mmol/l oziroma zdravljenje s hipolipemiki).
3. Pri pacientih z ledvično boleznijo.	Zmerna, GFR 30–59 ml/min./1,73 m ² .
4. Pri pacientih z ocenjeno 10-letno SŽO za vse koronarne dogodke 20–40 % (po Framinghamski preglednici).	
5. Pri pacientih z ocenjeno 10-letno ogroženostjo za usodne srčno-žilne dogodke (s točkovnikom SCORE) od vključno 5 do največ 10 %.	
III ZMERNNA SŽO (10–20 % V PRIHODNJIH 10 LETIH)	
1. Pri pacientih s SB.	<ul style="list-style-type: none"> – SB tip 1, mlajši od 40 let in brez <ul style="list-style-type: none"> i) okvare tarčnega organa ali ii) dodatnih dejavnikov tveganja.
2. Pri pacientih z ocenjeno 10-letno SŽO za vse koronarne dogodke: 10–20 % (po Framinghamski preglednici).	
IV MAJHNA SŽO (< 10 % V PRIHODNJIH 10 LETIH)	
1. Pri pacientih z ocenjeno 10-letno SŽO za vse koronarne dogodke: < 10 % (po Framinghamski preglednici).	

Paciente z boleznimi, navedenimi pod točko I (**Zelo velika srčno-žilna ogroženost**) in točko II (**Velika srčno-žilna ogroženost**) napotite k ZDM. Pacienti, pri katerih je ocenjena stopnja ogroženosti **velika** ali **zelo velika** (ne glede na oceno po Framingamskih merilih), imajo že prisotne bolezni in so obravnavani pri ZDM, zato pri njih ne določate koronarne ogroženosti. Za DMS v RADM je pomembna informacija o stopnji ogroženosti za koronarni dogodek ter poznavanje pomembnosti intervencij za spremembo življenjskega sloga in podpore duševnemu zdravju. Te intervencije je potrebno izvajati kot neizogiben del celotne obravnave za optimalno vodenje in obravnavo kronične bolezni.

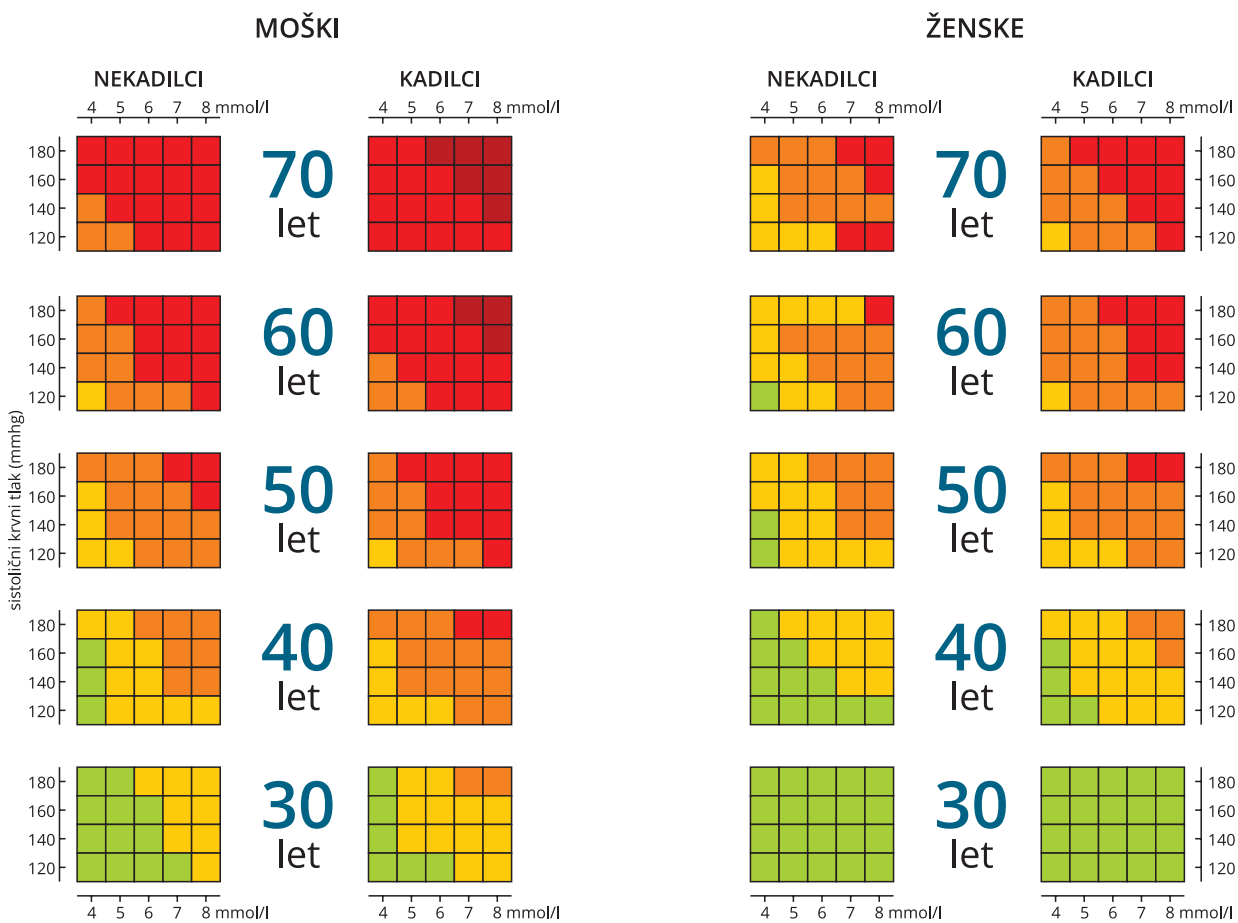
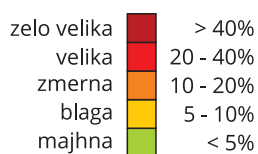
Vse paciente brez diagnosticirane srčno-žilne, sladkorne ali kronične ledvične bolezni in/ali brez prisotnega zelo **izraženega posameznega dejavnika** tveganja (na primer zelo verjetne družinske hiperholesterolemije, vrednosti skupnega holesterola > 8,0 mM in/ali holesterola LDL > 5,0 mM, vrednosti krvnega tlaka > 180/110 mmHg in podobno) v postopkih primarne preventive umestite v eno izmed opredeljenih in zgoraj podrobneje predstavljenih štirih temeljnih stopenj **srčno-žilne ogroženosti** na podlagi **ocene z uporabo**

Framinghamskih meril. Potrebujete podatke o naslednjih petih poglavitnih dejavnih tveganja:

- spol;
- starost;
- kadilski status;
- vrednost skupnega holesterola in
- vrednost sistoličnega krvnega tlaka (izmerjen skladno z dogovorjenim protokolom).

OGROŽENOST

Verjetnost koronarnega dogodka v 10 letih



Nekateri dodatni poudarki in merila pri ocenjevanju srčno-žilne ogroženosti

Za veliko ali zelo veliko ogroženost za pojav srčno-žilnega dogodka v naslednjih desetih letih je pri posamezniku lahko odgovoren tudi posamičen (samostojen) zelo izražen dejavnik srčno-žilnega tveganja. In to ne glede na oceno s Framinghamskimi tabelami. Zato morate DMS, ki ogroženost ocenjujete, dovolj dobro poznati tudi posamične dejavnike in tveganje, ki iz njih izhaja.

Poudarjamo, da je za bolj precizno oceno celokupne ogroženosti potrebno upoštevati tudi nekatere dodatne osebne značilnosti oziroma stanja. Njihova prisotnost znanstveno utemeljeno pomeni, da je njihova srčno-žilna ogroženost večja od ocenjene s pomočjo barvnih tabel oziroma izračuna na podlagi petih poglavitnih dejavnikov tveganja. V smernicah tovrstna stanja običajno imenujejo kvalifikatorji. Med najpomembnejše znanstveno podprte kvalifikatorje sodi družinska anamneza prezgodnje manifestne aterosklerotične žilne bolezni (pri moških v starosti manj kot 55 let oziroma pri ženskah mlajših od 65 let). Če ocenjujemo srčno-žilno ogroženost s pomočjo barvne tabele, pacienta s pozitivno družinsko anamnezo razvrstimo v eno kategorijo ogroženosti višje, kot smo jo določili po tabeli; če pa nam je omogočeno računanje nominalne vrednosti ogroženosti (po Framinghamski enačbi), le-to pomnožimo s faktorjem 2. Za nekatere druge kvalifikatorje je znanstveno ozadje šibkejše, zato je dokončna ocena celokupne absolutne srčno-žilne ogroženosti odvisna od mnenja zdravnika družinske medicine, ki na podlagi izraženosti posameznega dejavnika ter svojega celotnega kliničnega znanja in izkušenj opredeli stopnjo ogroženosti.

Dodatna merila v ocenjevanju srčno-žilne ogroženosti in obravnava pacientov v RADM glede na stopnjo ogroženosti za SŽB

VERJETNOST KORONARNEGA DOGODKA JE VEČJA KOT JO OCENIMO S POMOČJO FRAMINGHAMSKE TABELE	UKREP
<p>Osebe z družinsko anamnezo prezgodnje manifestne aterosklerotične žilne bolezni (moški v prvem kolenu, stari manj kot 55 let, oz. ženske v prvem kolenu, mlajše od 65 let) – če ocenjujemo ogroženost s pomočjo barvne tabele, obravnavno osebo razvrstimo v eno kategorijo ogroženosti višje, kot smo jo glede na vrednosti dejavnikov tveganja določili po tabeli; vkolikor pa nam računalniški pripomoček omogoča določitev nominalne vrednosti ogroženosti (po Framinghamski enačbi), le-to pomnožimo s faktorjem 2.</p>	<p>Če je ocenjena skupna ogroženost 20 % ali več, napotimo pacienta k ZDM.</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. preddiabetesna stanja: motena toleranca za glukozo, mejna bazalna glikemija, metabolični sindrom, sladkorna bolezen v nosečnosti, 2. osebe z nizko koncentracijo holesterola HDL - <1.1 mmol/L pri moških oz. <1.3 mmol/L pri ženskah in/ali hipertrigliceridemijo (vrednost trigliceridov >1.7 mmol/L), 3. ženske s prezgodnjo menopavzo (pred 40. letom starosti) 4. socialno ogrožene osebe. 	<p>Pri osebah s stanji 1- 4 je dokončna ocena celokupne absolutne srčno-žilne ogroženosti odvisna od mnenja ZDM, ki na podlagi izraženosti posameznega dejavnika, ter svojega celotnega kliničnega znanja in izkušenj opredeli stopnjo ogroženosti.</p>

* VERJETNOST KORONARNEGA DOGODKA V 10-LETIH JE VELIKA – OD 20 DO 40%	UKREP
<p>Samostojni dejavniki tveganja (ne glede na oceno po Framinghamu):</p> <ul style="list-style-type: none"> - zelo izražen posamezni dejavnik tveganja, npr. družinska hiperholesterolemija (skupni holesterol > 8.0 mM, in ali holesterol LDL > 5.0 mM); - sladkorna bolezen: <ul style="list-style-type: none"> • SB tip 2, ali SB tip 1, in starost >40 let, brez <ul style="list-style-type: none"> i) okvare tarčnega organa, ali ii) dodatnih dejavnikov tveganja; - zmerne ledvične bolezni; - ocenjena 10-letna ogroženost za usodne srčno-žilne dogodke (s točkovnikom SCORE) od vključno 5 do največ 10 %. 	<p>Pacienta napotite k ZDM, da dopolni/potrdi oceno ogroženosti in se opredeli o zdravljenju, nato pa ga glede na prisotne vedenjske dejavnike tveganja ustrezno obravnavajte. Motivirajte ga za udeležbo v zdravstvenovzgojnih delavnicah v okviru PSZ v PC.</p> <p>Kontrolni preventivni pregled ponovimo čez 1 leto ali že prej, če tako presodita ZDM/DMS v RADM.</p>
* VERJETNOST KORONARNEGA DOGODKA V 10 LETIH JE ZELO VELIKA – NAD 40 %	UKREP
<p>Samostojni dejavniki tveganja (ne glede na oceno po Framinghamu):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bolniki s klinično manifestno koronarno boleznijo; 2. sladkorna bolezen (SB): <ul style="list-style-type: none"> - SB tip 2, in i) okvara tarčnega organa, ali <ul style="list-style-type: none"> ii) dodaten dejavnik tveganja (kajenje, zvišan krvni tlak, LDL>3,0 mM oz. zdravljenje s hipolipemiki) - SB tip 1, in i) okvara tarčnega organa, ali <ul style="list-style-type: none"> ii) starost > 40 let, in dodaten dejavnik tveganja 3. Bolniki s hudo ledvično boleznijo. 4. Ocenjeno 10-letno tveganje s točkovnikom SCORE 10 % ali več. 	<p>Pacienta napotite k ZDM, da dopolni/potrdi oceno ogroženosti in se opredeli o zdravljenju, nato pa ga glede na prisotne vedenjske dejavnike tveganja ustrezno obravnavajte. Motivirajte ga za udeležbo v zdravstvenovzgojnih delavnicah v okviru PSZ v PC.</p> <p>Kontrolni preventivni pregled ponovimo čez 1 leto ali že prej, če tako presodita ZDM/DMS v RADM.</p>

* Pacienti, pri katerih je ocenjena stopnja ogroženosti VELIKA ali ZELO VELIKA (ne glede na oceno po Framingamskih merilih), imajo že prisotne bolezni in so obravnavani pri ZDM, zato DMS pri njih ne določa koronarne ogroženosti. Za DMS v RADM je pomembna informacija o stopnji ogroženosti za koronarni dogodek ter poznavanje pomembnosti intervencij za spremembo življenjskega sloga in podpore duševnemu zdravju. Te intervencije je potrebno izvajati kot neizogiben del celotne obravnave za optimalno vodenje in obravnavo kronične bolezni.

Glede na ocenjeno stopnjo ogroženosti za SŽB opravite prvo triažo ter pacientu svetujete o nadaljnjih postopkih.

Prva triaža in obravnava pacientov v RADM glede na stopnjo ogroženosti za SŽB

VERJETNOST KORONARNEGA DOGODKA V 10 LETIH, IZMERJENA PO FRAMINGHAMSKIH MERILIH	STOPNJA OGRÖŽENOSTI	OBRAVNAVA	UKREP
< 10 %	Majhna.	Obravnava DMS.	Pacienta spodbudite k zdravemu življenjskemu slogu ter mu predstavite njegov pomen za ohranjanje in krepitev zdravja. Prav tako ga motivirajte za udeležbo v osnovnih (kratkih) zdravstvenovzgojnih delavnicah v CKZ.
10–20 %	Zmerna.	Obravnava DMS oziroma glede na izsledke pregleda presodite, ali je pacienta treba usmeriti k ZDM. ZDM in DMS se skupaj odločita, kdaj bo pacient prišel na kontrolni pregled.	Ponovni preventivni pregled se izvede čez 5 let ali že prej, če tako presodita ZDM/DMS v RADM.
20–40 %	Velika.	Obravnava ZDM.	Pacienta napotite k ZDM, da dopolni/potrdi oceno ogroženosti in se opredeli o zdravljenju, nato pa ga glede na prisotne vedenjske dejavnike tveganja ustrezno obravnavajte. Motivirajte ga za udeležbo v zdravstvenovzgojnih delavnicah v okviru PSZ v CKZ.
> 40 %	Zelo velika.	Obravnava ZDM.	Ponovni preventivni pregled se izvede čez 1 leto ali že prej, če tako presodita ZDM/DMS v RADM. Priporočljiva je kontrola učinkov nemedikamentozne obravnave na biološke dejavnike tveganja in stopnjo ogroženosti za SŽB v 6 mesecih.

Obravnavanje pacientov v RADM glede na oceno ogroženosti za SŽB in izmerjeno vrednost LDL holesterola

SKUPNA ABSOLUTNA SRČNO-ŽILNA OGROŽENOST	IZMERJENA VREDNOST LDL HOLESTEROLA				
	<1,8 MMOL/L	1,8–2,5 MMOL/L	2,5–4,0 MMOL/L	4,0–4,9 MMOL/L	>4,9 MMOL/L
Majhna ogroženost. Framingham: < 10 %.	Brez intervencije.	Brez intervencije.	Spremembe življenjskega sloga.	Spremembe življenjskega sloga.	Spremembe ži- vljenjskega sloga; v primeru nedo- seganja ciljnih vrednosti razmi- slek o zdravilih.
Zmerna ogroženost. Framingham: 10–20 %	Spremembe življenjskega sloga.	Spremembe življenjskega sloga.	Spremembe ži- vljenjskega sloga, v primeru nedo- seganja ciljnih vrednosti razmi- slek o zdravilih.	Spremembe ži- vljenjskega sloga, v primeru nedo- seganja ciljnih vrednosti razmi- slek o zdravilih.	Spremembe ži- vljenjskega sloga, v primeru nedo- seganja ciljnih vrednosti razmi- slek o zdravilih.
Velika ogroženost. Framingham: 20–40 %	Spremembe življenjskega sloga, razmislek o zdravilih.	Spremembe življenjskega sloga, razmislek o zdravilih.	Spremembe ži- vljenjskega sloga in po 9 mesecih v primeru neu- speha zdravljenje tudi z zdravili.	Spremembe ži- vljenjskega sloga in po 9 mesecih v primeru neu- speha zdravljenje tudi z zdravili.	Spremembe ži- vljenjskega sloga in po 9 mesecih v primeru neu- speha zdravljenje tudi z zdravili.
Zelo velika ogroženost. Framingham: > 40 %.	Spremembe življenjskega sloga, razmislek o zdravilih.	Spremembe ži- vljenjskega sloga in po 9 mesecih v primeru neu- speha zdravljenje tudi z zdravili.	Spremembe ži- vljenjskega sloga in po 9 mesecih v primeru neu- speha zdravljenje tudi z zdravili.	Spremembe ži- vljenjskega sloga in po 9 mesecih v primeru neu- speha zdravljenje tudi z zdravili.	Spremembe ži- vljenjskega sloga in po 9 mesecih v primeru neu- speha zdravljenje tudi z zdravili.

Opomba: V preglednici je opisana celovita obravnava pacientov glede na oceno ogroženosti za SŽB in izmerjeno vrednost LDL holesterola. Na DMS se nanašajo naloge, ki so usmerjene v spremembo življenjskega sloga, ukrepi, ki se nanašajo na uporabo zdravil, pa so predmet obravnave zdravnika družinske medicine in stvar njegove celovite ocene in presoje, kdaj se odloči za uporabo zdravila.

PREPOZNAVANJE OSEB Z VELIKIM TVEGANJEM ZA SLADKORNO BOLEZEN TIPA 2 IN NJIHOVA OBRAVNAVA

Merila za vrednotenje izvida koncentracije glukoze na tešče

IZVID	SKLEP
Glukoza do 6,1 mmol/l.	Koncentracija glukoze na tešče je v normalnem območju.
Glukoza od 6,1 do 6,9 mmol/l.	Mejna bazalna glikemija, veliko tveganje za sladkorno bolezen tipa 2.
Glukoza \geq 7,0 mmol/l.	Izpolnjen je en diagnostični kriterij za sladkorno bolezen.

Obravnavanje pacientov v RADM glede na oceno ogroženosti za sladkorno bolezen tipa 2

OCENA STATUSA PACIENTA	TVEGANJE ZA SLADKORNO BOLEZEN TIPA 2	UKREP
Pacient z znano aterosklerotično SŽB.	Veliko tveganje.	Pacienta v vsakem primeru napotite na OGTT, tudi če je koncentracija glukoze v krvi pod 6,1 mmol/l, saj je tveganje za prisotno sladkorno bolezen tipa 2 veliko.
Glukoza < 6,1 mmol/l.	Tveganje lahko natančno opredelimo, če napravimo tudi OGTT.	Pacienta spodbudite k zdravemu življenjskemu slogu in mu predstavite njegov pomen za ohranjanje in krepitev zdravja.
Glukoza od 6,1 do 6,9 mmol/l.	Veliko tveganje. Stanje imenujemo mejna bazalna glikemija (MBG).	Pacientu podajte kratko informacijo o vrednosti koncentracije glukoze in ga usmerite na OGTT, dajte mu ustrezna navodila in mu pojasnite potek in pomen preiskave OGTT. Ko je ovrednotenje glikemičnega statusa končano, ovrednotite njegov življenjski slog, upoštevajte ugotovljeno glikemično stanje.
Glukoza \geq 7,0 mmol/l.	Izpolnjen je en diagnostični kriterij za sladkorno bolezen.	Pacienta usmerite k ZDM, da opredeli nadaljnjo diagnostiko in zdravljenje. ZDM bo pri pacientih brez simptomov sladkorne bolezni (poliurija, polidipsija, nepojasnjena izguba telesne mase) naročil ponovno določanje koncentracije glukoze na tešče oziroma OGTT na drug dan. Diagnozo potrđita dve diagnostični vrednosti. Ko je ovrednotenje glikemičnega statusa končano, ovrednotite njegov življenjski slog, upoštevajte ugotovljeno glikemično stanje.

Obravnavanje pacientov v RADM glede na rezultat OGTT

REZULTAT OGTT	TVEGANJE ZA SLADKORNO BOLEZEN TIPA 2	UKREP
Glukoza na tešče < 6,1 mmol/l, 2 uri po začetku OGTT glukoza od 7,8 do 11,0 mmol/l.	Stanje imenujemo »izolirana MTG«. Veliko tveganje za SB tipa 2.	Pacienta usmerite k ZDM. S pacientom opravite motivacijski pogovor za spremembo življenjskega sloga in ga motivirajte za udeležbo v zdravstvenovzgojnih delavnicah v okviru PSZ v CKZ za opuščanje zdravstveno tveganih vedenj.
Glukoza na tešče od 6,1 do 6,9 mmol/l, 2 uri po začetku OGTT glukoza < 7,8 mmol/l.	Stanje imenujemo »izolirana MBG«. Veliko tveganje za SB tipa 2. Opomba: kadar koncentracije glukoze na tešče ustrezajo definiciji MBG, vendar ne napravimo OGTT, to imenujemo »MBG«.	
Glukoza na tešče od 6,1 do 6,9 mmol/l, 2 uri po začetku OGTT glukoza od 7,8 do 11,0 mmol/l. Stanje imenujemo »MTG in MBG«. Veliko tveganje za SB tipa 2.	Glukoza na tešče 7,0 mmol/l ali več – OGTT ne nadaljujemo.	
Glukoza na tešče pod 7,0 mmol/l in je 2 uri po začetku OGTT glukoza ≥ 11,1 mmol/l.	Izpolnjeno je eno diagnostično merilo za SB.	

Priloga številka 2:

VPRAŠALNIK ZA PREVENTIVNI PREGLED NA PODROČJU KRONIČNIH NENALEZLJIVIH BOLEZNI

IME IN PRIIMEK PACIENTA			
SPOL	M	Ž	TELEFONSKA ŠTEVILKA
DATUM ROJSTVA			ELEKTRONSKI NASLOV
STAROST	let		DATUM PREGLEDA

DRUŽINSKA ANAMNEZA

1. Ali je imel kdo v družini (starši, bratje, sestre, polbratje, polsestre):

a)	zvišan krvni tlak?	DA.	NE.
b)	katero od izraženih oblik aterosklerotične bolezni: srčni infarkt, angina pektoris, možganska kap, periferna bolezen arterij na nogah (moški pred 55. letom, ženske pred 65. letom)?	DA.	NE.
c)	sladkorno bolezen tipa2?	DA.	NE.
d)	Družinska obremenjenost za raka debelega črevesa in danke		
	1. Je med vašimi sorodniki prvega reda (oče, mati, sin, hči, brat sestra, polbrat, polsestra) kdo zbolel za rakom debelega črevesa ali danke pred 60 letom?	DA.	NE.
	2. Sta najmanj dva vaša krvna sorodnika (sorodniki prvega reda, stari starši, bratranci, sestričnice, tete, strici) zbolela zaradi raka debelega črevesa ali danke?	DA.	NE.
	3. So v vaši družini vsaj trije sorodniki prvega reda (starši, brat, sestra, polbrat, polsestra) zboleli za enim od sledečih rakov: rak debelega črevesa ali danke, rak materničnega vratu, rak želodca?	DA.	NE.

VKLJUČEVANJE V PRESEJALNE PROGRAME

2. Ali se redno vključujete v organizirane državne programe:

a)	Program Svit (program zgodnjega odkrivanja raka na debelem črevesu in danki, moški in ženske) vsaki dve leti?	DA.	NE.	NI V CILJNI POPULACIJI.
b)	Program Dora (program zgodnjega odkrivanja raka dojke za ženske) vsaki dve leti?	DA.	NE.	NI V CILJNI POPULACIJI.
c)	Program Zora (program zgodnjega odkrivanja raka na materničnem vratu za ženske) vsaka tri leta?	DA.	NE.	NI V CILJNI POPULACIJI.

VEDENJSKI DEJAVNIKI TVEGANJA

3. Prehrana

KRATEK (PRESEJALNI) VPRAŠALNIK O PREHRANJEVALNIH NAVADAH																
Vprašanja	Točkovanje															
<p>3.1 Kakšen je vaš način prehranjevanja? (Izberite EN odgovor.)</p> <table border="1"> <tr> <td>a) Uživam mešano prehrano.</td> </tr> <tr> <td>b) Zaradi bolezni se poslužujem prehrane, ki JE predpisana s strani zdravnika (alergije, intolerance, presnovne motnje/bolezni...).</td> </tr> <tr> <td>c) Sem vegetarijanec/ka, in ustrezno nadomeščam beljakovine.</td> </tr> <tr> <td>d) Uživam dieto, ki NI predpisana s strani zdravnika (modne diete oziroma alternativne oblike prehranjevanja). Prosim navedite obliko prehranjevanja: _____.</td> </tr> <tr> <td>e) Drugo.</td> </tr> </table>	a) Uživam mešano prehrano.	b) Zaradi bolezni se poslužujem prehrane, ki JE predpisana s strani zdravnika (alergije, intolerance, presnovne motnje/bolezni...).	c) Sem vegetarijanec/ka, in ustrezno nadomeščam beljakovine.	d) Uživam dieto, ki NI predpisana s strani zdravnika (modne diete oziroma alternativne oblike prehranjevanja). Prosim navedite obliko prehranjevanja: _____.	e) Drugo.	<table border="1"> <tr> <td>a) Uživam mešano prehrano.</td> <td>2 točki</td> </tr> <tr> <td>b) Zaradi bolezni se poslužujem prehrane, ki JE predpisana s strani zdravnika (alergije, intolerance, presnovne motnje/bolezni...).</td> <td>2 točki</td> </tr> <tr> <td>c) Sem vegetarijanec/ka, in ustrezno nadomeščam beljakovine.</td> <td>2 točki</td> </tr> <tr> <td>d) Uživam dieto, ki NI predpisana s strani zdravnika (modne diete oziroma alternativne oblike prehranjevanja). Prosim navedite obliko prehranjevanja: _____.</td> <td>0 točk</td> </tr> <tr> <td>e) Drugo.</td> <td></td> </tr> </table> <p>Pri tem vprašanju oseba lahko skupaj doseže največ 2 točki</p>	a) Uživam mešano prehrano.	2 točki	b) Zaradi bolezni se poslužujem prehrane, ki JE predpisana s strani zdravnika (alergije, intolerance, presnovne motnje/bolezni...).	2 točki	c) Sem vegetarijanec/ka, in ustrezno nadomeščam beljakovine.	2 točki	d) Uživam dieto, ki NI predpisana s strani zdravnika (modne diete oziroma alternativne oblike prehranjevanja). Prosim navedite obliko prehranjevanja: _____.	0 točk	e) Drugo.	
a) Uživam mešano prehrano.																
b) Zaradi bolezni se poslužujem prehrane, ki JE predpisana s strani zdravnika (alergije, intolerance, presnovne motnje/bolezni...).																
c) Sem vegetarijanec/ka, in ustrezno nadomeščam beljakovine.																
d) Uživam dieto, ki NI predpisana s strani zdravnika (modne diete oziroma alternativne oblike prehranjevanja). Prosim navedite obliko prehranjevanja: _____.																
e) Drugo.																
a) Uživam mešano prehrano.	2 točki															
b) Zaradi bolezni se poslužujem prehrane, ki JE predpisana s strani zdravnika (alergije, intolerance, presnovne motnje/bolezni...).	2 točki															
c) Sem vegetarijanec/ka, in ustrezno nadomeščam beljakovine.	2 točki															
d) Uživam dieto, ki NI predpisana s strani zdravnika (modne diete oziroma alternativne oblike prehranjevanja). Prosim navedite obliko prehranjevanja: _____.	0 točk															
e) Drugo.																

3.2 Kako pogosto V POVPREČJU uživete naslednje obroke? Za vsako vrstico (obrok) je možen en odgovor. Označite (X) odgovor v polju.

OBROKI:	Vsak dan (7 dni/ teden)	Pogosto (4 do 6/ teden)	Občasno (1 do 3 dni/ teden)	Nikoli (ne uživam obroka)
Zajtrk				
Dopoldanska malica				
Kosilo				
Popoldanska malica				
Večerja				
Prigrizki (slani, sladki in mastni prigrizki)				

OBROKI:	Vsak dan (7 dni/ teden)	Pogosto (4 do 6/ teden)	Občasno (1 do 3 dni/ teden)	Nikoli (ne uživam obroka)
Zajtrk	2 točki	1 točka	0 točk	
Dopoldanska malica				
Kosilo				
Popoldanska malica				
Večerja				
Prigrizki (slani, sladki in mastni prigrizki)	0 točk		1 točka	2 točki
Število zaužitih obrokov preko dneva				
3 do 5 zaužitih obrokov (priložnostni obrok oz. prigrizek se NE ŠTEJE zraven)				2 točki
1 do 2 zaužita obroka				0 točk

Iz tega vprašanja prejmemo odgovore na tri ključna vprašanja:

- izvemo pogostost zajtrkovanja,
- pogostost uživanja prigrizkov in
- število zaužitih obrokov na dan.

Pri tem vprašanju oseba lahko skupaj doseže največ 6 točk.

3.3 Kako pogosto ste V PRETEKLEM TEDNU uživali živila, ki so navedena v spodnji tabeli). Z oznako (X) označite odgovor v vrstici, ki je najbolj značilen za vas. Za vsako vrstico - vrsto živil je možen EN odgovor

Pomislite na svoj PRETEKLI TEDEN (od ponedeljka do nedelje). V kolikor je bil vaš pretekli teden neobičajen (ste bili bolni, na potovanju ipd.), pomislite na svoj **običajni teden.**

OBROKI:	Vsak dan (7 dni/ teden)	Pogosto (4 do 6/ teden)	Občasno (1 do 3 dni/ teden)	Nikoli oziroma zelo redko
a) Sadje.				
b) Zelenjava.				
c) Mleko, mlečne izdelke (sir, skuta, jogurt ipd.).				
d) Sladka živila (sladke pijače, piškoti, sladki namazi, bar čokoladice/ sladkorne tablete, bonboni, sladice, ketchup ipd.).				
e) Mesni izdelki (salame, klobase, paštete, slanina ...).				

OBROKI:	Vsak dan (7 dni/ teden)	Pogosto (4 do 6/ teden)	Občasno (1 do 3 dni/ teden)	Nikoli oziroma zelo redko
a) Sadje.	2 točki	1 točka	0 točk	
b) Zelenjava.	2 točki	1 točka	0 točk	
c) Mleko, mlečne izdelke (sir, skuta, jogurt ipd.).	2 točki	1 točka	0 točk	
d) Sladka živila (sladke pijače, piškoti, sladki namazi, bar čokoladice/ sladkorne tablete, bonboni, sladice, ketchup ipd.).	0 točk		1 točka	2 točki
e) Mesni izdelki (salame, klobase, paštete, slanina ...).	0 točk		1 točka	2 točki

V kolikor ima pacient: **alergijo na mleko/intoleranco na laktozo (in iz tega razloga mleka ne uživa)** izberite odgovor »Drugo«. **V tem primeru presodite točkovanje:** v kolikor **HRANILA, KI JIH MLEKO VSEBUJE, USTREZNO NADOMEŠČA**, prejme 2 točki, sicer pa 0 točk. S pacientom se tudi natančneje pogovorimo o možnih zamenjavah za mleko in mlečne izdelke, ki omogočajo vnos kalcija (npr. zelenjava, mineralna voda ...). V kolikor pacient odgovora ne ve ali ne želi odgovoriti se točkuje z 0 točkami.

Pri tem vprašanju oseba lahko skupaj doseže največ 10 točk.

3.4 Ali že pripravljeno jed pri mizi dodatno solite? Izberite EN odgovor.

a) Nikoli.
b) Hrano najprej poskusim in po potrebi dosolim.
c) Hrano brez predhodnega pokušanja vedno dosolim.

a) Nikoli.	2 točki
b) Hrano najprej poskusim in po potrebi dosolim.	1 točka
c) Hrano brez predhodnega pokušanja vedno dosolim.	0 točk

Pri tem vprašanju oseba lahko skupaj doseže največ 2 točki.

3.5 Katere vrste maščobe najpogosteje uživata (namazi ipd.) oz. jih uporabljata za pripravo hrane (olja ipd.)?

Pri tem vprašanju upoštevajte maščobo, ki se uporablja pri toplotni obdelavi hrane (kuhanje, dušenje, pečenje, praženje, cvrenje) in maščobo, ki se uporablja kot namaz ali gotova jed (različni namazi, prelive).

Možnih je VEČ ODGOVOROV.

a) Rastlinska olja.
b) Margarino.
c) Maslo.
d) Mast, mast z ocvirki, zaseko.
e) Kokosovo maščobo.
f) Palmovo olje.
g) Namaze (zeliščne, paštete ipd.)
h) Smetano.
i) Industrijske solatne prelive.
j) Drugo vrsto: _____

a) Rastlinska olja.	2 točki
b) Margarino.	1 točka
c) Maslo.	
d) Mast, mast z ocvirki, zaseko.	0 točk
e) Kokosovo maščobo.	
f) Palmovo olje.	
g) Namaze (zeliščne, paštete ipd.)	
h) Smetano.	
i) Industrijske solatne prelive.	
j) Drugo vrsto: _____	

Točke ob obkroženih odgovorih se seštejejo in se delijo s številom obkroženih odgovorov.

Primer: oseba uživa rastlinsko olje (2 točki), margarino (1 točka) in smetano (0 točk). Končno število doseženih točk je 3 točke/3 odgovori=1 točka.

4. Telesna dejavnost

4.1 Kolikokrat se v običajnem tednu (med delovnim časom, na poti v službo ali po opravkih in nazaj, doma ter v prostem času skupaj) ukvarjate z intenzivno telesno dejavnostjo najmanj 25 minut vsakokrat do take mere, da se zadihate in oznojite (na primer tek, squash, hitro plavanje, hoja po stopnicah, aerobika, tenis, nogomet, hitro kolesarjenje, kolesarjenje po hribovitem terenu, dvigovanje/prenašanje težkih bremen, lopatanje in druga težka fizična dela (na primer gozdarska, cestna, gradbena, kmečka))?								
0	1	2	3	4	5	6	7	7+
0 točk	1 točka	2 točki						
4.2 Kolikokrat se v običajnem tednu (med delovnim časom, na poti v službo ali po opravkih in nazaj, doma ter v prostem času skupaj) ukvarjate z zmerno telesno dejavnostjo najmanj 30 minut vsakokrat do take mere, da nekoliko pospešeno dihate in se ogrejete (lahko upoštevate tudi 3x po vsaj 10 minut naenkrat ali 2x po 15 minut, če je bilo to v istem dnevu) (na primer hitra hoja, lahkotno kolesarjenje po ravnem terenu, ples, počasno plavanje, golf, lahkoten tenis, badminton, dvigovanje/prenašanje srednje težkih bremen, težja industrijska ali gospodinjska opravila (na primer ribanje tal, intenzivno sesanje tal, pomivanje oken))?								
0	1	2	3	4	5	6	7	7+
0 točk	1 točka				2 točki			

5. Kajenje in izpostavljenost prahu ter kemikalijam

5.1 Ali kadite?

- Trenutno pokadim _____cigaret/dan. Kadim_____let.
- Sem bivši kadilec. Pokadil sem _____cigaret/dan. Kadil sem_____ let.
- Izpostavljen sem pasivnemu kajenju.
- Nikoli nisem kadil.

5.2 Ali delate oziroma ste delali v masivni izpostavljenosti prahu in kemikalijam (hlapi, dražljivci, dim)?

- Da.
- Ne.

6. Pitje alkoholnih pijač

	Število točk
6.1 KAKO POGOSTO STE V ZADNJIH 12 MESECIH PILI PIJAČE, KI VSEBUJEJO ALKOHOL (PIVO, VINO, ŽGANE PIJAČE, LIKERJI, PENINA, KOKTAJLI, MOŠT, TOLKOVEC, MEDICA)?	
a) Nikoli.	0 točk
b) Enkrat na mesec ali manj.	1 točka
c) 2- do 4-krat na mesec.	2 točki
d) 2- do 3-krat na teden.	3 točke
e) 4- ali večkrat na teden.	4 točke
6.2 KOLIKO MERIC PIJAČE, KI VSEBUJE ALKOHOL, STE V ZADNJIH 12 MESECIH PONAVALI POPILI TAKRAT, KADAR STE PILI ? (ENA MERICA JE 1 DL VINA ALI 2,5 DL PIVA ALI TOLKOVCA ALI 0,3 DL (»ENO ŠILCE«) ŽGANE PIJAČE.)	
a) Od nič do 1 merice.	0 točk
b) 2 merici.	1 točka
c) 3 ali 4 merice.	2 točki
d) 5 ali 6 meric.	3 točke
e) 7 in več meric.	4 točke
6.3 KAKO POGOSTO SE JE V ZADNJIH 12 MESECIH ZGODILO, DA STE POPILI: MOŠKI: 6 ALI VEČ MERIC OB ENI PRILOŽNOSTI? ŽENSKE: 4 ALI VEČ MERIC OB ENI PRILOŽNOSTI?	
a) Nikoli.	0 točk
b) Manj kot enkrat na mesec.	1 točka
c) 1- do 3-krat na mesec.	2 točki
d) 1- do 3-krat na teden.	3 točke
e) Dnevno ali skoraj vsak dan.	4 točke

7. Doživljanje stresa

7.1 KAKO POGOSTO SE POČUTITE NAPETE, POD STRESOM ALI VELIKIM PRITISKOM?				
1 Nikoli.	2	3 Občasno.	4	5 Vsak dan.
1 točka	2 točki	3 točke	4 točke	5 točk
7.2 KAKO OBVLADUJETE NAPETOSTI, STRESE IN PRITISKE, KI JIH DOŽIVLJATE V ŽIVLJENJU?				
1 Zlahka jih obvladujem.	2	3 Z večjim naporom jih obvladujem.	4	5 Ne obvladujem jih, moje življenje je skoraj neznosno.
1 točka	2 točki	3 točke	4 točke	5 točk

8. Depresija

Kako pogosto so Vas v preteklih 2 tednih mučile naslednje težave?

	Sploh ne.	Nekaj dni.	Več kot polovico dni.	Skoraj vsak dan.
a) Malo interesa in zadovoljstva v stvareh, ki jih počnem.	0	1	2	3
Število točk	0 točk	1 točka	2 točki	3 točke
b) Potrtost, depresivnost, obup.	0	1	2	3
Število točk	0 točk	1 točka	2 točki	3 točke

SOCIALNE DETERMINANTE ZDRAVJA

9. Prosimo, navedite zadnjo šolo, ki ste jo dokončali. (Izberite en odgovor.)	
a) Nedokončana osnovna šola.	2 točki
b) Osnovna šola.	2 točki
c) 2- ali 3-letna poklicna šola.	1 točka
d) 4-letna srednja šola ali gimnazija.	1 točka
e) Višja, visoka šola, fakulteta, akademija.	0 točk
f) Podiplomski študij (magisterij, doktorat znanosti).	0 točk
10. Kakšen je vaš trenutni zaposlitveni status? (Izberite en odgovor.)	
a) Zaposlen (vključeno je neplačano delo v družinskem podjetju, vajeništvo ali plačana praksa, odsotnost z dela zaradi materinstva, starševstva, bolezni ali rednega dopusta).	0 točk
b) Samozaposlen (vključena je samostojna poklicna dejavnost, kmetje).	1 točka
c) Brezposelna oseba.	2 točki
d) Dijak, študent, nadaljnje izobraževanje, neplačana delovna praksa.	0 točk
e) Upokojenec.	0 točk
f) Invalidski upokojenec.	1 točka
g) Trajno invalidna oseba.	1 točka
h) Gospodinja.	1 točka
11. Kako vi (oziroma vaše gospodinjstvo) shajate skozi mesec, če upoštevate dohodek, če ga imate, tisto, kar ustvarite z lastnim delom (na primer manjša honorarna dela, vrtnarjenje), pa tudi medsebojno pomoč med sorodniki/sosedi/prijatelji? (Izberite en odgovor.)	
a) Dobro shajam skozi mesec.	0 točk
b) Občasno imam težave.	1 točka
c) Imam težave.	2 točki

MERITVE

12. Izvedba meritev

ANTROPOMETRIČNE MERITVE	
Telesna višina	
Telesna masa	
Obseg pasu	
Izračun ITM	
MERITEV KRVNEGA TLAKA	
Krvni tlak	

LABORATORIJSKE PREISKAVE

13. Izvid laboratorijskih preiskav

LABORATORIJSKE PREISKAVE		
Krvni sladkor		
Lipidogram	LDL holesterol	
	HDL holesterol	
	Skupni holesterol	
	Trigliceridi	

SEDEM OPOZORILNIH ZNAMENJ ZA RAKA

14. Ali opazate katero od naslednjih težav?

a)	Ranico ali razjedo na koži ali sluznici, ki se ne zaceli niti po mesecu dni?	DA.	NE.
b)	Spremembo barve ali velikosti materega znamenja ali bradavice, zlasti če začne srbeti, se poveča, spremeni barvo, krvavi, rosi, je obkrožena z vnetnim robom ali so okrog nje nastala manjša znamenja?	DA.	NE.
c)	Nebolečo zatrdlino kjerkoli na telesu, zlasti v dojkah, bezgavkah in modih?	DA.	NE.
d)	Neobičajno krvavitev ali izcedek iz telesnih odprtih: kri v izpljunku, v urinu, blatu, neobičajno krvavitev iz nožnice?	DA.	NE.
e)	Trdovraten, boleč, spremenjen kašelj, hripavost brez posebnega vzroka, ki traja več kot 14 dni, težave pri požiranju, zlasti pri kadilcih?	DA.	NE.
f)	Trdovratne težave z želodcem, zaprtja, ki se izmenjujejo z driskami, in hujšanje brez pravega vzroka?	DA.	NE.
g)	Vsako spremembo in nerednost pri odvajanju blata in vode, zlasti če je prisotna tudi kri?	DA.	NE.

VARNOSTNA VPRAŠANJA

15.	Ali v zvezi s svojim zdravjem opažate kakršnokoli težavo, ki je v dosedanjem pregledu nismo omenili?	DA.	NE.
Če DA, katero?			
16.	Ali imate v zvezi s svojim zdravjem kakršnokoli skrb, ki se je v dosedanjem pregledu nismo dotaknili?	DA.	NE.
Če DA, katero?			
17.	Ali se želite o kateremkoli vprašanju v zvezi s svojim zdravjem posvetovati z zdravnikom?	DA.	NE.
Če DA, o katerem?			

REZULTATI

DRUŽINSKA OBREMENJENOST ZA:		
Zvišan krvni tlak	DA.	NE.
SŽB	DA.	NE.
Sladkorno bolezen tipa 2	DA.	NE.
Raka debelega črevesa in danke	DA.	NE.

REDNO UDELEŽEVANJE V PREVENTIVNIH DRŽAVNIH PROGRAMIH:			
Program SVIT	DA.	NE.	NI V CILJNI POPULACIJI.
Program DORA	DA.	NE.	NI V CILJNI POPULACIJI.
Program ZORA	DA.	NE.	NI V CILJNI POPULACIJI.

VEDENJSKI DEJAVNIKI TVEGANJA				
Prehrana	Neustrezna.		Zadovoljiva.	Ustrezna.
Telesna dejavnost	Nezadostna.		Mejna.	Zadostna.
Kajenje	Kadilec.	Bivši kadilec.	Pasivni kadilec.	Nekadilec.
Masivna izpostavljenost prahu in kemikalijam pri delu	Da.		Ne.	
Pitje alkoholnih pijač	Zasvojenost.	Škodljivo pitje.	Tvegano pitje.	Ne pije tvegano.
Doživljanje stresa	Ogrožen.		Ni ogrožen.	

SOCIALNE DETERMINANTE ZDRAVJA		
0-2	3-4	5-6
Ni ogrožen.	Srednje ogrožen.	Ogrožen.

VEČJE TVEGANJE (OGROŽENOST) ZA KRONIČNE BOLEZNI/STANJA:		
SŽB	DA.	NE.
Sladkorna bolezen tipa 2	DA.	NE.
KOPB	DA.	NE.
Depresija	DA.	NE.
Debelost	DA.	NE.
Arterijska hipertenzija	DA.	NE.



PRISOTNE KRONIČNE BOLEZNI/STANJA:		
SŽB	DA.	NE.
Sladkorna bolezen tipa 2	DA.	NE.
KOPB	DA.	NE.
Depresija	DA.	NE.
Debelost	DA.	NE.
Arterijska hipertenzija	DA.	NE.
Alkoholizem	DA.	NE.


POGLOBLJEN VPRAŠALNIK O PREHRANJEVALNIH NAVADAH

Ime in priimek pacienta	
Datum rojstva	

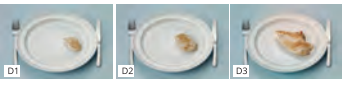

POGLOBLJENI VPRAŠALNIK O PREHRANJEVALNIH NAVADAH																															
Vprašanja	Točkovanje																														
<p>3.6 Katere vrste pijač V POVPREČJU najpogosteje pijete za žejo? Izberite en odgovor.</p> <table border="1"> <tr> <td>a) Navadno pitno vodo, nesladkan čaj, mineralno vodo, voda z dodatkom 100% limoninega soka (brez dodatka sladkorja).</td> <td>2 točki</td> </tr> <tr> <td>b) Razredčeni 100 % sadni sok z vodo.</td> <td rowspan="2">1 točka</td> </tr> <tr> <td>c) Energijske pijače.</td> </tr> <tr> <td>d) Vode z okusi.</td> <td rowspan="7">0 točk</td> </tr> <tr> <td>e) Nektarje, ledene čaje, kole ter druge gazirane/negazirane sladke pijače.</td> </tr> <tr> <td>f) Industrijske oziroma domače sirupe za redčenje z vodo.</td> </tr> <tr> <td>g) Radler.</td> </tr> <tr> <td>h) Mošt.</td> </tr> <tr> <td>i) Pivo.</td> </tr> <tr> <td>j) Vino redčeno z vodo.</td> </tr> <tr> <td>k) Drugo (prosimo dopišite): _____</td> <td></td> </tr> </table>	a) Navadno pitno vodo, nesladkan čaj, mineralno vodo, voda z dodatkom 100% limoninega soka (brez dodatka sladkorja).	2 točki	b) Razredčeni 100 % sadni sok z vodo.	1 točka	c) Energijske pijače.	d) Vode z okusi.	0 točk	e) Nektarje, ledene čaje, kole ter druge gazirane/negazirane sladke pijače.	f) Industrijske oziroma domače sirupe za redčenje z vodo.	g) Radler.	h) Mošt.	i) Pivo.	j) Vino redčeno z vodo.	k) Drugo (prosimo dopišite): _____		<table border="1"> <tr> <td>a) Navadno pitno vodo, nesladkan čaj, mineralno vodo, voda z dodatkom 100% limoninega soka (brez dodatka sladkorja).</td> <td>2 točki</td> </tr> <tr> <td>b) Razredčeni 100 % sadni sok z vodo.</td> <td rowspan="2">1 točka</td> </tr> <tr> <td>c) Energijske pijače.</td> </tr> <tr> <td>d) Vode z okusi.</td> <td rowspan="7">0 točk</td> </tr> <tr> <td>e) Nektarje, ledene čaje, kole ter druge gazirane/negazirane sladke pijače.</td> </tr> <tr> <td>f) Industrijske oziroma domače sirupe za redčenje z vodo.</td> </tr> <tr> <td>g) Radler.</td> </tr> <tr> <td>h) Mošt.</td> </tr> <tr> <td>i) Pivo.</td> </tr> <tr> <td>j) Vino redčeno z vodo.</td> </tr> <tr> <td>k) Drugo (prosimo dopišite): _____</td> <td></td> </tr> </table> <p>V kolikor pacient omeni še kakšno drugo pijačo izberite »Drugo« in vpišite vrsto pijače. V kolikor pacient odgovora ne ve ali ne želi odgovoriti se točkuje z 0 točkami.</p> <p>Pri tem vprašanju oseba lahko skupaj doseže največ 2 točki.</p>	a) Navadno pitno vodo, nesladkan čaj, mineralno vodo, voda z dodatkom 100% limoninega soka (brez dodatka sladkorja).	2 točki	b) Razredčeni 100 % sadni sok z vodo.	1 točka	c) Energijske pijače.	d) Vode z okusi.	0 točk	e) Nektarje, ledene čaje, kole ter druge gazirane/negazirane sladke pijače.	f) Industrijske oziroma domače sirupe za redčenje z vodo.	g) Radler.	h) Mošt.	i) Pivo.	j) Vino redčeno z vodo.	k) Drugo (prosimo dopišite): _____	
a) Navadno pitno vodo, nesladkan čaj, mineralno vodo, voda z dodatkom 100% limoninega soka (brez dodatka sladkorja).	2 točki																														
b) Razredčeni 100 % sadni sok z vodo.	1 točka																														
c) Energijske pijače.																															
d) Vode z okusi.	0 točk																														
e) Nektarje, ledene čaje, kole ter druge gazirane/negazirane sladke pijače.																															
f) Industrijske oziroma domače sirupe za redčenje z vodo.																															
g) Radler.																															
h) Mošt.																															
i) Pivo.																															
j) Vino redčeno z vodo.																															
k) Drugo (prosimo dopišite): _____																															
a) Navadno pitno vodo, nesladkan čaj, mineralno vodo, voda z dodatkom 100% limoninega soka (brez dodatka sladkorja).	2 točki																														
b) Razredčeni 100 % sadni sok z vodo.	1 točka																														
c) Energijske pijače.																															
d) Vode z okusi.	0 točk																														
e) Nektarje, ledene čaje, kole ter druge gazirane/negazirane sladke pijače.																															
f) Industrijske oziroma domače sirupe za redčenje z vodo.																															
g) Radler.																															
h) Mošt.																															
i) Pivo.																															
j) Vino redčeno z vodo.																															
k) Drugo (prosimo dopišite): _____																															
<p>3.7 Koliko tekočine POVPREČJU popijete dnevno? Izberite en odgovor.</p> <p>Pomislite na svoj PRETEKLI TEDEN (od ponedeljka do nedelje). V kolikor je bil vaš pretekli teden neobičajen (ste bili bolni, na potovanju ipd.), pomislite na svoj običajni teden.</p> <table border="1"> <tr> <td>a) Od 1,5 do 2 litra na dan.</td> <td>2 točki</td> </tr> <tr> <td>b) Zaradi bolezni glede vnosa tekočin upoštevam priporočila zdravnika.</td> <td>2 točki</td> </tr> <tr> <td>c) Od 1 do 1,5 litra.</td> <td>1 točka</td> </tr> <tr> <td>d) Pod 1 liter.</td> <td>1 točka</td> </tr> </table>	a) Od 1,5 do 2 litra na dan.	2 točki	b) Zaradi bolezni glede vnosa tekočin upoštevam priporočila zdravnika.	2 točki	c) Od 1 do 1,5 litra.	1 točka	d) Pod 1 liter.	1 točka	<table border="1"> <tr> <td>a) Od 1,5 do 2 litra na dan.</td> <td>2 točki</td> </tr> <tr> <td>b) Zaradi bolezni glede vnosa tekočin upoštevam priporočila zdravnika.</td> <td>2 točki</td> </tr> <tr> <td>c) Od 1 do 1,5 litra.</td> <td>1 točka</td> </tr> <tr> <td>d) Pod 1 liter.</td> <td>1 točka</td> </tr> </table> <p>V kolikor pacient težko oceni vnos tekočine, mu izvajalec pomaga pri oceni s pomočjo ponazoritve s kozarcem (2 decilitra) oziroma plastenko vode (0,5 litra). Izvajalec nato upošteva ustrezno oceno.</p> <p>Pri tem vprašanju oseba lahko skupaj doseže največ 2 točki.</p>	a) Od 1,5 do 2 litra na dan.	2 točki	b) Zaradi bolezni glede vnosa tekočin upoštevam priporočila zdravnika.	2 točki	c) Od 1 do 1,5 litra.	1 točka	d) Pod 1 liter.	1 točka														
a) Od 1,5 do 2 litra na dan.	2 točki																														
b) Zaradi bolezni glede vnosa tekočin upoštevam priporočila zdravnika.	2 točki																														
c) Od 1 do 1,5 litra.	1 točka																														
d) Pod 1 liter.	1 točka																														
a) Od 1,5 do 2 litra na dan.	2 točki																														
b) Zaradi bolezni glede vnosa tekočin upoštevam priporočila zdravnika.	2 točki																														
c) Od 1 do 1,5 litra.	1 točka																														
d) Pod 1 liter.	1 točka																														

3.8 Spodnji slikovni prikazi predstavljajo različne skupine živil. Kateri krožnik je V POVPREČJU najbolj značilen za vas?
 Možen je EN odgovor. V OKVIRU POSAMEZNEGA SLIKOVNEGA PRIKAZA. Upoštevajte, da so živila na krožniku simbolična, kar pomeni, da je npr. kuhana zelenjava lahko tudi del minešter, meso je lahko delu druge jedi ipd.

A kuhana zelenjava	Obkro- žite EN odgovor. 1) A1 2) A2 3) A3 4) Ne jem.	
B solate	Obkro- žite EN odgovor. 1) B1 2) B2 3) B3 4) Ne jem.	

C sadje	Obkro- žite EN odgovor. 1) C1 2) C2 3) C3 4) Ne jem.	
------------	---	---

OPCIJA	KARTON- ČEK A (kuhana zelenjava)	KARTON- ČEK B (solate)	VSOTA zaužite zele- njave (v g)	Točke
1	A1 (30 g)	B1 (15 g)	45 g	0 točk
2		B2 (35 g)	65 g	0 točk
3		B3 (55 g)	85 g	0 točk
4	A2 (70 g)	B1 (15 g)	85 g	0 točk
5		B2 (35 g)	105 g	1 točka
6		B3 (55 g)	125 g	1 točka
7	A3 (164 g)	B1 (15 g)	179 g	2 točki
8		B2 (35 g)	199 g	2 točki
9		B3 (55 g)	219 g	2 točki
10	A1 (30 g)	Ne jem solat.	30 g	0 točk
11	A2 (70 g)		70 g	0 točk
12	A3 (164 g)		164 g	2 točka
13	Ne jem kuhane zelenjave	B1 (15 g)	15 g	0 točk
14		B2 (35 g)	35 g	0 točk
15		B3 (55 g)	55 g	0 točk
OPCIJA	KARTONČEK C (sadje)		Točke	
1	C1 (83 g)		0 točk	
2	C2 (139 g)		1 točka	
3	C3 (229 g)		2 točki	
4	Ne jem sadja.		0 točk	

D meso	Obkro- žite EN odgovor. 1) D1 2) D2 3) D3 4) Ne jem.		OPCIJA 1 2 3 4 5 6 7	KARTONČEK D (meso) C1 (83 g) C2 (139 g) C3 (229 g) Ne jem mesa. Ga NADOMEŠČAM z ustreznimi nadomestki za meso v obsegu, kot kaže kartonček D1 (34 g). Ga NADOMEŠČAM z ustreznimi nadomestki za meso v obsegu, kot kaže kartonček D2 (76 g). Ga NADOMEŠČAM z ustreznimi nadomestki za meso v obsegu, kot kaže kartonček D3 (158 g). Ga NE NADOMEŠČAM z ustreznimi nadomestki.	Točke 0 točk 1 točka 2 točki 0 točk 0 točk 0 točk 0 točk
E priloge	Obkro- žite EN odgovor. 1) E1 2) E2 3) E3 4) Ne jem.		OPCIJA 1 2 3 4	KARTONČEK E (priloge) E1 (70 g) E2 (107 g) E3 (250 g) Ne jem priloge.	Točke 2 točki 1 točka 0 točk 0 točk
3.9 Kako pogosto ob PRVEM NAKUPU živila (tj. tistega živila, ki ga kupujete prvič) preberete označbo na živilu glede sestave? Možen je EN odgovor.			Pri tem vprašanju oseba lahko skupaj doseže največ 8 točk.		
a) OBČASNO preberem označbe glede sestave živila (deklaracije). b) NIKOLI ne preberem označbe glede sestave živila (deklaracije).			a) OBČASNO preberem označbe glede sestave živila (deklaracije). 2 točki b) NIKOLI ne preberem označbe glede sestave živila (deklaracije). 0 točk		
3.10 Kako pogosto V POVPREČJU načrtujete svojo prehrano oziroma nekdo to stori namesto vas za naslednji dan – npr. kaj in koliko boste jedli, koliko obrokov boste zaužili, kdaj, kako bo hrana pripravljena? Možen je EN odgovor.			a) Vsak dan načrtujem svojo prehrano. 2 točki b) Nikoli ne načrtujem svoje prehrane, ker zame to napravi nekdo drug. 2 točki c) Pogosto (4 do 6 krat na teden). 1 točka d) Občasno načrtujem svojo prehrano (1-3 krat na teden). 1 točka e) Nikoli ne načrtujem svoje prehrane, ker se mi ne zdi pomembno oz. nimam časa. 0 točk		
a) Vsak dan načrtujem svojo prehrano. b) Nikoli ne načrtujem svoje prehrane, ker zame to napravi nekdo drug. c) Pogosto (4 do 6 krat na teden). d) Občasno načrtujem svojo prehrano (1-3 krat na teden). e) Nikoli ne načrtujem svoje prehrane, ker se mi ne zdi pomembno oz. nimam časa.			a) Vsak dan načrtujem svojo prehrano. 2 točki b) Nikoli ne načrtujem svoje prehrane, ker zame to napravi nekdo drug. 2 točki c) Pogosto (4 do 6 krat na teden). 1 točka d) Občasno načrtujem svojo prehrano (1-3 krat na teden). 1 točka e) Nikoli ne načrtujem svoje prehrane, ker se mi ne zdi pomembno oz. nimam časa. 0 točk		

3.11 Ali svojo prehrano dopolnjujete z dodatnim jemanjem vitaminov, mineralov in drugih prehranskih dopolnil? Možen je EN odgovor.		
a) Ne uživam prehranskih dopolnil.	a) Ne uživam prehranskih dopolnil.	
b) Uživam eno ali več prehranskih dopolnil (omega-3 maščobne kisline, folno kislino, vitamin D, kalcij, vitamin B12) PO PRIPOROČILU zdravnika.	b) Uživam eno ali več prehranskih dopolnil (omega-3 maščobne kisline, folno kislino, vitamin D, kalcij, vitamin B12) PO PRIPOROČILU zdravnika.	2 točki
c) Uživam prehransko dopolnilo: _____ (navedite) BREZ PRIPOROČILA zdravnika, medicinske sestre ali dietetika	c) Uživam prehransko dopolnilo: _____ (navedite) BREZ PRIPOROČILA zdravnika, medicinske sestre ali dietetika	0 točk

V kolikor smo s pacientom izvedli izpolnjevanje poglobljenega vprašalnika o prehranjevalnih navadah pri vrednotenju upoštevamo tako točke dosežene v kratkem (presejalnem), kot v poglobljenem vprašalniku. Maksimalno možno število doseženih točk je 40. Da dobimo oceno prehranjevalnih navad, je potrebno sešteti točke v okviru posameznih vprašanj.

SKUPNO ŠTEVILO DOSEŽENIH TOČK	OCENA PREHRANJEVALNIH NAVAD
24 – 40	Ustrezna
≤ 23	Neustrezna

Glede na izid vrednotenja izpolnjenega vprašalnika pacientu svetujete o nadaljnjih korakih, razvidnih v spodnji tabeli.

Ocena statusa pacienta na podlagi PRESEJANJA	Ogroženost za KNB	NAČIN UKREPANJA			
		Korak 1	Korak 2	Korak 3	Korak 4
		Izvedba POGLOBLJENE-GA vprašalnika	Izvedba POGLOBLJENE-GA vprašalnika	Ocena statusa pacienta na podlagi POGLOBLJENE-GA vprašalnika	Tip delavnice
Prehranjevalne navade pacienta so USTREZNE (ustrezno priporočeno prehranjevanje).	NI prisotna.	Poglobljenega vprašalnika o prehranjevalnih navadah NI potrebno izpolniti.	NE	NE	/
	JE Prisotna.				
Prehranjevalne navade pacienta so NEUSTREZNE (neustrezno prehranjevanje).	NI prisotna.	SKUPAJ s pacientom izpolnite Poglobljen vprašalnik o prehranjevalnih navadah.	DA	Prehranjevalne navade pacienta so USTREZNE.	Pacienta napotite na kratko delavnico: »Zdravo ŽIVIM«.
	JE Prisotna.			Prehranjevalne navade pacienta so NEUSTREZNE.	Pacienta napotite v poglobljeno delavnico: »Zdravo JEM«.

Priloga številka 4:

POGLOBLJEN VPRAŠALNIK, KI SE NANAŠA NA OCENO PIVSKEGA STATUSA (AUDIT-10)

Ime in priimek pacienta	
Datum rojstva	

	Število točk
1. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili pijače, ki vsebujejo alkohol (pivo, vino, žgane pijače, likerji, penina, koktajli, mošt, tolkovec, medica)?	
a) Nikoli.	0 točk
b) Enkrat na mesec ali manj.	1 točka
c) 2- do 4-krat na mesec.	2 točki
d) 2- do 3-krat na teden.	3 točke
e) 4- ali večkrat na teden.	4 točke
2. Koliko meric pijače, ki vsebuje alkohol, ste v zadnjih 12 mesecih ponavadi popili takrat, kadar ste pili? (Ena merica je 1 dl vina ali 2,5 dl piva ali tolkovca ali 0,3 dl (»eno šilce«) žgane pijače.)	
a) Od nič do 1 merice.	0 točk
b) 2 merici.	1 točka
c) 3 ali 4 merice.	2 točki
d) 5 ali 6 meric.	3 točke
e) 7 in več meric.	4 točke
3. Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da ste popili: moški: 6 ali več meric ob eni priložnosti? ženske: 4 ali več meric ob eni priložnosti?	
a) Nikoli.	0 točk
b) Manj kot enkrat na mesec.	1 točka
c) 1- do 3-krat na mesec.	2 točki
d) 1- do 3-krat na teden.	3 točke
e) Dnevno ali skoraj vsak dan.	4 točke
4. Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da potem, ko ste enkrat začeli piti, niste mogli prenehati s pitjem?	
a) Nikoli.	0 točk
b) Manj kot enkrat na mesec.	1 točka
c) 1- do 3-krat na mesec.	2 točki
d) 1- do 3-krat na teden.	3 točke
e) Dnevno ali skoraj vsak dan.	4 točke

Če je vsota točk na vprašanji 2 in 3 enaka 0, je potrebno preskočiti na vprašanji 9 in 10.

5. Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da zaradi pitja niste mogli opraviti tistega, kar se je od vas pričakovalo?	
a) Nikoli.	0 točk
b) Manj kot enkrat na mesec.	1 točka
c) 1- do 3-krat na mesec.	2 točki
d) 1- do 3-krat na teden.	3 točke
e) Dnevno ali skoraj vsak dan.	4 točke
6. Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da ste potrebovali alkoholno pijačo že zjutraj, da bi si z njo opomogli po prekomernem pitju prejšnjega dne?	
a) Nikoli.	0 točk
b) Manj kot enkrat na mesec.	1 točka
c) 1- do 3-krat na mesec.	2 točki
d) 1- do 3-krat na teden.	3 točke
e) Dnevno ali skoraj vsak dan.	4 točke
7. Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da vas je po pitju pekla vest ali pa ste imeli občutke krivde zaradi pitja?	
a) Nikoli.	0 točk
b) Manj kot enkrat na mesec.	1 točka
c) 1- do 3-krat na mesec.	2 točki
d) 1- do 3-krat na teden.	3 točke
e) Dnevno ali skoraj vsak dan.	4 točke
8. Kako pogosto se v zadnjih 12 mesecih niste mogli spomniti, kaj se je zgodilo prejšnji večer, ker ste takrat pili?	
a) Nikoli.	0 točk
b) Manj kot enkrat na mesec.	1 točka
c) 1- do 3-krat na mesec.	2 točki
d) 1- do 3-krat na teden.	3 točke
e) Dnevno ali skoraj vsak dan.	4 točke
9. Ali je bil zaradi vašega pitja kdo poškodovan (vi sami ali kdo drug)?	
a) Ne.	0 točk
b) Da, vendar ne v preteklih 12 mesecih.	1 točka
c) Da, v preteklem letu.	2 točki
10. Ali je kak vaš sorodnik, prijatelj, zdravnik ali drugi zdravstveni delavec že pokazal zaskrbljenost zaradi vašega pitja ali vam morda predlagal, da bi pili manj?	
a) Ne.	0 točk
b) Da, vendar ne v preteklih 12 mesecih.	1 točka
c) Da, v preteklem letu.	2 točki

Priloga številka 5:

POGLOBLJEN VPRAŠALNIK, KI SE NANAŠA NA OCENO TVEGANJA
ZA PRISOTNOST DEPRESIJE (PHQ-9)

Ime in priimek pacienta	
Datum rojstva	

1. Kako pogosto so Vas v preteklih 2 tednih mučile naslednje težave?

	SPLOH NE.	NEKAJ DNI.	VEČ KOT POLOVICO DNI.	SKORAJ VSAK DAN.
a) Malo interesa in zadovoljstva v stvareh, ki jih počnem.	0	1	2	3
b) Potrtost, depresivnost, obup.	0	1	2	3
c) Težko zaspim, spim slabo; ali spim prekomerno.	0	1	2	3
d) Utrujenost in pomanjkanje energije.	0	1	2	3
e) Slab apetit ali prenajedanje.	0	1	2	3
f) Slabo mnenje o sebi; občutek, da sem neuspešen/-a in da sem razočaral/-a sebe ali bližnje.	0	1	2	3
g) Težave s koncentracijo pri stvareh, kot so branje časopisa ali gledanje televizije.	0	1	2	3
h) Tako upočasnjeno gibanje ali govor, da so drugi ljudje lahko to opazili. Ali nasprotno – velika nervoza in nemir, kot da nimam obstanka.	0	1	2	3
i) Misli, da bi bilo bolje, če bi bil/-a mrtev/mrtva ali da bi si nekaj hudega naredil/-a.	0	1	2	3
Seštevek stolpcev		+	+	+
SKUPAJ:				

2. Če ste označili katerokoli od težav navedenih zgoraj, kako močno so te težave vplivale na vaše delo, na skrb za stvari doma in na odnose z ljudmi?

NE PREVEČ.	PREJEJ MOČNO.	ZELO MOČNO.	IZREDNO MOČNO.
0	1	2	3

Priloga številka 6:

LETNA OCENA STANJA SB TIPA 2

Ime, priimek: _____

Datum rojstva: _____

LETNO POROČILO O STANJU SLADKORNE BOLEZNI

Diagnoze: _____

Stalna terapija: _____

Ciljne vrednosti: HbA1c: _____

Krvni sladkor: _____

Krvni tlak: _____

LDL: _____

Stanje nog: _____

Stanje oči
(izvid oftalmologa): _____

Laboratorij

- a) ob vsaki kontroli: glukoza, HbA1c, glikozurija, proteinurija/albuminurija, ketonurija
- b) enkrat letno (ob patoloških izvidih pogosteje): sečnina in kreatinin, ocenjena glomerularna filtracija (oGF), hepatogram, lipidogram

EKG

Priloga številka 7:

PISNI NAČRT SAMOZDRAVLJENJA POSLABŠANJA ASTME

BOLNIK:

VAŠ NAJBOLJŠI PEF:

DATUM:

VAŠA TRENUTNA ZDRAVILA

80 % PEF =

Preprečevalci:

50 % PEF =

Olajševalci:

33 % PEF =

Drugo:

Uporaba pomožnih dihalnih mišic ali uvlek nad prsnico sta znaka zelo hudega poslabšanja astme.

ZAČETNO ZDRAVLJENJE – VDIHOVANJE OLAJŠEVALCA

Vaš olajševalec (bronhodilatator) v pršilu je: _____

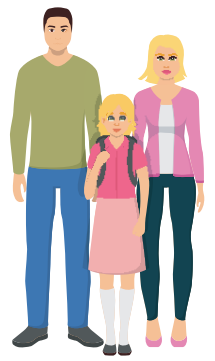
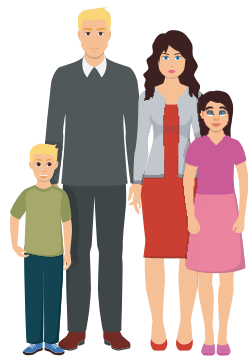
Takoj ga vdahnite _____ vdihov.

Ponovite še dvakrat na 10–do 20–minutne razmake, pogosto merite PEF.

Ravnajte se po intenzivnosti težav in odzivu PEF na bronhodilatator.

Vendar če se stanje hitro slabša - takoj v najbližjo zdravstveno ustanovo!

PEF >80 %	PEF 50–80 %	PEF <50 %	PEF <33 %
<p>Simptomi zmanjšani, učinek bronhodilatatorja traja vsaj 4 ure.</p> <p>BLAGO POSLABŠANJE</p> <p>Nadaljujete z bronhodilatatorjem:</p> <p>Povečate odmerek inhalacijskega glukokortikoida na:</p> <p>Posvet z zdravnikom še isti dan.</p>	<p>Simptomi enaki.</p> <p>ZMerno POSLABŠANJE</p> <p>Nadaljujete z bronhodilatatorjem:</p> <p>ZAUŽIJETE MEDROL:</p> <p>Takojšen posvet z zdravnikom.</p>	<p>Simptomi naraščajo.</p> <p>HUDO POSLABŠANJE</p> <p>Nadaljujete s pogostimi vdihmi bronhodilatatorja:</p> <p>ZAUŽIJETE MEDROL:</p> <p>Takoj v najbližjo ambulanto ali bolnišnico.</p>	<p>Hudi simptomi.</p> <p>URGENTNO STANJE</p> <p>Nadaljujete s pogostimi vdihmi bronhodilatatorja:</p> <p>ZAUŽIJETE MEDROL ADRENALIN?</p> <p>Čim hitreje v najbližjo ambulanto ali bolnišnico.</p>



Nacionalni inštitut za javno zdravje je v sodelovanju s strokovnjaki iz osnovne zdravstvene dejavnosti pripravil priročnik, namenjen timom v referenčnih ambulantah družinske medicine za področje preventive. Med avtorji so ključni strokovnjaki s področja družinske medicine, kar je iz kakovosti prispevkov jasno razvidno. Gradivo predstavlja dopolnitev protokolom, ki so nastali v okviru projekta referenčnih ambulant in so objavljeni na spletnih straneh tega projekta.

