

---

# TEHNIKE DELA V DRUŽINSKI MEDICINI

---

# 7

## Sporazumevanje

- Vsebina in slog dela zdravnika družinske medicine
- Posvet
- Težavni bolnik in njegov zdravnik
- Preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni
- Preventiva v predšolskem obdobju
- Preventivno zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine na primarni ravni
- Posebnosti obravnave mladostnika
- Preventiva na delovnem mestu
- Preventiva pri starostniku
- Obravnava starostnika
- Hišni obisk

## Socialni ukrepi zdravnika

- Ocenjevanje delazmožnosti
- Predlog za zdravniško zdravljenje
- Dodatek za pomoč in postrežbo

## Sodelovanje z drugimi službami

- Napotitve k specialistu in v bolnišnico
- Zdravnikovo delo v domu starejših občanov
- Oskrba bolnikov zunaj rednega delovnega časa
- Nujni primeri v družinski medicini
- Mrliško ogledna služba in zdravnik družinske medicine

# VSEBINA IN SLOG DELA ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE

---

*Janko Kersnik*

Delo posameznega zdravnika družinske medicine opredeljujeta vsebina in slog, ki ju upoštevamo pri ocenjevanju njegove kakovosti. Pri delu vsakega zdravnika nastajajo razlike, ki izvirajo iz delovnih razmer in delovnega sloga.

## **Vsebina dela zdravnika družinske medicine**

Vsebina dela zdravnika družinske medicine je na znanstveni način ugotovljeni vzorec opravil, ki jih ta v določenem sistemu zdravstvenega varstva navadno izvaja oziroma jih je pripravljen opravljati za svoje bolnike. Nekatera opravila so splošna in jih opravljajo vsi zdravniki družinske medicine v vseh sistemih zdravstvenega varstva, druga so vezana le na določen sistem. Poznavanje vsebine zdravnikovega dela je pomembno za načrtovanje dodiplomskega izobraževanja, programa specializacije, stalnega strokovnega izpopolnjevanja, za zagotavljanje kakovosti dela, za oblikovanje strategije razvoja stroke in za raziskave o razlikah v uporabi zdravstvene službe.

Zdravnik družinske medicine se praviloma prvi srečuje s številnimi in raznolikimi zdravstvenimi težavami svojih bolnikov. Vse leto jim zagotavlja 24-urno osnovno zdravstveno varstvo sam ali v sodelovanju s strokovnjaki drugih strok oziroma jih napoti k ustreznemu strokovnjaku v nadaljnjo obravnavo. Pri tem izvaja številna opravila, zlasti naslednja tri osnovna:

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

## **Prvi stik z zdravstveno težavo**

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

Zdravnik družinske medicine je zdravnik prvega stika za večino zdravstvenih težav v večini zahodnoevropskih držav in tudi pri nas. Njegova naloga je odkrivanje bolezni, njena obravnava, vodenje in ustrezna napotitev k ožje usmerjenim strokovnjakom, kadar je to potrebno. Število in zahtevnost zdravstvenih težav, ki jih obravnava oziroma jih je pripravljen obravnavati zdravnik družinske medicine za svoje bolnike, kažeta na širino njegovega dela. Večino zdravstvenih težav svojih bolnikov lahko reši že med prvim posvetom in morda nadaljuje še z nekaj kontrolnimi posveti. Le majhen delež prvih stikov se konča z napotitvijo na sekundarno raven. V Sloveniji je stopnja napotitev 7,8 %.

Velik del prvih stikov v splošni medicini obravnava zdravstvene težave, ki jih zdravnik družinske medicine v celoti razrešuje sam. V nasprotju s tehnološko zahtevnej-

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

## Vodenje zdravstvene težave

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

Pri večini kroničnih bolnikov se poleg osnovne bolezni pojavljajo še številne druge. Celostna obravnava rešuje mnoge dileme v zdravljenju kroničnih bolnikov. Ob vodenju kroničnih bolezni se zdravnik družinske medicine lahko sooči tudi s tako, za katero velja nenapisano pravilo, naj jo obravnava subspecialist (npr. hipertiroidizem: tirolog; ulcerozni kolitis: gastroenterolog; salpingitis: ginekolog; akutni cerebrovaskularni infarkt: nujna medicinska služba; ipd.). V takih primerih ima zdravnik družinske medicine lahko eno izmed treh vlog koordinirane obravnave kroničnih bolezni:

- prevzame vodenje bolezni,
- bolnika s pooblastilom prepusti v nadaljnjo obravnavo subspecialistu,
- s subspecialistom sodeluje pri skupnem vodenju bolnika.

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

## Medicinske storitve

Posvet je temelj dela zdravnika družinske medicine. Poleg veččin, potrebnih za vodenje posveta, zdravnik pri svojem vsakdanjem delu uporablja tudi številne medicinske storitve. Večino med njimi uporabljajo tudi specialisti drugih strok. Z uporabo teh storitev v družinski medicini približamo kakovostno oskrbo bližje nastanku dogodka (npr. šivanje rane, povijanje zvitega gležnja ipd.), ali pa bolniku skrajšamo čas, potreben za rešitev nastale zdravstvene težave (npr. izpiranje ušesnega masla, mala kirurgija ipd.). S tem se zmanjšuje pritisk na sekundarno raven zdravstvenega varstva in večja obseg dela zdravnika družinske medicine.

## Dodatne sestavine dela zdravnika družinske medicine

Med dodatne sestavine dela zdravnika družinske medicine spadajo (4):

- preventivna dejavnost,
- hišni obiski,
- zdravstveno svetovanje,
- sodelovanje v nujni medicinski službi,

- ocenjevanje delanezmožnosti,
- priprava bolnikov za oceno potrebe po stalni pomoči pri večini ali vseh življenjskih opravilih,
- higiensko-epidemiološke naloge,
- strokovno izvedenstvo,
- mrliškopregledna služba na določenem območju,
- zdravstvena prosveta,
- izboljševanje kakovosti lastnega dela,
- mentorstvo,
- različna administrativna opravila,
- sodelovanje pri znanstveno-raziskovalnem delu.

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

## **Delovni slog**

Delovni slog razkriva, v kolikšni meri posamezni zdravnik izpolnjuje opravila iz vsebine dela svoje stroke. Kakovost pa odgovarja na vprašanje, kako dobro opravi svoje delo.

## **Dejavniki, ki vplivajo na delovni slog zdravnika družinske medicine**

Na delovni slog vplivajo:

- zdravnikove lastnosti,
- značilnosti ambulate,
- delovno okolje.

### **Zdravnikove lastnosti, ki vplivajo na slog dela**

Med važnejšimi zdravnikovimi lastnostmi, ki lahko povzročajo razlike v obsegu dela, najdemo v literaturi zlasti naslednje: spol, starost, izobrazbo in usposobljenost. Spol in starost sta demografski lastnosti, ki ju ni moč spreminjati. Zlasti zdravnikov spol vpliva na delovni slog in zadovoljstvo bolnikov, vendar so si rezultati raziskav pogosto nasprotujoči. Mnogi bolniki raje izbirajo zdravnika istega spola, kar zlasti velja za bolnice. Zaradi večje učinkovitosti reševanja določenih zdravstvenih težav je zato prikladno, da v skupini družinske medicine delajo zdravniki in zdravnice. Slednje s svojim slogom in načinom vodenja posveta spodbujajo bolnike k pogovoru o socialnih vprašanjih, so bolj prizadevne na področju preventive raka na dojki in materničnem vratu. Podobne rezultate so dobili tudi na področju preventive raka, medtem ko za priložnostno merjenje krvnega tlaka niso uspeli dokazati nobenih razlik, povezanih s spolom. Bensing in sodelavci ugotavljajo, da so zdravnice primerjalno bolj negotove pri postavljanju diagnoze, naročijo več laboratorijskih preiskav, napišejo manj receptov in uporabljajo manj medicinskih storitev (8). Pripravljene naj bi bile manj tvegati in sprejeti manj dokončnih odločitev. Zdravnice po ugotovitvah Bertakisa in sodelavcev posvetijo svojim bolnikom več časa med posvetom, več časa posvetijo družinskim in socialnim težavam svojih bolnikov v primerjavi z zdravniki, česar nam ni uspelo dokazati z raziskavo pri zdravnikih družinske medicine v Sloveniji. Spodbuden je podatek, da so tudi v Sloveniji bolniki bolj zadovoljni z dolžino posveta pri zdravnicah kot pri zdravnikih. Zato je treba razlike v delovnem slogu, ki so povezane s spolom, skrbno proučevati in poiskati vzroke, ki nanje vplivajo.

Izobrazba in usposobljenost sta lastnosti, na kateri je mogoče vplivati z ustreznimi oblikovanim sistemom dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja. Dodiplomsko izobraževanje daje diplomantom solidno klinično znanje. Določene veščine in odnos, lasten le zdravnikom družinske medicine, mora mladi zdravnik šele pridobiti. Zato je podiplomsko izobraževanje zdravnika družinske medicine nujnost. Svoje prispeva tudi izkustvo, ki si ga zdravnik družinske medicine pridobi z delom.

### **Lastnosti ambulante**

Lastnosti ambulante opišemo:

- z opremo,
- z načinom organizacije,
- s sestavo delovne skupine,
- z oddaljenostjo drugih specialistov in bolnišnice.

### **Oprema ambulante**

Oprema, ki jo ima na razpolago zdravnik družinske medicine, pomembno vpliva na možnosti za delo. Hkrati pa tudi naloge, ki jih sistem zdravstvenega varstva predvideva za področje družinske medicine, narekujejo specifično opremljenost.

### **Organizacija dela**

Zdravnik družinske medicine lahko dela v posamični ambulanti ali v skupini. V raziskavah so ugotovili prednosti, ki jih zdravniku nudi delo v skupini, ker mu omogoča večje število stikov. Medsebojna srečanja so pomembna za prenos strokovnih informacij in izboljševanje kakovosti zaradi vplivov kolegov (socialni pritisk) in vodilnih predstavnikov v stroki. Vodilni predstavniki v stroki v določenem okolju poskušajo navadno zgodaj vnesti nova spoznanja v vsakdanje delo. Preostali kolegi pod vplivom teh neformalnih vodij prevzamejo slog dela. Zdravniki, ki ne delajo v skupini, imajo nekaj slabše možnosti za kakovostno delo, ker imajo manj stikov s kolegi in tako v manjši meri sledijo priporočilom za delo in sploh manj sodelujejo pri različnih oblikah izboljševanja kakovosti. Če premostijo to vrzel v stikih, lahko bolnikom omogočajo večje zadovoljstvo, ker z veliko večjo odgovornostjo organizirajo svoje delo, so prizadevnejši pri sporazumevanju z bolnikom in omogočajo večjo trajnost odnosov. Delo v skupini je učinkovitejše, ker si sodelavci lahko razdelijo nekatere obveznosti, ki bi posameznika zlasti časovno preveč obremenjevale. Predvsem 24-urno pokrivanje registrirane populacije je tako lažje izvedljivo.

### **Sestava in sodelovanje v delovni skupini zdravnika družinske medicine**

Zdravnik družinske medicine je pri svojem delu vezan na sodelovanje v ožji in občasno v širši delovni skupini. Stalno delovno skupino sestavljata zdravnik in medicinska sestra. Občasno zdravnik deluje v širši delovni skupini katere, sestava je zelo različna, odvisna je od predstavljene zdravstvene težave. Stalna sodelavka v ambulanti je medicinska sestra, ki prevzema del nalog zdravnika po njegovem naročilu, del pa jih opravlja po ambulantom protokolu. Patronažna sestra je stalna sodelavka, ki večino časa dela samostojno in po zdravnikovih navodilih na terenu. Izvaja nego in del zdravljenja na domu. Strokovnjaki drugih strok v lastnem zavodu in tudi zunaj njega tvorijo širšo delovno skupino zdravnika družinske medicine. V obravnavo določenega bolnika jih zdravnik družinske medicine vključi, kadar je potrebno. V delovni skupini po potrebi sodelujejo tudi farmacevt, socialni delavec in drugi strokovnjaki.

Dobro sodelovanje v skupini je pomembno, saj je od tega odvisno tudi zadovoljstvo z opravljenim delom. Število in izobrazba sodelavcev v delovni skupini zdrav-

nika družinske medicine prav tako pomembno vplivata na obseg njegovih nalog. Dober zdravnik družinske medicine zna uporabiti vse sodelavce, ki jih ima na voljo. Delo v skupini zahteva od posameznikov dodatno prilagajanje, ki na koncu vsem prinaša prednosti pri obravnavi bolnikov v osnovnem zdravstvenem varstvu. Med sodelavci velja omeniti ambulantne in patronažne sestre, ki lahko aktivno sodelujejo pri nekaterih nalogah iz vsebine dela zdravnika družinske medicine.

### **Oddaljenost od specialistične ambulantne in bolnišnične dejavnosti**

Oddaljenost zdravnika družinske medicine od specialistično ambulantne in bolnišnične dejavnosti vpliva na težjo prostorsko dostopnost za bolnike. Zdravnik zato prevzame za svoje bolnike več odgovornosti, kar se pozna tudi pri obsegu dela. Z oddaljenostjo od specialista se večja obseg dela zdravnika družinske medicine. Večja prostorska oddaljenost (manjša dostopnost) drugih medicinskih strok zdravnika družinske medicine ne spodbuja k napotovanju. S tem lahko razložimo večji obseg dela zdravnikov družinske medicine, ki so bolj oddaljeni od večjih središč. Treba bo raziskati morebitno pristranost pri odločanju za službovanje v določenem okolju. Obstaja verjetnost, da zdravnik pri izbiri službenega mesta predpostavlja, kaj je svojim bolnikom pripravljen nuditi. Na podlagi tega se odloča za mestno ambulanto, kjer bolniki, kolegi in vodstvo od njega ne pričakujejo tolikšne vsebine dela kot na podeželju. Prav tako ostaja odprto vprašanje, koliko vpliva skupina kolegov v določeni ustanovi na mladega zdravnika.

### **Ambulantno okolje**

Ambulantno okolje je pretežno določeno:

- s tipom okolja (vaško, mestno, mešano mestno–vaško),
- s številom prebivalcev, ki živi v okolici ambulate.

Lokacija ambulate pomembno vpliva na obseg nalog, ki jih je zdravnik pripravljen prevzeti za svoje bolnike. V manjšem kraju je obseg dela zdravnika družinske medicine večji. Vpliv velikosti naselja in bližine specialistične službe na slog dela je mogoče razložiti z organizacijo zdravstvene službe v večjih krajih. Že v zdravstvenem domu v večjem kraju najdemo številne specialiste, ki prevzamejo del nalog iz vsebine dela zdravnika družinske medicine. V bližini se navadno nahajajo psihiatrična služba, internistično–pulmološka, diabetološka, ortopedska idr. Trinajst slovenskih bolnišnic je praviloma lociranih v večjih krajih, kar prispeva k temu, da je v njih dobro dosegljiva tudi kirurška služba. Enostavna dostopnost je desetletja utrjevala poliklinično reševanje zdravstvenih težav. Istega bolnika je obravnavalo več subspecialistov, ki med sabo niso sodelovali. Tak način dela vodi k pretirani uporabi nekaterih postopkov, po drugi strani pa k premajhni izrabi onih, ki niso v domeni subspecialistov, ki so obravnavali bolnika. Celostna obravnava je usmerjena v bolnikov zdravstveni problem in ne v posamezno bolezen. Od zdravnika, ki bolnika obravnava celostno, zahteva preglednost njegovega celotnega zdravstvenega stanja in počutja. Zdravnik družinske medicine lahko bolnika obravnava celostno sam ali ob skrbnem povezovanju in sodelovanju z drugimi strokami.

### **Priporočena literatura:**

1. Bertakis KD, Helms JL, Callahan EJ, Azari R, Robbins JA. The influence of gender on physician practice style. *Med Care*, 1995; 33: 407–16.
2. Bensing JM, van den Brink Muine A, de Bakker DH. Gender differences in practice style: a Dutch study of general practitioners. *Med Care*, 1993; 31: 219–29.
3. Budak A, ur. Organizacija rada i iskustva iz prakse opće medicine. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1990: 44–50.
4. Calnan M, Katsoyiannopoulos V, Ovcharov VK, Prokhorskas R, Ramic H, Williams S. Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. *Fam Pract*, 1994; 11: 468–78.

5. Gervas J, Perez Fernandez M, Starfield B. Primary care, financing and gatekeeping in western Europe. *Fam Pract*, 1994; 11: 307–17.
6. Kersnik J. Povezanost značajki liječnika opće medicine i okolnosti u kojima radi s rješavanjem najčešćih zdravstvenih problema. Magistrska naloga. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1996.
7. Starfield B. Primary care and health. A cross-national comparison. *JAMA* 1991; 266: 2268–71.
8. Švab I, Voljč B. Kaj je splošna medicina. V: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F, uredniki. *Splošna medicina. Načela in tehnike*. Ljubljana: Sekcija splošne medicine Slovenskega zdravniškega društva, 1992:1–3.
9. Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F, uredniki. *Splošna medicina. Načela in tehnike*. Ljubljana: Sekcija splošne medicine Slovenskega zdravniškega društva, 1992: 1–3.
10. WHO. Making medical practice and education more relevant to people's needs: The contribution of the family doctors. A working paper of the World health organization and The world organization of family doctors. Ontario: The joint WHO – WONCA Conference, 1994: 1–58.

# POSVET

---

*Vlasta Vodopivec-Jamšek*

## UVOD

Sporazumevanje z bolnikom, kot na primer raziskovanje bolnikovih pričakovanj in občutkov, jemanje anamneze, razlage o namenu preiskav in zdravljenja, je temeljna veščina pri delu zdravnika družinske medicine. Bolnikova voljnost za sodelovanje pri zdravljenju, njegovo zadovoljstvo z zdravstveno oskrbo in tudi izidi oskrbe so neposredno odvisni od uspešnega sporazumevanja.

Ko se iz dneva v dan pogovarjamo z bolniki, se nam pogosto zdi, da ti pogovori potekajo brez nekega reda in da so po obliki podobni drugim pogovorom, ki jih imamo z običajnimi ljudmi. Vendar pa ima pogovor med bolnikom in zdravnikom kljub svoji izredni raznolikosti tudi nekatere zakonitosti in nekaj osnovnih pravil.

Sporazumevanje z bolnikom je poleg poslovanja ambulate in obvladovanja kliničnih veščin ena izmed treh najpomembnejših razsežnosti zdravnikovega dela v osnovnem zdravstvu. Obstaja več vzorcev sporazumevanja med bolnikom in zdravnikom. Nekateri so usmerjeni k bolniku (bolniku prijazni), drugi pa k zdravniku (tradicionalni klinični pristop). Tradicionalni način sporazumevanja postavlja v ospredje bolezen in bolezenske spremembe pri oboleli osebi, osrednje mesto pri k bolniku usmerjenem posvetu pa ima bolnik. Pri tem modelu sporazumevanja si zdravnik prizadeva, da bi bolnika razumel, ne pa le odkril bolezen.

## Opredelitev posveta

Posvet med bolnikom in zdravnikom je najpogostejša in najvažnejša oblika stika bolnika z zdravstveno službo. Pomeni glavno obliko dela v osnovnem zdravstvu, saj je temelj reševanja praktično vseh zdravstvenih težav bolnikov (1). Sporazumevanje z bolnikom lahko poteka kot posvet v ambulanti, na bolnikovem domu, po telefonu ali prek tretje osebe. Najpogostejša oblika stika bolnika z zdravnikom je seveda ambulantni posvet. Posamezni posvet ni ne začetek in ne konec bolnikove zgodbe; je samo eno dejanje v stalnem odnosu med bolnikom in zdravnikom (2). V resnici posamezni posvet ni vedno tako obsežen, kot prikazuje to poglavje, vendar pa prav vsak vsebuje vse njegove bistvene dele.

## Udeleženci posveta

Običajno se posveta udeležujeta dva: zdravnik kot strokovnjak za bolezni in bolnik kot »strokovnjak« za svoje zdravstvene težave (3). Med njima poteka neke vrste pogajanje. Oba prispevata k posvetu poleg svojega znanja tudi svojo osebnost. Ko pride bolnik k zdravniku, ima lahko težave na telesnem, duševnem, materialnem, socialnem ali družbenem področju. Ne glede na to, kje ima težave, pa zdravniku najraje predstavi telesno težavo. Zdravnik in bolnik začenjata posvet z različnimi pričakovanji, občutki, skrbmi, željami, vrednotami, mnenji in kulturnimi ozadji. Med posvetom nato odkrivata, katere od teh razlik so pomembne za postopek in izid zdravstvene oskrbe (4).

Zdravnikova sposobnost dojetanja bolnikove stiske in odkrivanja resničnih bolnikovih težav omogoči zaupljiv odnos z bolnikom. Če si udeleženca posveta zaupata, zdravnik lažje razjasni in rešuje bolnikov problem, bolnik pa zagotovo bolje izpolnjuje zdravnikova navodila.

V času posveta med sogovornikoma poteka besedno in nebesedno sporočanje. Med besedne oblike sporočanja štejemo govorjeno in pisano besedo, nebesedno



sporočanje pa obsega predvsem sporočila, ki jih oddajamo s telesom. Ob nepravilni uporabi nebesednih sporočil lahko dobijo besede popolnoma drugačen pomen od prvotnega. Zdravniki, ki uporabljajo k bolniku usmerjeno sporazumevanje, uporabljajo več nebesednih oblik sporočanja, predvsem pogosteje spreminjajo položaj telesa. Pravilno nebesedno vedenje zdravnika olajša sporočanje bolniku.

Važni sestavini nebesednega sporočanja sta pozorno poslušanje in stik z očmi, ko postavimo odprta vprašanja ali v trenutkih tišine (5). S položajem telesa in primernimi kretnjami pokažemo svojo naklonjenost bolniku ali pa mu preprečimo, da bi nam zaupal svoje skrbi in strahove. Pomemben je položaj stola, ki je namenjen bolniku, saj lahko že razmestitev v prostoru določa odnos z zdravnikom. Pogovor prek mize je značilen za pokroviteljski vzorec dela zdravnika, sedenje ob skupnem vogalu pa kaže na zaveznitvo in sodelovanje. Če zdravnik ob nepravem času zapisuje v kartoteko ali bere izvide, lahko prekine nit bolnikove pripovedi. Za branje in pisanje običajno uporabimo trenutke, ki sledijo posameznim velikim sklopom pogovora. Razpoložljiv čas za posvet, ki je običajno deset minut, lahko zdravnik dobro izkoristi le, če obvlada veščine sporazumevanja (6).

## Vodenje posveta

Vodenje posveta v ambulanti je ena izmed temeljnih veščin zdravnikovega dela (7). Posvet z bolnikom si običajno zamišljamo kot splet aktivnosti pri reševanju bolnikovih problemov. Za učinkovito reševanje bolnikovih težav potrebujemo sistem, ki v času, namenjenem za obisk pri zdravniku, bolniku omogoči zdravilni učinek obiska. Prvi pogoj za uspešen izid zdravstvene oskrbe je torej dobro vodenje posveta. Na vsak posvet seveda lahko gledamo iz kliničnega ali iz vedenjskega zornega kota (8). Za zdravnika družinske medicine, ki vodi posvet, je izjemo pomembno, da obvlada tako klinične kot vedenjske veščine.

### Klinični zorni kot

Če na posvet z bolnikom gledamo iz kliničnega zornega kota, potem opazimo, kaj zdravnik izve o bolniku z anamnestičnimi vprašanji, kaj ugotovi s pregledom, kakšno zdravilo predpiše, kakšen poseg izvrši ali kam napoti bolnika. S tem ugotavljamo, kako zdravnik obvlada klinične veščine, ki narekujejo, kaj naj pri določeni pritožbi vpraša, pregleda ali predpiše. Znanje in veščine te vrste smo si pridobili med študijem in jih še pridobivamo na podiplomskih izobraževanjih. Če se zdravnik togo drži kliničnega obnašanja, bolezni sicer lahko ozdravi, ne uspe pa mu vzpostaviti dobrega osebnega odnosa z bolnikom. Posvet tako izgubi nekaj zdravilne moči, ki bi jo sicer lahko dal bolniku.

### Vedenjski zorni kot

Opazovanje vedenja udeležencev med posvetom – ne glede na točno določeno pritožbo ali motnjo pri bolniku – razkriva zdravnikove veščine sporazumevanja. Med posvetom smo posebej pozorni na smiselno vodenje posveta, na vzdrževanje odnosa z bolnikom, na način uporabe kliničnih veščin ter na upoštevanje duševnega in socialnega ozadja (9). Te štiri veščine so temelj za primerno oskrbo bolnika v ambulanti družinskega zdravnika. Čeprav se delno prekrivajo, je pomembna prav vsaka izmed njih.

Če vodenje k bolniku usmerjenega posveta proučujemo iz vedenjskega zornega kota, opazimo, da zdravnik prav pri vsakem stiku z bolnikom odkriva razlog obiska, raziskuje bolnikovo pritožbo, jo poimenuje, svoja opažanja razloži bolniku in doseže z njim soglasje ter izdelava načrt za vodenje zdravljenja (10).

Pomembno je, da zdravnik prav na vsaki stopnji posveta sporoča v bolniku razumljivem jeziku, uporablja jasne razlage, sprotno preverja, ali jih je bolnik razumel,

razporeja podatke v majhnih količinah in seveda bolnika pozorno posluša. Za uspešno sporazumevanje z bolnikom je pomembno, da zdravnik upošteva njegova čustva, jih uspešno obvladuje ter se poskuša vživeti v bolnikovo stisko.

Tudi ustrezna izraba časa, ki je na voljo za posvet, je pomembna razsežnost uspešnega sporazumevanja. Med splošne veščine sporazumevanja, ki naj jih med posvetom obvlada zdravnik družinske medicine, sodi tudi natančno povzemanje pogovora. Zdravnik, ki uporablja k bolniku usmerjen vzorec posveta, povzema pogovor v bolniku razumljivem jeziku. Bolnika med pogovorom ne prekinja sunkovito, uporabi primerne kretnje, glas in stik z očmi.

Bolniki se pri družinskem zdravniku oglasijo na podlagi svoje lastne presoje, pri specialistu v bolnišnici pa po strokovnem diagnostičnem premisleku družinskega zdravnika. Občutja in težave so pri zdravniku prvega stika še zelo megleno in nejasno opredeljene, pri specialistu pa veliko bolj medicinsko usmerjene (11). Zato je za družinskega zdravnika zelo važno, da obvlada posvet tudi iz vedenjskega zornega kota.

## Vedenjski model k bolniku usmerjenega posveta

Obstaja veliko modelov posvetov. Nekateri modeli sporazumevanja so usmerjeni k bolniku, drugi pa k zdravniku (12). Posvet je igra za dva, ki le ob usklajeni igri obeh udeležencev pripelje do zaželenega cilja – uspešnega zdravljenja. Bolj ko je bolnik nedejaven, manjše so možnosti za dobro sporazumevanje. Le malo je namreč bolnikov, ki vdano sprejmejo zdravnikov pokroviteljski odnos med posvetom in kasneje tudi upoštevajo načrt zdravljenja, pri katerem niso imeli nobene besede.

Predstavljeni model k bolniku usmerjenega posveta upošteva dognanja svetovne literature in naše izkušnje, prirejen pa je za naše razmere. Večino predstavljenega delamo zdravniki nezavedno dan za dnem v stikih z bolniki. Tak vzorec obnašanja med bolnikom in zdravnikom opazimo pri vseh posvetih in v različnih okoljih. Zaradi lažjega proučevanja ga razdelimo na pet stopenj. Med dejanskim posvetom lahko določene stopnje združimo ali zamenjamo njihov vrstni red.

### Stopnje posveta:

- odkrivanje vzrokov bolnikovega obiska,
- razjasnitev bolnikovih težav,
- imenovanje bolnikovih težav,
- razlaga bolniku in doseganje soglasja,
- načrt za vodenje zdravljenja.

V prvih treh stopnjah zdravnik razjasni in oceni bolnikove težave in motnje, v zadnjih dveh pa rešuje bolnikove težave in stiske.

### Odkrivanje vzrokov bolnikovega obiska

#### Pozdrav

Obisk bolnika pri zdravniku se običajno začne pri medicinski sestri, vendar pa se posvet v ožjem smislu začne tisti trenutek, ko bolnik in zdravnik usmerita pozornost drug k drugemu. Zdravnik pospremi prejšnjega bolnika iz ordinacije in sprejme naslednjega. Običajno začnemo posvet s pozdravom. Ta sovпада z začetkom pogovora in vključuje vse, kar se zgodi neposredno pred zdravnikovim vprašanjem o razlogu prihoda.

#### Aktivno poslušanje bolnikovih težav

Po pozdravu postavimo začetno, dovolj široko vprašanje, npr. »Zakaj prihajate?« ali »Kakšne so vaše težave?«, pri kontrolnem pregledu pa: »Ali je kaj boljše?«, »Kako

ste?» Za uvodno vprašanje postavimo odprto vprašanje, na katero bolnik ne odgovori samo z *da* ali *ne*, temveč pove svojo plat zgodbe, ki jo je pripravljala ves čas odločanja za obisk pri zdravniku.

Bolnik pride k zdravniku zaradi določenih težav s počutjem ali zaradi spremembe, ki jo je zaznal pri sebi, ne pa zaradi določene bolezni. S seboj prinaša celo vrsto strahov, pričakovanj in prepričanj v zvezi s to spremembo zdravja. Zdravniki s pomočjo bolnikove pripovedi ugotovimo, kateri simptomi so bolnika pripeljali v ambulanto. Če pustimo bolniku, da prosto pripoveduje, in ga ob tem opazujemo ter aktivno poslušamo, najlažje ugotovimo, zakaj prihaja. Ko poslušamo, pridobivamo podatke o težavi in sogovorniku. Aktivno poslušanje je oblika terapevtskega poslušanja, ki pomaga bolniku, da jasno sliši, kaj nam pripoveduje. Bolniku nato na kratko, s pomočjo njegovih besed, povemo, da smo dojeli, kaj nam sporoča. Ob takem poslušanju ne slišimo samo besed, ampak se zavemo tudi čustev, ki so za njimi.

Poskušamo ustvariti sproščeno in varno vzdušje, bolnika opogumimo, da pripoveduje o mislih in izkušnjah v zvezi s pritožbo. Ob tem smo pozorni na besedne in nebesedne namige, bolnika pa čim manj prekinjamo. Bolniku pustimo, da prosto pripoveduje minuto ali dve, kajti samo on ve, zakaj prihaja. Tak začetek nam kasneje prihrani veliko časa.

Če prehitro posežemo v pripovedovanje, mogoče ne bomo nikoli odkrili strahu pred rakom, strahu pred učinki terapije, bolnikovih pričakovanj in podobno. (Na primer ženska, ki so ji z biopsijo odkrili raka dojke, mora najprej razkriti svoje ideje, strahove in pričakovanja; šele potem lahko skupaj z zdravnikom načrtujeta zdravljenje.)

Znano je, da zdravniki oblikujemo delovno domnevo o razlogu za bolnikov obisk v prvih 30 sekundah posveta. Če ta čas podaljšamo na eno minuto, se bomo lahko izognili mnogim nepotrebnim vprašanjem in preiskavam (10).

Pri ponovnem posvetu gradimo pogovor na podlagi prejšnjih podatkov, pri čemer so nam v pomoč zapiski v zdravstvenem kartonu in poznavanje bolnika. Bolnika vprašamo o poteku pritožbe od začetka zdravljenja ali od prejšnjega obiska, povzamemo o morebitnih novih težavah in omenimo že sklenjeno soglasje.

### Poizvedovanje o socialnih in poklicnih podatkih

Podatki o družini in službi nam veliko povedo o okolju, iz katerega prihaja bolnik. V tem okolju se lahko počuti varnega in srečnega – ali pa je prav okolje vir bolnikovih težav. Mnoge zdravstvene težave težko razumemo in jih še manj uspešno rešujemo, če jih obravnavamo kot posamičen pojav, ki prizadene le enega člana družine. Umestitev bolnikovih težav v družinsko in socialno okolje pogosto pomaga zdravniku pri diagnostiki in zdravljenju. Podatki te vrste nam pridejo prav tudi, ko razmišljamo o posledicah bolezni za delo in družinsko življenje.

### Raziskovanje bolnikovega razumevanja zdravstvenega problema

Če pustimo bolniku, da prosto govori, spoznamo, kako razume svoj problem. Nekateri ljudje si pravilno razlagajo svoje težave, z nekaterimi pa šele med posvetom raziščemo ozadje njihove pritožbe. Bolnikovo razumevanje zdravja navadno vzamemo v zakup z dovolj podrobnostmi, da lahko uspešno vodimo posvet.

Kljub temu, da bolniki običajno ne poznajo pravega mesta telesnih organov, lahko oblikujejo zapletene teorije o lastni bolezni. Občutja in znaki posameznika včasih nimajo nobene tesne povezave z resnostjo zdravstvenega stanja. Zdravnik in bolnik lahko zelo različno dojemata resnost občutij in znakov. Nekaterih znakov in razvad bolniki ne razumejo kot možno nevarnih, zdravnik pa v njih prepozna ogroženost za bolnika. Po drugi strani se vsakodnevno srečujemo z bolniki, ki nas obiskujejo zaradi nepomembnih težav.

Ko raziskujemo bolnikovo razumevanje težav, lahko postavimo vprašanje, kaj je bolnik do prihoda k zdravniku že naredil, da bi si olajšal težave. Včasih tako izvedemo, da so bolniki že iskali pomoč pri družini, prijateljih, sodelavcih ali alternativni medicini. Ne tako redko pa slišimo, da je bolnik k zdravniku prišel na prigovarjanje svojcev.

### **Razjasnitev bolnikovih težav**

Ko smo iz bolnikovega pripovedovanja izvedeli, zakaj pravzaprav prihaja, lahko oblikujemo delovno domnevo o vzroku za bolnikov obisk in uporabimo klinične veščine. Vedno prej sprašujemo in šele nato pregledujemo. Izjema so le nujna stanja, ki ogrožajo bolnikovo življenje.

#### **Poizvedovanje o pritožbi (anamneza)**

V tem delu posveta sprašujemo skladno z delovno domnevo o razlogu za bolnikov obisk. Pri tem so nam v pomoč vzorci jemanja anamneze za posamezne bolezni in znake. Med študijem smo se učili jemanja celotne anamneze, kar pa v vsakodnevni praksi uporabimo le redko. Jemanje anamneze prilagodimo okoliščinam. Določene dele zgodbe lahko skrajšamo in poizvedujemo z usmerjenimi vprašanji (usmerjena anamneza), ob tem pa upoštevamo vse bolnikove namige.

Ko obravnavamo trenutno težavo, upoštevamo vse spremljajoče bolezni in motnje pri bolniku. Tako bomo na primer bolnika, ki je na antikoagulacijskem zdravljenju in ima bolečino v križu, bolj natančno kot druge bolnike vprašali o morebitnih zdravilih, ki jih je dotlej jemal za lajšanje bolečin. Sladkornega bolnika, ki ima težave z nogami, bomo spraševali drugače kot nekoga, ki te bolezni nima. Glede na to, kakšnega bolnika imamo pred seboj, ima trenutna pritožba torej lahko povsem drugačno težo.

Pri jemanju anamneze upoštevamo tudi okoliščine in povezave, ki se nanašajo na način življenja, družinsko, delovno in kulturno okolje ter tudi vplivajo na telesno pritožbo.

#### **Klinični pregled bolnika**

Pred začetkom pregleda bolniku damo navodila za pregled in ga seznanimo s postopki med pregledom. Bolnika pregledujemo spoštljivo in skrbno. S fizikalnim pregledom bolnika potrdimo ali zanikamo delovno domnevo. Težje je, če imamo več delovnih domnev. Pregled naj bo vedno temeljit in dobro premišljen, četudi pregledamo le en sam organski sistem. Bolniki zelo zamerijo, če brez pregleda presojamo njihove težave. Na nekatere bolnike že sam pregled deluje zdravilno in jih reši skrbi. (Značilen primer je mlada ženska z bolečino v prsih; pregled in negativen izvid EKG sta navadno že terapija in ne služita le za diagnozo.)

Med pregledom lahko postavimo še dodatna usmerjena vprašanja. Medtem ko se bolnik pripravlja na pregled, ga opazujemo, kako se giblje in kaj nam sporoča z mimiko in kretnjami. Najboljši zdravniki običajno vedo, da pregled redko razjasni diagnozo, če nam ta ni jasna že iz razgovora.

### **Imenovanje bolnikovih težav**

#### **Jasen povzetek zaključkov (diagnoza)**

Konec procesa pridobivanja podatkov označimo s povzetkom zdravstvene težave, ki ga imenujemo diagnoza. Natančne klinične diagnoze v družinski medicini niso običajne. Zlasti med prvim obiskom so lahko bolnikove težave še zelo nejasne in meglene ter zahtevajo natančno in skrbno zdravnikovo presojo, ki do jasnega zaključka privede šele po nekaj obiskih. Bolnik, ki obišče zdravnika, ima lahko bole-

zen, ne da bi jo zaznal; prav tako pa lahko trdi, da je prišel zaradi zdravstvene težave, čeprav ne najdemo znakov bolezni. Zdravstvena težava pomeni bolnikov odgovor na zaznano ali pričakovano bolezen in/ali duševni stres (4). Bolniku predstavimo povezave med ugotovitvami in diagnozo. Če prinaša izvide iz laboratorija ali od zdravnika specialista, mu razložimo izsledke opravljenih preiskav.

Diagnoza je pri zdravniku družinske medicine običajno gibljiv osnutek, ki dovoljuje primeren načrt vodenja. Bolniku jo predstavimo v jasnem in razumljivem jeziku. Bolnik se namreč lahko strinja z diagnozo le, če jo razume. Večkrat se nam v vsakdnevni praksi zgodi, da bolnika vprašamo, kaj misli, da mu je, preden mu predlagamo svojo diagnozo. Pri postavitvi diagnoze upoštevamo tudi vse duševne, kulturne in socialne okoliščine, ki lahko vplivajo na trenutno pritožbo.

Ko presojamo o diagnozi, hkrati presojamo tudi smernice za zdravljenje. Pri načrtu zdravljenja, ki je v skladu z delovno diagnozo, upoštevamo strokovne smernice, medicinsko znanost in vpliv zdravstvene težave na bolnikovo življenje.

### Ocena resnosti in vrstni red obravnave

Velikokrat nam bolniki med obiskom predstavijo več težav. Če je pritožb več, ocenimo njihovo resnost in jih razporedimo po določenem vrstnem redu, ki nam bo v pomoč pri zdravljenju in vodenju bolnika. Vseh bolnikovih težav običajno ne rešimo med enim samim obiskom. Včasih se zgodi, da nam bolnik problem, ki ga najbolj teži, predstavi nazadnje.

### Razlaga bolniku in doseganje soglasja

#### Prilagoditev razlage bolniku

Svoja opažanja razložimo bolniku in po potrebi tudi svojcem. Bolniku razložimo delovno diagnozo, možen potek bolezni ter možne učinke zdravljenja. Ustrezno predstavimo tudi posledice bolezni. Razlago prilagodimo človeku, ki ga imamo pred seboj. Razlagamo v bolniku razumljivem jeziku in skladno z njegovimi potrebami.

Pogosta zdravniška napaka na vseh ravneh zdravstvenega varstva je razlaganje v tehnično-medicinskem besednjaku. Če bolniku povemo, da »ga bomo poslali na ESWL, pred tem pa bomo naredili še IVP«, ali pa, da »ima biliarno diskinezijo«, »da preboleva hipertireotično fazo kroničnega limfocitnega tireoiditisa«, take razlage zagotovo ne bo razumel.

Razlaga naj bo zato vezana na bolnikova pričakovanja, ki smo jih izvabili med pogovorom. To seveda ne pomeni, da se prilagajamo tudi zmotnim bolnikovim prepričanjem. Z razlago razblinimo bolnikov strah oziroma opredelimo bolnikove bojazni.

#### Soglasje

Prepričajmo se, da je bolnik razumel razlago in jo sprejel. Zdravniki pogosto veliko razlagamo in imamo ob tem varljiv občutek, da razlagamo bolniku. Vedno, ko razlagamo, se vprašajmo, ali to počnemo zase ali za bolnika. Bolnik, ki ravnodušno prikimava, običajno ne razume vseh učenosti, ki prihajajo iz naših ust.

Ali je razlago razumel, najbolje preverimo tako, da preizkušamo bolnikov odziv nanjo. Odkrito razpravljajmo o razlikah med idejami bolnika in zaključki zdravnika. Prizadevajmo si uskladiti svoja stališča z bolnikovimi in doseči skupno razumevanje problema, kar je prvi pogoj za doseganje soglasja pri načrtu vodenja bolezni. Preprosta razlaga je enosmeren proces, skupno razumevanje problema pa je pojem, ki označuje dvosmeren proces.

### Načrt za vodenje zdravljenja

Načrt vodenja je del znanja in veščin, ki smo se jih naučili med študijem in si jih

kasneje z izkušnjami prilagodili za vsakdanje delo. V družinski medicini izbiramo najprej preproste rešitve za zdravljenje in imamo ob tem ves čas v mislih možne neugodne učinke zdravljenja.

### Vpletanje bolnika v načrt zdravljenja

Bolnik naj bo vpleten v vodenje problema, sicer je naš načrt obsojen na neuspeh. Vedno mu predstavimo možnosti, ki jih ima pri preiskavah in zdravljenju. Kjer lahko izbira, naj izbere sam. Tak način je za zdravnika morda videti naporen, a mu pomaga pri uspešni izvedbi načrta. Zdravniki namreč pogosto pozabimo, da bolnikom le pomagamo pri reševanju njihovih problemov.

Spodbujanje bolnika, da čuti odgovornost za svoje lastno zdravje, lahko sčasoma spremeni njegove navade pri iskanju zdravniške pomoči. Bolnika spodbujamo, da pride pravočasno, oziroma da nas ne obišče za vsako malenkost. Bolnikov pogled na zdravljenje raziščemo tako, da mu ponudimo več možnosti, ki jih lahko izbere, ali pa ga vprašamo za mnenje o načrtu zdravljenja.

### Jasen načrt za nadaljnje ukrepanje

Bolniku predstavimo natančen načrt vodenja problema; opredelimo, kaj bo narejeno in kdaj. V primeru, da bolniku predpišemo zdravilo, podamo podatke o naravi zdravila, odmerjanju, možnih stranskih učinkih in dolžini trajanja jemanja zdravil. Bolniku tudi razložimo, čemu bo jemal zdravilo, zakaj je zdravljenje potrebno in kaj naj od njega pričakuje. Pri dajanju navodil bodimo kratki, jasni in ne uporabljajmo medicinskega žargona. Preverimo, ali nas je bolnik razumel. Po potrebi napišemo način jemanja zdravil z velikimi čitljivimi črkami in navodilo izročimo bolniku.

Če bolnika napotimo k specialistu ali na preiskave, mu primerno razložimo namen in postopek preiskave. Bolnik bo tako vedel, kako naj se pripravi in kaj naj od napotitve pričakuje.

### Načrt za ocenitev učinka zdravljenja

Bolniku nakažemo, kako naj si razlaga pričakovani potek bolezni, in mu povemo:

- ali naj pride in kdaj naj pride na kontrolo,
- kaj naj naredi, če se bolezen ne izboljša,
- pričakovano trajanje bolezni,
- o pričakovanem poteku bolezni.

Za bolnika je zelo pomembno, da ve, kaj naj stori, če se bolezen ne izboljša, oziroma kdaj lahko obišče dežurnega zdravnika. Sicer se kaj lahko zgodi, da pride bolnik, ki smo mu zjutraj zaradi angine predpisali antibiotik, zvečer v dežurno ambulanto misleč, da mu zdravilo ne pomaga.

### Promocija zdravja – nasveti za zdravo življenje

Družinski zdravnik vedno lahko najde primeren trenutek za nasvet o zdravem življenju. Povezava nasveta z akutno boleznijo ali s poslabšanjem kronične bolezni je učinkovita pot za spremembo bolnikovega vedenja. Že preprosto svetovanje bolniku, da je kajenje škodljivo, in izročitev zdravstveno-vzgojnega letaka pomeni, da bo tak nasvet sprejelo 5–10 % bolnikov, kar glede na število bolnikov, ki pridejo k zdravniku, ni tako malo (10).

Bolniki seveda niso vedno pripravljeni, da bi spreminjali svoje vedenje. Nekateri sploh niso pripravljeni razmišljati o spremembi svojega tveganega vedenja, kaj šele, da bi prenehali z razvado. Drugim pa morda manjka le nekaj spodbudnih besed do opustitve. Če poznamo proces spreminjanja življenjskih razvad, bomo lažje ob pravem času in na pravi način vplivali na bolnikovo vedenje. Nasveti za zdravo živ-

ljenje bodo tako imeli večji učinek, če bomo pravilno ocenili stopnjo pripravljenosti za spremembo vedenja in tej stopnji prilagodili ukrepanje.

Proces spreminjanja življenjskih razvad delimo na pet obdobij:

- obdobje, ko bolnik ne razmišlja o spremembi,
- obdobje, ko namerava opustiti razvado,
- obdobje, ko se pripravlja na spremembo,
- obdobje, ko opusti razvado,
- obdobje, ko živi brez razvade (13, 14).

Vzroki, da bolnik ne razmišlja o spremembi vedenja, so lahko različni. Lahko se ne zaveda dolgoročnih posledic tveganega vedenja, dvomi o svoji sposobnosti za spremembe in noče o tem razmišljati – ali pa se preprosto brani velikega socialnega pritiska, ki ga sili k spremembam.

V obdobju, ko bolnik namerava opustiti razvado, resno razmišlja o spremembi vedenja v naslednjih šestih mesecih, vendar v tem obdobju kljub dobremu namenu lahko ostane še dolgo. Bolniki, ki so glede na pripravljenost spreminjanja vedenja v prvem ali drugem obdobju, niso primerni za vstop v programe za spremembo vedenja. Takim bolnikom ponudimo le letake in kratke nasvete.

Obdobje, ko se bolnik pripravlja na spremembo, je ponavadi označeno z delno spremembo vedenja, kot na primer manjšanje števila pokajenih cigaret. V tem obdobju lahko posvetimo nekaj več časa pojasnjevanju o povezanosti simptomov in razvad, vplivu razvade na njihovo zdravje in zdravje družine.

Opustitev razvade v zadnjih šestih mesecih je obdobje akcije, ki je zelo nestabilno. Obstaja namreč velika možnost ponovitve (relapsa) razvade. V tem obdobju je od osebnih in medosebnih dejavnikov ter dejavnikov okolja odvisno, ali bo bolnik prestopil v naslednje vzdrževalno obdobje, ali pa se bo vrnil nazaj k razvadi. To je kritično obdobje, ko bolnik potrebuje zdravnikovo oporo in oporo skupine s podobnimi problemi, če seveda taka skupina obstaja.

Vzdrževalno obdobje imenujemo obdobje, ki traja od šest mesecev do pet let, odkar je bolnik opustil razvado. Za to obdobje je značilno, da se skušnjava, ki jo pomeni razvada, zmanjša, bolnik ima večje zaupanje vase, obvlada vedenjske tehnike. Zdravnikovi ukrepi so v tem obdobju potrebni le ob morebitni ponovitvi razvade. Ponovitev razvade ne jemljemo kot neuspeh, temveč poskusimo znova motivirati bolnika za spremembo vedenja.

#### Literatura:

1. Kersnik J. Sodelovanje med bolnikom in zdravnikom. In: Švab I, ed. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1995: 33–40.
2. McWinney IR. A textbook of family medicine. 2 edition. Oxford: Oxford university press, 1997: 104–78.
3. Tuckett D, Boulton M, Olson C, Williams A. Meetings between experts. London: Tavistock, 1985.
4. Botelho RJ. A negotiation model for the doctor-patient relationship. Family Practice 1992; 9: 210–8.
5. Byrne PS. Practitioner's use of non-verbal behaviour in real consultations. J Roy Coll Gen Pract. 1980; 30: 327–331.
6. Eshet I, Margalit A, Almagor G. SFAT-AM: Short family therapy in ambulatory medicine. Treatment approach in 10–15 minute encounters. Family Practice 1993; 10: 178–87.
7. Švab I, Kersnik J. Učenje sporazumevanja. In: Švab I, ed. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1995: 91–98.
8. Grol R, Lawrence M. Quality improvement by peer review. Oxford General Practice series 32, Oxford University Press, Oxford 1995: 112–24.
9. Grol R. To heal or to harm? London: RCGP, 1988.

10. Tate P. The doctor's communication handbook. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1994.
11. Kersnik J. Bolnik in zdravnik pred posvetom. In: Švab I, ed. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1995: 7–16.
12. Rotar-Pavlič D. Modeli sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom. In: Švab I, ed. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1995: 41–51.
13. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behavior. *Amer Psychologist* 1992; 47: 1102–14.
14. Prochaska JO, Vilicer WF, DiClemente CC, Fava J. Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking. *J Cons Clin Psychol* 1988; 56: 520–5.

#### **Priporočena literatura:**

1. McWinney IR. A textbook of family medicine. 2 edition. Oxford: Oxford university press, 1997: 104–78.
2. Švab I, ed. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1995: 1–98.
3. Tate P. The doctor's communication handbook. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1994.



# TEŽAVNI BOLNIK IN NJEGOV ZDRAVNIK

Igor Švab

## Uvod

Ko se mladi zdravniki in zdravnice soočijo z rednim delom v ambulanti, se namesto varnega okolja medicinske fakultete znajdejo sredi življenja. To je precej drugačen svet od tistega, ki so ga bili vajeni med študijem. Ena najbolj očitnih razlik je, da se bolniki ne delijo na duševne in telesne, tako kot so lepo porazdeljeni po oddelkih kliničnih bolnišnic, ampak da zdravnik zdravi ljudi, ki imajo več zdravstvenih težav hkrati, vsaka od njih pa svojo telesno in duševno dimenzijo. Ob tem ni čudno, da se zdravniki spopadajo s težavami, na katere niso pripravljeni. Posebna skupina nenapovedanih problemov so t. i. »težavni bolniki«. Mednje zdravniki navadno uvrstijo bolnika, ki presega njihove zmožnosti oz. pri katerem ne morejo najti ustreznega ukrepanja.

Le redkokdaj se zgodi, da kot težavnega opredelimo bolnika, ki je klinično problematičen. Navadno zdravniki izvrstno obvladajo bolnika, ki ima sicer hude telesne težave, a dobro sodeluje. Bolnikova težavnost je vsebina odnosa med nami in našim bolnikom, ki se dotika predvsem problema sporazumevanja in zelo redko problema klinične narave. Težavnega bolnika opredelimo glede na težave v odnosu med nami in njim. Težavni bolniki so tisti, ki v nas vzbudijo negativna čustva. Pozna jih vsaka ambulanta in vsak zdravnik, ki dela praktično v ambulanti. Njihove zgodbe včasih popestrijo strokovna srečanja, prenekatero izmed njih pa so take, da so vredne objave v knjigi (1).

## Nekatere vrste težavnih bolnikov

### Pogosti obiskovalec

Eno izmed meril za pripravljenost posameznika, da prevzame vlogo bolnika, je število obiskov pri zdravniku družinske medicine. Prav on najlažje opazi, kako si nekateri ljudje želijo privzeti vlogo bolnika, pa tudi, kako se drugi bojijo odvisnosti od bolezni, ne zaupajo zdravnikom in se izogibajo njihovi, pomoči celo ob resnih težavah. Eden prvih podatkov, ki jih zdravnik družinske medicine dobi o bolniku, je število njegovih poprejšnjih obiskov v ambulanti. Še preden začne spraševati o vzroku obiska in se posveti pregledu, dobi v roke zdravstveni karton, ki s svojim videzom, debelostjo in obrabljenostjo govori o bolniku pred njim. Če je zajeten in oguljen, pomeni, da se zdravnik srečuje s pogostim obiskovalcem zdravstvenega doma. Pogosto obiskovanje zdravnika je eden izmed specifičnih znakov v družinski medicini, ki ga druge stroke ne poznajo. Specialistični službi uspeva omejevati obiskovanje v svojih ambulantah s čakalnimi vrstami in predajo bolnikov nazaj v osnovno zdravstveno dejavnost.

Gre za posebno skupino težavnih bolnikov, ki je postala v zadnjih letih vse bolj zanimiva za raziskave na področju družinske medicine (2–8). Slednje so pokazale, da se pogosti obiskovalci delijo na dve skupini. V prvi so pogosti obiskovalci zaradi medicinsko utemeljenih razlogov. To so bolniki, pri katerih je normalno, da se zaradi narave bolezni pogosto oglašajo pri zdravniku (na primer bolnik s kroničnim srčnim popuščanjem, sladkorno boleznijo in kronično obstruktivno pljučno boleznijo; bolniki v terminalni fazi rakave bolezni utemeljeno terjajo veliko obiskov v ambulanti ali na domu). Njih navadno ne opredelimo za težavne – ne glede na to, da imajo objektivno hude motnje zdravja.

Drugo skupino sestavljajo pogosti obiskovalci zaradi nam neutemeljenih ali nepoznanih vzrokov ali razlogov, pri katerih jim sami ne moremo pomagati. Razlogov za

razvoj takih bolnikov je več. Iz teorije sporazumevanja je znano, da se bo bolnik, pri katerem osnovnega razloga za obiskovanje v ambulanti ne bomo odkrili, vedno znova vračal toliko časa, dokler se ne bomo lotili tistega problema, ki ga žuli, in zaradi katerega se vrača v ambulanto. Še več: svojo osnovno težavo bo vedno znova skrival v kakšno drugo somatično obliko, vedno znova se bo pojavil z drugim simptomom ali znakom. Npr. bolnica, ki ima težave v partnerstvu, bo prihajala v ambulanto zaradi glavobolov, bolečih menstruacij, bolečin v želodcu itd. Dokler nam ne bo uspelo razjasniti osnovnega vzroka njenih težav, jo bomo pošiljali na natančne diagnostične obdelave, ker se nam bo družinski izvor težav izmikal. Druga skupina iz te kategorije so bolniki z določenim strahom, ki pa ga s svojim diagnostičnim postopkom nismo zadovoljivo razrešili (npr. bolnik, ki ga je strah, da ima možganski tumor, se bo oglašal v ambulanti zaradi glavobola toliko časa, dokler ne bomo ustrezno odgovorili na njegov strah pred tumorjem v glavi).

Posebna skupina pogostih obiskovalcev so bolniki, ki imajo od tega, da so bolni, več koristi, kot če so zdravi. Koristi so lahko povsem materialne (npr. rentne težnje po odškodnini zaradi posledic prometne nesreče, odsotnost z dela ipd.), ali pa so skrite globlje (npr. bolnica, ki s svojo boleznijo povsem paralizira svojo družino, s čimer doseže popolno pozornost vseh družinskih članov). Taki bolniki so »neozdravljivi« toliko časa, dokler traja motivacija za tako obnašanje. Pogosto je prav motivacija zunaj možnosti zdravnikovega ukrepanja.

V nekaterih primerih je obiskovanje ambulante nadomestilo za družabne stike (npr. osamljena vdova, ki se nima z nikomer pogovoriti). V tem primeru bolniki od zdravnika seveda ne pričakujejo zdravljenja telesnih bolezni, ampak predvsem pogovor, razumevanje in nekaj časa. Če zdravnik svojo vlogo jemlje samo kot vlogo strokovnjaka, ki zdravi telesne bolezni, ne pa nekoga, ki pomaga ljudem k boljšemu zdravju, bo zanj ta bolnik neprijeten in težaven.

Posebno hud je problem somatizacije. Gre za primere, kjer bolnik zaradi svojih duševnih motenj zaznava telesne simptome, zaradi katerih išče zdravnikovo pomoč, in vsaj na začetku težko razume povezavo med duševnim vzrokom svojih težav in njihovo telesno manifestacijo. Zato pogosto zahteva poglobljene in vedno nove diagnostične posege. Pogosto je težavno najti mero med racionalno diagnostiko, s katero bomo s še dopustnim tveganjem razjasnili bolnikovo simptomatiko, in nevarnostjo, ki jo sproža podrobna specialistična obravnava s tem, ko bolnika prepriča, da je z njim nekaj resno narobe. Problem sodobne medicine je tudi, da vedno najde kako odstopanje od normale, težje pa ovrednotiti njegov pomen za bolnikovo zdravje. Zdravnik družinske medicine je v edinstvenem položaju, ker to lahko naredi, potrebuje pa večje sporazumevanje z bolnikom, da bo le-ta njegovo razlago tudi sprejel.

### **Agresivni in zahtevni bolnik**

Za zdravnika je izredno mučen bolnik, ki je napadalen in od njega kar naprej nekaj zahteva. Prave telesne agresije je v ambulantah sicer malo, vendar se lahko pokaže na druge načine, ne samo na telesni ravni: z grožnjami itd. Pogosto jo sproža bolnikov strah, da ga ne bomo jemali resno, da se ga bomo na hitro znebili.

Pravi način za obravnavo teh bolnikov je mirnost in dajanje občutka, da vemo, kaj delamo. Vsaka agresivnost v obratni smeri navadno povzroči poslabšanje. Ravno tako ni primerna vzvišena hladnost. Zavedati se moramo, da je jeza prvenstveno bolnikova in ne naša težava. Razloge za bolnikovo jezo je treba vedno raziskati, tudi tako, da ga sami soočimo z njegovo težavo (npr.: »Videti ste jezni. Zakaj?«), obenem pa je treba znati priznati takšno nepopolnost (9).

Tisti, ki zahtevajo več, kot jim pripada po zakonodaji, spadajo v naslednjo skupino težavnih bolnikov. V bistvu gre za etično dilemo: za konflikt med našo potrebo, narediti vse najboljše za bolnika, in našo zvestobo plačniku in zakonodaji. Nekateri

bolniki znajo to večje izkoriščati tako, da trkajo na našo vest. (Primer: bolnik želi zdravila za svojo mamo, ki pri nas ni na seznamu, ni zavarovanka Slovenije, ima pa težave, ker v njeni državi do zdravil ne more priti; bolnik potrebuje nekaj dni bolniškega staleža za nego matere, kar mu po pravilniku ne pripada.) V takih primerih je pogosto najbolje bolnika opozoriti, da delamo v okviru pravnih norm, ki jih moramo upoštevati. Popuščanje bolniku je dolgoročno škodljivo za odnos med njim in zdravnikom, saj kmalu obema postane jasno, da gre za izrabljanje, pri katerem je pogosto nemogoče postaviti mejo.

### **Vsevedni bolnik**

Informiranost bolnikov je vse večja in vse pogostejše se dogaja, da se srečamo z bolniki, ki prihajajo k nam z najnovejšimi izpisi z interneta, ki se nanašajo na povzetke zadnjih konferenc s tega področja. Te informacije so pogosto delne in iztrgane iz konteksta, zaradi česar bolnik toliko bolj potrebuje zdravnikovo pomoč, da mu bo pomagal pojasniti velikokrat protislovne podatke. Številni zdravstveni priročniki ljudi spodbujajo k opazovanju samih sebe. Sporazumevanje z vsevednim bolnikom terja partnerski odnos z obeh strani. Če sta oba sposobna takega odnosa, potem postane bolnik zdravnikov zaveznik in ga ne poskuša postaviti v podrejeni položaj.

### **Neubogljivi bolnik**

Posebno skupino sestavljajo bolniki, ki se ne držijo naših navodil in si po svoje prirojijo naše nasvete in zdravljenje. Tak bolnikov odnos do zdravstva je v družinski medicini bolj pravilo kot izjema in pogosto zdravniku pomaga že, če si prizna, da je to realnost njegovega dela. Pri delu v ambulanti se je zato dobro že vnaprej pozanimati, ali je bolniku uspelo držati se navodil, ki smo mu jih dali, ali ne. Tako bo bolnik lažje priznal, če mu ni uspelo, in rešeni bomo lažnih terapevtskih dilem v zvezi s tem.

Neubogljivi bolniki so posebne vrste izziv za naš sistem vrednot, kjer zdravje zaseda zelo visoko mesto. Pri bolnikih ni vedno tako in včasih jim je več vredna radost, ki jo imajo s tveganim načinom življenja, kot zmanjšano tveganje zaradi določenega zapleta. Značilnih primerov je veliko: bolnik s kronično pljučno boleznijo kadi, debeluh pa se pritožuje zaradi bolečin v sklepih in hrbtenici. Če smo preverili, da se bolnik zaveda vseh navarnosti, ki jih zanj pomeni tako tvegan življenjski slog, je pogosto najbolje sprejeti takega, kakršen je, kot pa vztrajati na povsem zdravem življenjskem slogu.

### **Načini reševanja**

Težavni bolniki so sicer v manjšini med registriranimi v naših ambulantah, vendar zaradi svojega pogostega obiskovanja in frustracij, ki jih prinašajo zdravniku, pogosto pomenijo nesorazmerno veliko emocionalno breme. Prvi, ki se je resno lotil reševanja zdravnikovih težav z bolniki, je bil Michael Balint. S svojo, zdaj že klasično metodo Balintovih skupin je poskusil reševati probleme, s katerimi so prihajali k njemu zdravniki (10). Pozneje se je metoda razširila po svetu, njegovo delo so prevzeli njegovi učenci (11) in razvile so se druge skupine (npr. Skupine Monte Verita). V Balintove skupine so poskušali vključevati tudi druge skupine, ne samo zdravnikov (npr. medicinske sestre, študente). Težava Balintovih skupin je ekstenzivnost, saj lahko na enem sestanku obravnavamo samo enega bolnika.

Sodobne tehnike so močno izboljšale obravnavanje težavnih bolnikov. Zlasti revolucionarna je bila uvedba videotehnologije, ki je omogočila, da praktično neposredno lahko spremljamo pogovor v ambulanti (12). Videoposnetek pogovora v ambulanti je namreč še najbolj ustrezen približek dejanskemu pogovoru v ambulanti, zlasti če ga posnamemo po določenem času (nekaj obiskih), ko je bila kamera že vključena. Analiza tako posnetih pogovorov je dobrodošla tehnika pri učenju spora-

zumevanja, pogosto pa tudi dobra metoda za ocenjevanje zdravnikove tovrstne veščine. Ob tem seveda ne smemo pozabiti na vse etične vidike snemanja v ambulanti: bolnik mora biti o snemanju predhodno obveščen, podpisati mora izjavo, da se z njim strinja, in kadar koli mora imeti pravico zahtevati, da se posnetek izbriše.

## Izzivi za zdravnika družinske medicine

Prvi izziv je ločevanje normalnega od nenormalnega. Gre za ključni problem sodobne medicine, ko smo tako navajeni, da je vse, zaradi česar se ljudje zatečejo k nam, patologija, ki terja ukrepanje, po možnosti farmakološko. Anksioznost in depresija sta lahko del naše osebnosti in samo, če sta pretirani, dolgo trajajoči ali neprimerni za posameznega varovanca, jih lahko obravnavamo kot bolezen. Prepričati človeka, da je povsem normalno in zdravo, da joče, če mu je hudo, in da ne more spati, če je zaskrbljen, je veliko težje; kot pa predpisati antidepresiv ali anksiolitik.

Taka organizacija delovnega časa, da bomo namenili dovolj časa vsem bolnikom, ne glede na naravo njihove bolezni, je resen izziv. Pri bolnikih z duševnimi motnjami je prav čas posebej pereč. Če bi si zdravniki lahko privoščili posvetiti svojim duševnim bolnikom toliko časa, kot oni mislijo, da ga potrebujejo, potem bi porabili polovico svojega delovnega časa samo za to, da bi skrbeli zanje, obenem pa zanemarili druge skupine, ki ravno tako terjajo pozornost.

Hudo je, ko se zavemo, da so naše možnosti omejene, in da ne moremo razrešiti vseh težav, pri katerih nas bolniki prosijo za pomoč. Navadno se moramo sprijazniti s preprostim in bolečim dejstvom, da žal nismo bogovi, ampak samo strokovnjaki, ki se po svojih najboljših močeh trudijo opravljati svoj poklic. Veliko duševnih motenj se ponavlja in kriteriji za uspeh pri depresiji, senilni demenci in shizofreniji so za zdravnika različni. Poseben problem predstavljajo veščine, potrebne za delo z bolniki, ki imajo duševne motnje. Predavanja, predstavitve bolnikov in branje imajo omejeno veljavo. Pomembno je, če lahko opazujemo izkušenega kolega, še bolje pa je, če lahko opazujemo sami sebe na posnetku. Nekaj od tega se študenti naučijo v okviru pouka pri predmetu Družinska medicina. Veliko se lahko naučimo od bolnikov, če jim zares prisluhnemo. To je pogosto tudi zelo dobra terapija.

## Značilnosti dobrega zdravnika

Tudi potem, ko se zavemo vseh težav in jih poskušamo po svoji najboljši moči razrešiti, se dogaja, da delamo napake. Žal so vsakdanji spremljevalec našega dela. Najpogostejše so: ne poslušamo bolnikov; izgovarjamo se na pomanjkanje časa, ne ukvarjamo se z bolnikom; pretirano se bojimo, da bi zgrešili organsko bolezen; bojimo se spraševati osebna vprašanja, zlasti o spolnosti in samomoru; prehitro dajemo dobronamerne nasvete, celo kadar zanje ni prave podlage (13).

Vprašanje je, s katerimi izmed naštetih napak bi lahko zdravnika označili kot slabega ali dobrega. Ocenjevalci zdravnikov potrebujejo preprosta merila, na osnovi katerih lahko ločijo dobre od slabih. Katere so tiste nujno potrebne značilnosti, ki bi jih moral imeti vsak zdravnik, ki se pri vsakdanjem delu srečuje z bolniki, ki imajo duševne težave?

### Zanimanje za bolnika

Dobremu zdravniku je mar za bolnika, ne glede na to, kakšno bolezen ima. Tak odnos je najtežje doseči ravno do bolnikov z duševnimi motnjami, saj se je nekaterim zdravnikom še posebej težko ukvarjati z njimi.

### Izogibanje dajanja vrednostnih sodb o bolniku

Pomembno je dojeti, da se ljudje močno razlikujejo med seboj, in da je treba vse, ki se ne podrejajo ustaljenim normam (in v tej skupini bolnikov jih je posebej veliko), jemati enako resno.

### **Samokritičnost**

Dober zdravnik je sposoben kritične ocene lastnega dela, tako da je tudi pripravljen sprejeti neuspeh v lastnem delu do te mere, da na podlagi te izkušnje spremeni svoje navade.

### **Skromnost**

Ena ključnih zdravniških lastnosti naj bi bila pripravljenost na omejene uspehe, kar v skrajnem primeru pomeni tudi pripravljenost prenašati bolnika, ki mu ni mogoče pomagati, čeprav vedno znova hodi k njemu po pomoč.

## **Sklep**

Težavni bolniki so tisti, ki v nas prebudijo konflikte, povezane z zdravniško vlogo. Preden za težave okrivimo bolnika, je pametno najprej pogledati vase in razmisliti, kaj sami lahko naredimo za izboljšanje stanja

### **Literatura:**

1. Borkan M, Reis S, Steinmetz D, Medalie JH, eds. Patients and doctors. Life changing stories from primary care. Wisconsin: University of Wisconsin press, 1999.
2. Neal RD, Heywood PL, Morley S, Clayden AD, Dowell AC. Frequency of patients' consulting in general practice and workload generated by frequent attenders: comparisons between practices. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 895–8.
3. Jyvasjarvi S, Keinanen-Kiukaanniemi S, Vaisanen E, Larivaara P, Kivela SL. Institution Frequent attenders in a Finnish health centre: morbidity and reasons for encounter. *Scand J Prim Health Care* 16:141–8, 1998.
4. Schrire S. Frequent attenders – a review. *Fam Pract*, 1986; 3, 272–5.
5. Svab I, Zaletel-Kragelj L. Frequent attenders in general practice: a study from Slovenia. *Scand J Prim Health Care* 1993; 11: 38–43.
6. Heywood PL, Cameron BG, Cameron IH, Dowell AC. An assessment of the attributes of frequent attenders to general practice. *Fam Pract*, 1998; 15: 198–204.
7. Portegijs PJ, van der Horst FG, Proot IM, Kraan HF, Gunther NC, Knottnerus JA. Somatization in frequent attenders of general practice. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 1996; 31: 29–37.
8. Neal R, Dowell A, Heywood P, Morley S. Frequent attenders: Who needs treatment? *Br J Gen Pract* 1996; 46: 131–2.
9. Tate P. The doctor's communication handbook. Oxford: Radcliffe, 1994.
10. Balint M. The doctor, his patient and the illness. London: Churchill Livingstone, 1986.
11. Loban Plozza B, Poldinger W, Kroger F. Psihosomatski bolnik v splošni ambulanti in njegovo zdravljenje. Ljubljana: DZS 1993.
12. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation. Oxford general practice series 6. Oxford: Oxford university press, 1991.
13. Horder J, Byrne P, Freeling P, Harris C, Irvine D, Marinker M, eds. The future general practitioner. London: Royal College of General Practitioners, 1989.

# PREPREČEVANJE KRONIČNIH NENALEZLJIVIH BOLEZNI

Mateja Bulc

## Pomen

Kadar zdravnik postavi diagnozo kronična bolezen (KB), je njegovo razumevanje dokaj različno od bolnikovega. Bolniki namreč mislijo, da je večino bolezni moč pozdraviti, zato zelo težko sprejmejo dejstvo, da bo z njo treba živeti vse življenje.

Vloga zdravnika družinske medicine je bolniku pomagati razumeti, sprejeti in obvladovati kronično bolezen.

Najpomembnejše in najpogostnejše kronične nenalezljive bolezni so:

- bolezni srca in žilja,
- maligne bolezni,
- sladkorna bolezen (tipa 2),
- kronične pljučne bolezni.

Preprečevanja nastanka kroničnih nenalezljivih boleznih imenujemo primarna preventiva. Če jih dovolj zgodaj odkrijemo, pravočasno in učinkovito zdravimo, zlasti kadar preprečujemo, da bi se sploh razvile, izboljšamo ne le posameznikovo zdravje, ampak dolgoročno tudi zdravstveno stanje prebivalstva.

## Pomen kroničnih nenalezljivih bolezni

- Večina jih **ni** nalezljiva.
- Danes so **najpogostnejši** vzrok zbolevanja, umiranja in invalidnosti.
- Sestavljajo **večino zdravnikovega dela** in so njegova velika obremenitev.
- Pri njihovem razvoju delujejo enaki **dejavniki tveganja**.
- So ugotovljive.
- Znamo jih zdraviti.
- So **preprečljive**.

## Epidemiologija

Kronične nenalezljive bolezni (KNB) so najpogostnejši vzrok zbolevanja, umiranja in invalidnosti v razvitem svetu. Zapolnjujejo večino zdravnikovega dela in njegovo večinsko obremenitev, obenem pa so tudi velik izziv za dokaz dobrega dela ambulante splošne medicine.

Slika 1. Porazdelitev vzrokov smrti po poglavjih MKB, Slovenija, 1996 (Berger D, 1999)

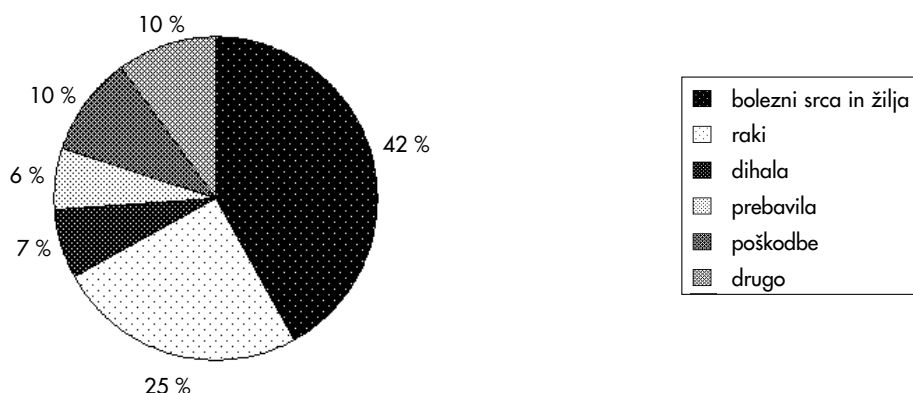


Tabela 1. **Standardizirana umrljivost pred 65. letom (na 100.000 prebivalcev) v Ljubljani, Sloveniji in Evropski uniji**

Vzrok smrti	Ljubljana	Slovenija	Evropska unija
vsi vzroki	310,40	342,18	261,71
nalezljive bolezni	5,59	3,26	2,49
neoplazme	113,20	104,51	88,05
pljučni rak	32,07	28,79	19,22
rak na dojki	26,43	18,18	19,89
rak na materničnem vratu	4,57	3,53	2,42
bolezni srca in ožilja	76,69	82,77	63,85
koronarna bolezen	31,97	32,10	33,56
možganska kap	19,04	22,79	11,92
kronične pljučne bolezni	8,62	11,30	10,14
bronhitis, emfizem, astma	5,18	6,44	3,37
bolezni prebavil	18,17	32,86	16,29
bolezni jeter	14,96	27,21	11,19

Vir: Inštitut za varovanje zdravja R Slovenije

## Nastanek

Danes vemo, da imajo KNB veliko različnih vzrokov, a številne skupne lastnosti. V razvoju kronične bolezni sodelujejo enaki dejavniki. Ker njihova prisotnost nakazuje tveganje za razvoj določene bolezni, so jih poimenovali *dejavniki tveganja*. Gre za dejavnike in stanja, ki delujejo počasi, leta in leta, neopazno (tabela 2).

Tabela 2. **Dejavniki tveganja za kronične nenalezljive bolezni**

vedenski (življenjski slog)	fiziološki (biokemični, presnovni)	osebni
prehrana, bogata z nasičenimi maščobami, holesterolom in kalorijami	art. hipertenzija	moški spol
kajenje	dislipidemija (cel. hil, LDL, Tg in/ali HDL)	starost > 45 let (moški) po menopavzi (ženske)
čezmerno uživanje alkohola	hiperglikemija oz. sladkorna bolezen tip 2	družinska obremenjenost z zgodnjo koronarno boleznijo ali drugo obliko manifestne ateroskleroze pri moških < 55 let, ženske < 65 let
telesna neaktivnost		osebna anamneza koronarne bolezni, druge oblike manifestne ateroskleroze
stres		

Del dejavnikov tveganja je prirojen, zato nanje ne moremo vplivati, moramo pa jih upoštevati pri določanju posameznikove ogroženosti; drugi so povezani z načinom življenja, navadami in razvadami, torej so odpravljeni ali vsaj zazdravljivi.

Najpomembnejši dejavniki tveganja za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni so: starost, spol, kajenje, nepravilna prehrana, čezmerno pitje alkohola, čezmerna telesna teža, telesna nedejavnost, zvišan krvni tlak, zvišan krvni sladkor in zvišan holesterol v serumu.

## Prirojeni dejavniki tveganja

### Starost

Pri moških je starost dejavnik tveganja po 55. letu, pri ženskah pa ob nastopu menopavze.

### Spol

Moški spol je samostojen dejavnik tveganja, ženske pa postanejo ogrožene za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni šele v menopavzi.

### Dednost

Znan dejavnik tveganja je tudi družinska obremenjenost, predvsem z boleznijo srca in žilja, rakom na dojki in jajčniku. Mladi bolniki s koronarno boleznijo imajo navadno tudi v družini sorodnike, ki so imeli koronarno bolezen ali so še sorazmerno mladi umrli nenadne smrti. Nekateri imajo dokazljivo in ugotovljivo dedno motnjo; najbolj znane so družinske bolezni presnove maščob.

## Pridobljeni, odpravljeni dejavniki tveganja

### Kajenje

Pojavljanje koronarne bolezni pri kadilcih je vsaj dvakrat večje kot pri nekadilcih. Tveganje narašča s številom dnevno pokajenih cigaret.

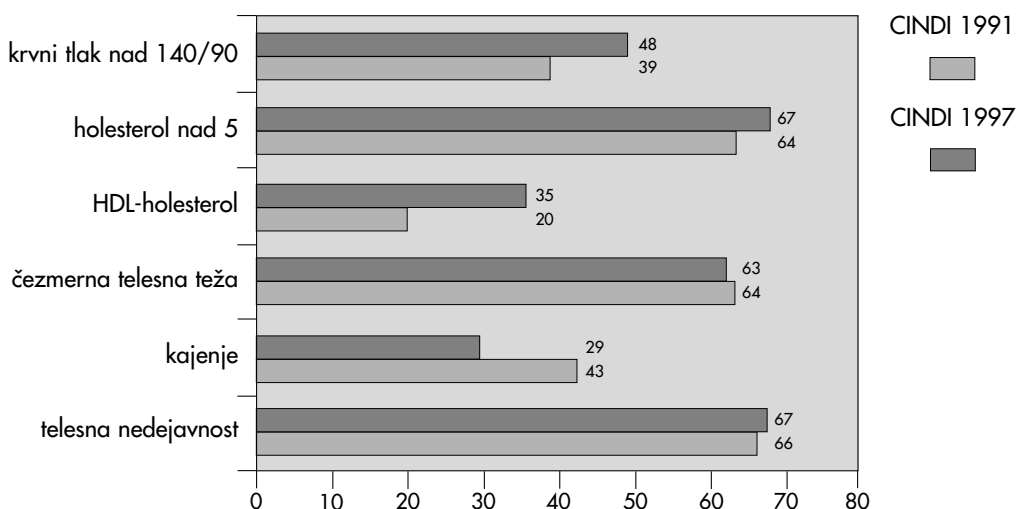
### Telesna nedejavnost

Pri ljudeh, ki so telesno dejavni, je dokazano manjše zbolevanje zaradi koronarne bolezni. Tveganje za možgansko kap ni v tako tesni zvezi s telesno dejavnostjo.

### Čezmerna telesna teža

Čezmerna telesna teža je dokazano povezana z zvišanim krvnim tlakom, koronarno boleznijo in možgansko kapjo.

Slika 2. Prevalenca dejavnikov tveganja pri odraslih Ljubljancanih v letu 1991 in 1997



### Zvišana koncentracija sladkorja v krvi

Glavni vzroki prezgodnje smrti bolnikov s sladkorno boleznijo tipa I in II so: koronarna bolezen, možganska žilna bolezen ali periferna arterijska žilna bolezen.



### *Povečana koncentracija holesterola v krvi*

Četrti dejavnik tveganja, ki je tesno povezan z nastajanjem ateromov, je zvišana raven holesterola v serumu. Glavni napovedni dejavnik zanj je nepravilna prehrana – preveč nasičenih maščob in preveč kalorij.

### *Zvišan krvni tlak*

Študije so dokazale jasno zvezo med višino krvnega tlaka in tveganjem za razvoj koronarne bolezni in možganske žilne bolezni.

Ob prisotnosti več dejavnikov tveganja se relativna tveganja seštevajo!

## **Preprečevanje kroničnih bolezni**

Če hočemo preprečiti nastanek bolezni, je treba odstranjevati vzroke zanje, torej usmeriti vse ukrepe v odkrivanje dejavnikov tveganja.

### Presejanje

mora biti dovolj specifično, da bo zagotovilo oziroma omogočilo:

- obvladljivost števila lažno pozitivnih rezultatov,
- zadostno občutljivost, da bomo odkrili večino zbolelih,
- odkritje bolezni, ki jo iščemo,
- populacijsko presejanje (PAP),
- oportunistično presejanje (holesterol, krvni tlak ...).

### Prepoznavanje, ovrednotenje:

- družinska in osebna anamneza,
- simptomi in znaki bolezni,
- napovedni dejavniki, dejavniki tveganja,
- klinični pregled,
- meritve, laboratorij, preiskave,
- ovrednotenje resnosti bolezni.

### Identifikacija, intervencija

Identifikacija dejavnikov tveganja in intervencija

Cilj: odpraviti dejavnik tveganja ali vsaj zmanjšati njegov vpliv. To je **primarna preventiva**.

## **Zdravljenje kroničnih nenalezljivih bolezni**

Akutno ali trajno zdravljenje kroničnih nenalezljivih bolezni imenujemo **sekundarna preventiva**.

Za uspešno zdravljenje in vodenje bolezni, ki traja vse življenje, je potrebno dolgo trajno sodelovanje med bolnikom in zdravnikom. Nadziranje bolezni zahteva poduk bolnika, da bo lahko sam obvladoval svojo bolezen, kadar je v remisiji, in kako ukrepati pri poslabšanju stanja. Obenem pa vodenje bolezni pomeni tudi poznavanje bolnikovega načina življenja, tako da lahko zdravljenje in vodenje bolezni potekata čim bolj uspešno.

## **Stopenjsko zdravljenje kronične bolezni**

Ker ista bolezen pri različnih bolnikih in tudi istem bolniku v različnih obdobjih lahko poteka zelo različno, je priporočljiva stopenjska obravnava.

Namen takega načina je obvladovanje bolezni s kar najmanj zdravili.

- Prvi pogoj za zdravljenje je bolnikovo poznavanje bolezni in njegov pristanek na zdravljenje.
- Nujna je izbira pravilne medikacije.
- Natančen nadzor bolnikovega stanja in njegovega odgovora na zdravljenje je ključen za uspeh.

### **Dolgoročno obvladovanje bolezni**

#### **Cilji:**

- minimalno pojavljanje bolezenskih simptomov,
- čim manj recidivov in akutnih poslabšanj,
- čim manj nujnih napotitev k specialistu in v bolnišnico,
- čim manj nujne medicinske pomoči,
- čim manj omejitev telesnih dejavnosti, tudi telesne vadbe,
- čim popolnejša funkcija obolelega organa,
- čim manj neželenih učinkov zdravil,
- čim nižja cena zdravljenja.

### **Zdravstvena vzgoja bolnikov**

Sodelovanje med bolnikom in zdravnikom je za uspešno dolgoročno obvladovanje kronične bolezni izredno pomembno. Le podučen bolnik bo znal pravilno jemati zdravila, se izogibati sprožilnim dejavnikom, nadzirati svoje zdravstveno stanje, dovolj zgodaj prepoznati prve znake poslabšanja bolezni in pravočasno poiskati medicinsko pomoč, če bo treba.

Naš cilj je načrtovanje takšnega zdravljenja, ki bo sprejemljivo za oba – bolnika in zdravnika.

Dosegli ga bomo z natančnim seznanjanjem bolnika na jasen način, z besedami, ki jih bo razumel, obenem pa moramo znati odgovoriti na vsa njegova vprašanja, odstirati njegove strahove in prepoznati njegove stiske.

*Uporabljamo različne vzgojne metode*, k sodelovanju pri zdravstveni vzgoji pritegnemo vse sodelavce v skupini (medicinske sestre!).

Pogovori, predstavitve, delo v skupini, igranje vlog so le nekateri od možnih načinov učenja bolnikov.

### **Vodenje in nadzor**

Zagotoviti si moramo bolnikovo sodelovalnost, saj gre za zelo dolgotrajen proces in dolgotrajno »partnerstvo«.

Vzroki za slabo bolnikovo sodelovanje:

- neprimeren režim odmerjanja zdravila,
- stranski učinki,
- strah pred stranskimi učinki, navajenostjo,
- stroški zdravljenja,
- zdravilo mu ne ugaja,
- slabo razumevanje načrta zdravljenja,
- bolnik ni sposoben za samozdravljenje,
- nezadovoljstvo z zdravstvenimi delavci,
- strahovi in bojazni,
- nepravilna pričakovanja,
- slab nadzor, zdravstvena vzgoja, vodenje bolnika,
- kulturni in družinski vzroki.

Naštetim vzrokom se izognemo, če damo bolniku priložnost, da razkrije svoje skrbi, zadržke, pričakovanja in strahove ter se o njih pogovori.

## Kontrole

Spremljanje bolnika je zelo pomembno, ko zdravljenje šele uvajamo in se šele uči obvladovati svojo bolezen. Pri kontrolnih pregledih ugotavljamo njegovo sodelovanje in pomisleke, kako se drži načrta zdravljenja, kako spreminja nezdrave življenjske vzorce in način življenja, ipd.

Ko pa kronično bolezen že obvladujemo, kontrole niso več tako pogoste, zadošča pregled na nekaj (1 do 3) mesecev, ko ugotavljamo, kako dosegamo zastavljene cilje. Na kontrolnem pregledu preverimo stanje kronične bolezni, pregledamo bolnika, iščemo morebitne bolezenske znake in opravimo potrebne preiskave. Vsebina in obseg sta odvisna od bolnikovega zdravstvenega stanja in zmožnosti našega sistema zdravstvenega varstva.

Kontrolni pregledi zaradi kronične bolezni so lahko pri zdravniku splošne medicine, specialistu, v bolnišnici ali pri vseh, lahko pa jo zdravimo tudi doma, s pomočjo patronažnih sester.

## Nujna stanja in napotitve

Bolnika s kronično boleznijo napotimo k specialistu ali v bolnišnico, kadar:

- poslabšanje zdravstvenega stanja ogroža njegovo življenje (nujna medicinska pomoč),
- sam ni sposoben urejati svoje bolezni,
- znaki bolezni niso značilni,
- potrebujemo diferencialno diagnostično pomoč,
- preostale bolezni in stanja slabšajo kronično bolezen,
- so potrebni dodatni diagnostični postopki,
- odgovor na zdravljenje ni zadovoljiv.

## Preventiva

Na področju preprečevanja odpira preventiva veliko polje za uspešno skupinsko delo v osnovnem zdravstvu.

Največji izziv sta bolnikovo in zdravnikovo sodelovanje.

Dileme, ki jih prinaša preprečevanje bolezni, so znane. Pogosto si zastavljamo vprašanje, koga zdraviti, saj preventivni pregledi odkrijejo množico ljudi, ki so zaradi prisotnosti dejavnikov tveganja ogroženi za razvoj kakšne kronične bolezni. (Primer: CINDI 1990/91 in 1996/97). Po drugi strani pa včasih nenormalnim rezultatom ne sledimo; bolezen ugotovimo, vendar je dolgoročno ne zdravimo uspešno (znan je primer četrin pri arterijski hipertenziji!).

Toda približno 80 % prebivalcev obišče izbranega zdravnika vsaj enkrat v treh letih in prav ti obiski so izredna priložnost za promocijo zdravja in preprečevanje bolezni.

Takšna naravnost pomembno izboljša zdravstveno varstvo tako pri presejanju kot pri vodenju kroničnih bolezni.

### Priporočena literatura:

1. Accetto R, Bulc M. Nevarnosti za srce in ožilje. Zloženka. Slovensko zdravniško društvo, Krka, 1999.
2. Bulc M. Preprečevanje bolezni srca in ožilja v ambulanti splošne/družinske medicine. Krkini rehabilitacijski dnevi. Otočec: Krka, 1998: 35–42.
3. Dobovišek J, Accetto. R. Arterijska hipertenzija. Sekcija za arterijsko hipertenzijo SZD. Lek. Ljubljana, 1998.

4. Goldman L, E Braunwald. Primary cardiology. WB Saunders Company; 1998: 1–84, 233–370.
5. Horvat M. Miokardni infarkt. Interna medicina. Ljubljana: EWO, DZS, 1998: 159–72.
6. Keber D, Keber I. Kronična stabilna angina pectoris. Zdravljenje notranjih bolezni. Algoritmi odločanja in ukrepanja. MR; 1992: 1; 41–49.
7. Keber D, Pust B. Bolečina v prsnem košu. Razpoznavanje notranjih bolezni. MR 1994: 2; 1–12.
8. Kenda MF, Kranjec I, Rakovec P. Ishemična bolezen srca. Interna medicina. Ljubljana: EWO, DZS, 1998: 155–9.
9. Kranjec I. Nestabilna angina pectoris. Zdravljenje notranjih bolezni. Algoritmi odločanja in ukrepanja. MR 1992: 1; 49–53.
10. Prevenirja v osnovnem zdravstvu. CINDI Slovenija, Zdravstveni dom Ljubljana, 1996: (7–15, 61–69, 155–159).
12. Sokolow M, McIlroy. Clinical Cardiology. Los Altos: Lange Medical Publications, 1977: 132–208.
13. Turk J. Nenadna srčna smrt. Interna medicina. Ljubljana: EWO, DZS, 1998: 172–86.
14. Vodopivec Jamšek V. Vodenje bolnika po akutnem srčnem infarktu v ambulanti družinskega zdravnika. Vodenje kroničnega bolnika v družinski medicini. Zbornik 16. učnih delavnic za zdravnike družinske medicine 1999. Zbirka PIP. Ljubljana: Sekcija za družinsko/splošno medicino SZD, 1999: 49–61.
15. World Health Organisation – International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. J Hypertens 1999; 17: 151–183.
16. Wood D in sod. Prevenirja koronarne bolezni v klinični praksi. Povzetek priporočil Druge delovne skupine evropskih in drugih združenj za koronarno preventivo. Združenje kardiologov; Krka, 1999.

# PREVENTIVA V PREDŠOLSKEM OBDOBJU

Vesna Plevnik-Vodušek

## Uvod

Skrb za zdravje otrok je prednostna naloga vsake sodobne družbe. Slovenijo k temu zavezujejo pravni državni dokumenti ter sprejete mednarodne konvencije in resolucije.

Nacionalne preventivne programe določa država. S tem v zvezi so v Uradnem listu RS št. 19/98 izšla navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, s katerimi je Ministrstvo za zdravje določilo obseg preventivnega varstva, predpisano organizacijo in nadzor nad preskrbljenostjo in dostopnostjo zdravstvenega varstva ter določilo financiranje teh storitev (1).

Izvajalci preventivnih programov so zdravstveni delavci v posvetovalnicah, javnih zdravstvenih zavodih in zasebnih ordinacijah za otroke.

Dispanzerska metoda dela omogoča aktivno zdravstveno nadziranje populacije in odkrivanje zdravstvenih odstopanj na začetni stopnji. Slovenski pediatri so jo začeli med prvimi v svetu, zato imamo danes eno najnižjih stopenj umrljivosti dojenčkov v Evropi. Ta je v zadnjih treh desetletjih strmo padala, in sicer pri novorojenčkih od leta 1960 do 1997 s 33,10 na 10,03 P, postnatalna umrljivost dojenčkov, ki je še prav posebej odvisna od dela pediatrov na primarni ravni, pa s 9,90 na 0,71 P (2).

Sistematični preventivni pregledi predšolskih otrok se ravna po vodilu primarne preventive, da je bolezen bolje preprečiti kot zdraviti. Poleg cepljenja so prav sistematični pregledi največ prispevali k naglemu zmanjševanju zbolevnosti in smrtnosti otrok zaradi hudih nalezljivih bolezni, slabe prehrane in drugega, kar škodi otrokovemu telesu in njegovemu duševnemu razvoju doma in v vrtcu. Ob sistematičnih preventivnih pregledih izvajamo tudi sekundarno preventivo: zgodaj odkrivamo abnormnosti v razvoju ali začetne oblike bolezni, ki jih nato ustrezno zdravimo. S statistično obdelavo dobljenih rezultatov lahko opredelimo probleme celotne generacije, kar nam pomaga pri nadaljnjem načrtovanju zdravstvene preventive.

## Organizacija preventivnega zdravstvenega varstva predšolskih otrok na primarni ravni

Navodilo ministra za zdravje za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni natančno opredeljuje tudi organizacijo dela na tem področju.

Za zagotavljanje pravic in ohranjanje kakovostnega zdravstvenega varstva otrok od rojstva do vstopa v šolo morajo biti izpolnjeni organizacijski, kadrovski in tehnični pogoji. Mrežo izvajalcev otroškega varstva zagotavljajo občine in mesta v skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti. Standarde in normative opredeljujejo priloge Plana zdravstvenega varstva R Slovenije do leta 2000 v sklopu nacionalnega programa v navedbi Zdravje za vse do leta 2000. Cilj in normativ za delovno skupino predšolskega zdravnika je 800 otrok, največ 1000. Strokovno skupino sestavljajo zdravnik, višja medicinska sestra in vsaj polovično zasedena srednja medicinska sestra (3).

Izbrani osebni zdravnik za predšolske otroke je praviloma specialist pediater. Lahko je specialist šolske medicine, izjemoma tudi družinske medicine ali splošne medicine, s podiplomskim študijem iz zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine.

Na državni ravni skrbijo za nadzor izvajanja preventivnih programov Inštitut za varovanje zdravja, zavodi za zdravstveno varstvo in območni koordinatorji, ki jih imenuje minister za zdravje. Vzpostavitev piramide odgovornih regijskih zdravnikov in

nacionalnega strokovnega organizacijskega telesa pri Inštitutu za varovanje zdravja R Slovenije pomeni velik napredek v enotnem izvajanju preventivne dejavnosti po vsej državi (4) (slika 1).

Slika 1. **Koledar preventivnih storitev, zagotovljenih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja za otroke od 1. do 6. leta starosti v Sloveniji**

Starost	Sistematični pregled	Cepljenje	Zdravstvena vzgoja	Drugi pregledi
1. mesec	anamneza (osebna/družinska/socialna) TT/TV/OG/OPK/VM, DRPT, razvojni nevrološki status, razvojne nepravilnosti, preostali status	BCG, če ni bilo opravljeno v porodnišnici	individualna o povijanju, negi, prehrani, spanju, avitaminozah, o psihičnem in motoričnem razvoju	UZ kolkov, če ni bil opravljen v porodnišnici
2 meseca	TT/TD		individualna, vzdrževanje dojenja	kontrola sojenja
3 mesece	dopolnilna anamneza TT/TV/OG/OPK/VM, DRPT, razvojni nevrološki status, razvojne nepravilnosti, preostali status	1. odmerek Di-Te-Per-Polio, davica, tetanus, oslovski kašelj, Haemophilus influenze	individualna o negi prehrani, spanju, avitaminozah, o psihičnem in motoričnem razvoju	UZ kolkov
6 mesecev	dopolnilna anamneza TT/TV/OG/OPK/VM, DRPT, razvojni nevrološki status, razvojne nepravilnosti, seča, urinokultura, hemogram, preostali status	2. odmerek Di-Te-Per-Polio	individualna o negi prehrani, spanju, avitaminozah, o psihičnem in motoričnem razvoju	
9 mesec	dopolnilna anamneza TT/TV/OG/OPK/VM, DRPT, razvojni, nevrološki status, preostali status	3. odmerek Di-Te-Per-Polio	individualna o negi prehrani, spanju, avitaminozah, o psihičnem in motoričnem razvoju	
12 mesecev	dopolnilna anamneza TT/TV/OG/OPK/VM, DRPT, razvojni nevrološki status, razvojne nepravilnosti; preostali status		individualna o negi prehrani, spanju, avitaminozah, o psihičnem in motoričnem razvoju	
18 mesecev	dopolnilna anamneza TT/TV/OG/OPK/VM, DRPT, razvojni nevrološki status, preostali status	bazično OMR, ošpice, mumps, rdečke		
2 leti		revakcinacija Di-Te-Per-Polio		
3 leta	anamneza (osebna/družinska/socialna) TT/TV/OG/OPK, DRPT, KT, SF, usmeritveni nevrološki status, ostrina vida, Adamsov test, seč, hemogram, blato na parazite, preostali status			psihološko testiranje SPP-3
5 let	anamneza (osebna/družinska/socialna) TT/TV/OG/OPK, DRPT, KT, SF, usmeritveni nevrološki status, ostrina vida, ADG*, Adamsov test, seč, hemogram, holesterol, preostali status			logopedsko testiranje
pred vstopom v vrtec				namenski

**Legenda:** TT – telesna teža, TV – telesna višina, TD – telesna dolžina, ITM – indeks telesne mere, OG – obseg glave, OPK – obseg prsnega koša, VM – velika mečava, indeks SZ – indeks spolne zrelosti po Tannerju, KT – kvni tlak, PP – periferni pulzi, SF – srčna frekvenca, DRPT – denverski razvojni presajalni test, ADG – avdiogram, RKS – rdeča krvna slika, Adamsov test predklona, ostrina vida po Snellenu, barvni čut po Ischiari, ADG\* in globinski vid,\* če še ni bil opravljen ali je poklicna indikacija, seč (specifična teža, sediment, beljakovine).



Pri pregledu sodelujejo zdravnik, medicinska sestra za zdravstveno vzgojo in prehrano, patronažna sestra, babica, psiholog, socialni delavec, logoped, fizioterapevt in zobozdravnik za otroke. Kadar pri otroku ugotovimo bolezenske znake, ki jih sami ne znamo odpraviti, ga napotimo k strokovnjakom z drugih področij – najpogosteje k otorinolaringologu, okulistu, nevropediatru, ortopedu.

Sistematični pregledi vedno potekajo v navzočnosti staršev ali skrbnikov. Dokumentacijo vodimo na predpisanih obrazcih (sliki 2 in 3).

Slika 3. Sistematični pregledi malega in predšolskega otroka

Naziv ustanove

**Sistematični pregledi malega in predšolskega otroka**

Ime: ..... Spot: .....

Datum rojstva: ..... Št. osn. zdrav. kartona: .....

		v 2. letu	v 3. letu	v 4. letu	v 5. letu	v 6. letu	v 7. letu
Datum pregleda							
1. Starost otroka							
2. Teža v kg							
3. Višina v cm							
4. Obod glave v cm							
5. Obod prsnega koša v cm							
6. Čistoča							
7. Koža							
8. Prehranjenost	distrofija						
	obesitas						
9. Deformacija okostja							
10. Bolezni oči							
11. Vid							
12. Bolezni ušes							
13. Sluh							
14. Tonzile							
15. Vratne bezgavke							
17. Število zob	zdravi (Z)	Z	K	Z	K	Z	K
	ekstrahirani	plombirani (P)	E	P	E	P	E
18. Srce							
19. Dihala							
20. Bolezni udov in hrbtenice							
21. Kongenitalne anomalije	okostje						
	srce						
	kile						
	spolovilo						
22. Psihični razvoj							
23. Govorne napake							
24. Alergijske bolezni	kože						
	dihal						
25. Druge patološke ugotovitve							
26. Hb							
27. Urin							
28. Blato na parazite							
29. Analni bris							
30. Ali so potrebne nadaljnje preiskave oziroma zdravljenje							
31. Pripombe							

Pripomba: Težo, višino, obod glave, obod prsnega koša, število zob in Hb zaznamujemo s številkami. Oznaka pregledov: normalno stanje z – (minusom), patološke spremembe s + (plusom), neopravljen pregled z 0 (ničilo). Točka 17: glej Navodilo za izvajanje sistematičnih pregledov predšolskih otrok, druga izdaja 1975, str. 45–47. Točka 29: ne z – (minusom), da s + (plusom), neznan z 0 (ničilo). Patološke spremembe vpisati v otroški zdravstveni karton.

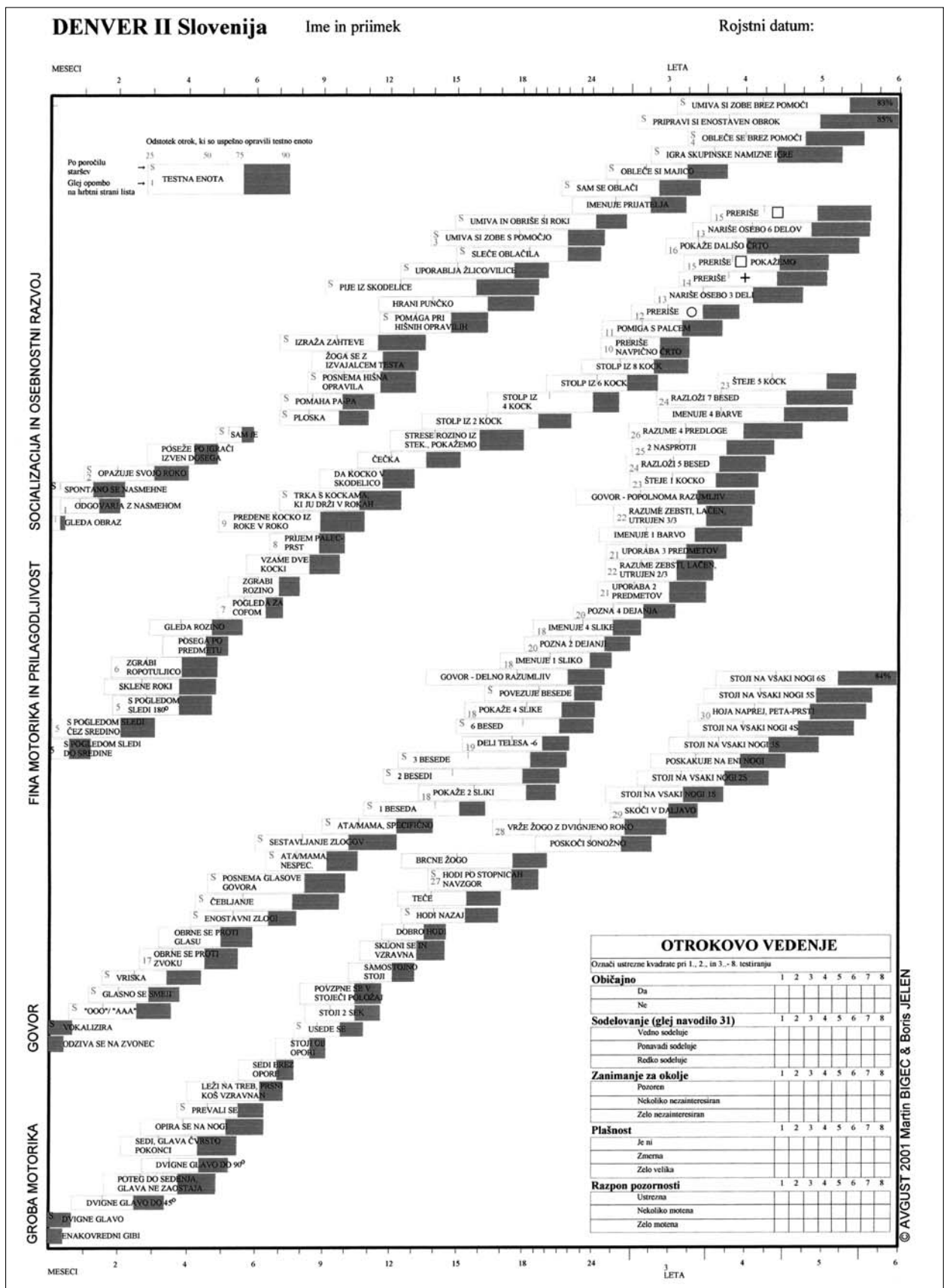
Za spremljanje razvoja zdravih in navidezno zdravih otrok od rojstva do 6. leta starosti (ocena fine in grobe motorike, socializacije, vida, sluha, govora) uporabljamo denverski razvojni presejalni test (DRPT) (slika 4), zanesljiv in preprost pripomoček za:

- zgodnje odkrivanje navidezno zdravih otrok z razvojnimi motnjami,
- potrditev suma na zaostanek v razvoju otroka z objektivno metodo,
- spremljanje razvoja skupine otrok s tveganjem.

V kratkem bo v Sloveniji na voljo nov denverski razvojni presejalni test (Denver II), standardiziran za slovensko otroško populacijo (5).



Slika 4. Denverški razvojni presejalni test (DRPT)



Sistematični pregled obsega pregled zdravstvene dokumentacije otroka, anamnezo, klinični pregled z antropometričnimi meritvami in morebitnimi laboratorijskimi preiskavami ter zdravstveno vzgojo. Sledi mu zaključek pregleda z nadaljnjimi ukrepi in na koncu po potrebi še cepljenje (slika 5.).

# Razvoj motorike od rojstva

## Novorojenček 1



Ko leži na hrbtu, ima glavo na sredini ali rahlo nagnjeno v stran. Roke so nežno razprte po podlagi in rahlo skršene v komolcih, dlani so polodprte, palci so ob straneh. Noge so skršene v kolkih in kolenih. Leže na hrbtu hkrati krči in izteguje roke in noge. Če ga postavimo na podlago, se s celimi stopali opre nanjo, ko ga nagnemo naprej, naredi korak in po potrebi lahko prestopi tudi manjšo oviro. V trebušnem položaju večina lahko rahlo dvigne glavo in jo obrne na stran. Ko ga primemo za zapestja in potegnemo k sebi, glava rahlo zaostaja, za trenutek pa je lahko celo v ravnini s telesom.

## 2 meseca



Glavo vse bolj dviga, dvignjeno lahko drži celo nekaj sekund. Pri tem se naslanja na roke, ki so stisnjene ob telo in skršene v komolcih. Dlani so odprte ali polodprte, palci so zunaj. Noge so nežno iztegnjene. Če ga potegnemo v sedeči položaj, je glava lahko za trenutek v ravnini telesa, največkrat pa rahlo zaostaja. Hrbet je zaobljen. Otrok se začne smehljati in oglašati z "a" ali "e".

## 3 meseci



Spremlja gibanje po horizontali. Izgovarja "ge", "gu" ali "ege". Popolnoma se naslanja na komolce, glavo in ramena pa začne za 45 stopinj dvigati od podlage. Radovedno ogleduje svoje roke. Približuje eno drugi in jih nosi v usta. Tolče po igračkah, ki visijo nad njim. Ko ga posedemo, je glava v ravnini telesa.

## 4 meseci

Leže na trebuhu izteguje roko proti zanimivemu predmetu in se pri tem naslanja na komolec druge roke. Ko ga posedemo, glavo drži pokončno, hrbet je vse bolj raven. Pozna razliko med materinim nežnim in stroгим glasom, nanjo reagira s spremenjenim izrazom obraza. Na oster glas se lahko odzove z jokom. Glasno se smeje. Ko ga postavimo na noge, za trenutek drži svojo težo, nato pa klecne.



## 5 mesecev



Leže na trebuhu se naslanja na spodnji del trebuha in medenico, izteguje obe roki, sega z levo roko na desno stran in obratno. Začne visoko dvigovati roko in ob koncu petega meseca se začne obračati s trebuha na hrbet.

## 6 mesecev

Obrača se s hrbta na trebuh. Ko ga posedemo, se z rahlo upognjeno glavo in ukrivljenim hrbtom krajši čas obdrži v tem položaju, pri tem se varuje z naprej iztegnjenimi rokami. Postavlja se v položaj "vrtnega palčka" - leže na trebuhu visoko dviga eno roko in postrani sede, pri tem se naslanja na eno roko in nogo, pomaga pa si še s kolenom in meči druge noge. Govori "ma-me", "ge-ge" in podobno. Ko ga primemo pod pazduho in postavimo na noge, poskakuje na mestu, krči in steguje nogice. Predmete prijema s prstki, palec je odkrjnen. Uporablja obe roki hkrati, pa tudi vsako posebej. Premešča igračko iz roke v roko. Noge nosi v usta.



## 7 mesecev



Noče biti sam, postaja sramežljiv, lahko se boji neznanih oseb. Sedi z vzravnanim hrbtom, pred padcem se brani z vstran iztegnjenimi rokami. Razvija se prijem s prsti in palcem, nekateri osemmesečniki pa lahko že prijemajo samo s palcem in kazalcem (pincetni prijem).

## 9 mesecev



Oponaša svoje najbližje, na primer pozdravlja s "pa-pa". Ponavlja zloge. Obrambne reakcije pri sedenju so dobro razvite. Dvigne se v klečeči položaj in iz tega položaja stopi na celo stopalo. Ob opori se dvigne na noge in začne hoditi. Spretno prijema predmete s palcem in kazalcem in začne vstavljati npr. kocko v lonček.

## 11-12 mesecev

Sam drži in grize piškot, drži z obema rokama. Če vendar jo hitro pozabi. Z položaja se dvigne brez hoditi. Njegovo igranje.

# Porike va do 2. leta



Igra se skrivalnice - če mu ljuba oseba položi robc na obraz, ga z glasnim smehom povleče stran. Z rokami, skrčenimi v komolcih, pleza po podlagi, noge pri tem še ne sodelujejo. Če mu dvignemo medenico, lahko hodi po rokah. Dviga telo in se na vseh štirih ziblje naprej in nazaj. Iz položaja vrtnega palčka se sam usede.

## 3 mesecev



## cev



Pred padcem se začne braniti tudi tako, da roke izteguje nazaj. Ko sedi, ima dobro ravnotežje in proste roke za igro. Začne se plaziti. Pravilno plazenje pomeni, da enakomerno obremenjuje roke z odprtimi dlanimi in noge, telo se enakomerno giblje in ga ne zanaša.

## 13-14 mesecev



**13. mesecev:** S kazalcem kaže, kaj hoče in natančno prijema s pincetnim prijemom. V sedečem položaju se lahko nagne in prime bližnji predmet, na da bi preveč trpelo njegovo ravnotežje.

**14. mesecev:** Lahko se skloni, prime igračko in jo nosi po sobi.

## 15-18 mesecev

**15. mesecev:** Po stopnicah se vzpenja po rokah in kolenih, sestopa pa z drsenjem. Gradi stolp iz dveh kock. Govori štiri do pet besed.

**16. mesecev:** Govori šest do sedem besed. Poskuša brcniti žogo, vendar samo stopi nanjo.

**17. mesecev:** Samostojno pije iz kozarca.

**18. mesecev:** Ob opori se pokončno vzpenja po stopnicah. Sede na stolček, ki je visok do kolena. Brca žogo. V sedečem položaju prijema bolj oddaljene predmete, pri tem se nasloni na roko. Gradi stolp iz treh kock. Sam se hrani. Riše pokončne črte.



## 10 mesecev



## mesecev



kos kruha in podobno. Sam pije iz skodelice, ki jo mu mama samo malo podpira. Razume prepoved, začne izgovarjati prve smiselne besede. Iz ležečega z tuje pomoči. Nekateri začnejo že samostojno je vse bolj organizirano.

## 19-20 mesecev



**19. mesecev:** Začne tekati, najprej zadržano, nato svobodno. Nепrestano moramo paziti nanj, ker se v hipu lahko znajde v nevarni situaciji. Odpira vrata, pleza po pohištvo, prazni predale. Govori okoli deset besed.

**20. mesecev:** Ob opori lahko stoji na eni nogi.

## Konec 2. leta

Roke visoko dviguje, zato moramo paziti, da česa ne potegne nase. Izginja hoja po polnih stopalih, začneja stopati s pte na prste. Pleše. V sedečem položaju lahko doseže tudi bolj oddaljene predmete, ne da bi se naslanjal na roke ali izgubil ravnotežje. Gradi stolp iz šestih ali sedmih kock. Riše krožne in vodoravne črte. Govori okoli trideset besed. Sestavlja stavke iz največ treh besed. ■

Pis: prof. dr. Miena Stojčević-Polovina, znanstveni svet, spec. za fizikalno medicino in rehabilitacijo, otroška fiziatrinja. Študij in doktorat je dokončala v Zagrebu, kjer je delala na Kliniki za fizikalno medicino, rehabilitacijo in revmatologijo. Kot izredni profesor je poučevala na Medicinski fakulteti v Zagrebu. Doslej je objavila več kot 160 strokovnih del. Dela v zasebni ordinaciji v Zagrebu.

## Sistematični pregled dojenčka v starosti enega meseca

Za sistematični pregled novorojenčka si zdravnik vzame največ časa. Ob tej priložnosti se namreč seznanijo z otrokovimi starši ali skrbniki in si ustvari prvi vtis o otrokovi sprejetosti v družini. Pomembna je tako za prvorojenca, ko so razmere v družini povsem nove, ali za sorojenca, če se pojavijo problemi zaradi sprejetosti pri starejših bratih ali sestrah. Še več potrpežljivosti potrebuje pri nesamozavestnih in pretirano zaskrbljenih starših, ki večkrat sami niso kos problemom, nastalim ob prihodu novorojenčka.

Pregledu dokumentacije, ki jo starši prinesejo iz porodnišnice, sledi *poglobljena anamneza*, ki jo sestavljajo:

- *socialna anamneza*:
  - družinski in stanovanjski standard,
  - stopnja izobrazbe staršev,
  - oblika družinske skupnosti;
- *družinska anamneza*:
  - dedne bolezni,
  - kronične bolezni v družini (predvsem tiste, ki jih s poostrenim nadzorom in preventivnimi ukrepi ter presejalnimi testi pri otroku lahko preprečimo ali vsaj skušamo preprečiti – prirojeni izpah kolkov, alergijske bolezni, vročinski krči, kronične ledvične bolezni, zvišan krvni tlak, zvišan holesterol),
  - zdravstvena ozaveščenost družinskih članov,
  - bolezni odvisnosti v družini;
- *anamneza o poteku materine nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja*;
- *otrokova osebna anamneza in socialni razvoj*:
  - zdravstveno stanje novorojenčka od rojstva dalje, njegov temperament, morebitne posebnosti in njegovo vključevanje v družinsko življenje.

Anamnezi sledi *klinični pregled*.

Otroka moramo vedno pregledati celostno. Zato je zlasti za dojenčke pomembno, da so med pregledom povsem slečeni. Zdravnik si najprej ustvari vtis o otrokovem splošnem zdravstvenem stanju: ali je zdrav, akutno ali kronično bolan; nato si ogleda barvo in tonus kože, obliko in trdnost lobanjskih kosti (zaradi možnosti rahitisa), velikost in obliko velike in male mečave; izključi morebitne porodne ali poporodne poškodbe vratu in zgornjih udov; nato preveri reakcijo po cepljenju proti tuberkulozi; pri pregledu prsnega koša in trebuha preveri napetost mlečnih žlez in celjenje popka (ta je, dokler se ne zaceli, lahko vstopno mesto za morebitne okužbe). Sledi avskultacija srčnih tonov in šumov, dihanja, velike mečave, vratnih žil in trebušnih zvokov. S palpacijo pulzov radialnih arterij na nadlahteh in femoralnih arterij v dimljah na grobo izključi nekatere prirojene srčne hibe. Nato je na vrsti še palpacija trebušnih organov, perifernih bezgavk in pregled spolovila, Ortolanijev preizkus abdukcije kolkov (zaradi morebitnega izpaha), ocena gibljivosti stopal (zaradi možne zatrtosti) ter pregled zadnjične odprtine zaradi možnih prirojenih anomalij. Glede na to, da je pregled ustne votline in grla neprijeten, saj med njim otrok večkrat joka, ga opravimo na koncu kliničnega pregleda.

Pogoj za kakovostno izvedbo denverskega razvojnega testa in razvojnega nevrološkega statusa je, da je otrok buden, sit in dobre volje. Pomembnejši deli tega novorojenčkovega pregleda so ocena odzivanja na zvok in svetlobo, pregled zenic, ocena mišičnega tonusa, primitivnih refleksov ter drže ležé na hrbtu in trebuhu, med pokončnim visenjem in primitivno hojo. Pomembno je tudi poslušanje in opazovanje jokajočega otroka.

Klinični pregled končamo z antropometričnimi meritvami telesne mase in višine, obsega glave in prsnega koša. Zanje veljajo normativi, ki jih je izdelal Klinični oddelek za endokrinologijo, presnovne motnje in diabetes na Pediatrični kliniki v Ljubljani.

*Zdravstvena vzgoja* obsega individualno svetovanje o prehrani matere in otroka, pri čemer je poudarjena pomembnost dojenja. Knjižico Prehrana dojenčka staršem izroči patronažna sestra ali jo dobijo pri prvem obisku v posvetovalnici. Napisali so jo zdravnika Vesna Plevnik-Vodušek in Tadej Batelino ter vms Dragica Bencik. V njej so podrobno opisali smernice načina prehranjevanja otroka od rojstva do dopoljnega prvega leta starosti. Zdravstvena vzgoja svetuje tudi ukrepe o preprečevanju rahitisa, negi, povijanju, spanju in psihičnem razvoju otroka.

Pregled končamo z vrednotenjem ugotovljenih stanj, postavljanjem diagnoz, pisanjem receptov, pripravo napotnic za presejalni ultrazvočni pregled kolkov in naročanjem na naslednji sistematični pregled.

### **Sistematični pregled otroka v starosti 3 mesecev**

Po obsegu in vsebini je zelo podoben sistematičnemu pregledu novorojenčka. Pri njegovem izvajanju zdravnik po potrebi dopolni družinsko in socialno anamnezo ter s celotnim pregledom oceni telesno rast in razvoj. Povzame ugotovitve ultrazvočnega pregleda kolkov. Pri zdravstveno-vzgojnem delu spodbuja dojenje in se pogovori o morebitni potrebi mlečnih nadomestkov. Pregled – če ni zdravstvene kontraindikacije – zaključimo s cepljenjem proti davici, tetanusu, oslovskemu kašlju (Di-Te-Per), hemofilusu influence tipa B (Hib) in otroški paralizi (Polio).

### **Sistematični pregled otroka v starosti 6 mesecev**

Potek pregleda je nespremenjen. Zdravstveno-vzgojna dejavnost poudarja svetovanje o uvajanju otroške mešane prehrane. Povečati je treba odmere vitamina AD<sub>3</sub>, uvesti zobno higieno in dodati Fluonatril proti zobni gnilobi. Zaradi preprečevanja morebitne slabokrvnosti in odkrivanja prirojenih napak sečil je treba opraviti še presejalne teste za kri in seč. Otrok naj predvidoma prejme še tretji odmerek cepiva Di-Te-Per, Hib in Polio (v starosti 4 mesecev in pol naj bi dobil drugi odmerek istega cepiva).

### **Sistematični pregled otroka pri 9 mesecih**

Obsega anamnezo, pregled in napotke o zdravstveni vzgoji. Pri tej otrokovi starosti se zdravnik pogovori o njegovem varstvu po končanem porodniškem dopustu oziroma o možnosti njegovega podaljšanja do 15. meseca otrokove starosti.

### **Sistematični pregled otroka pri 12 mesecih**

Obseg je standarden, posebno usmerjen v oceno otrokovega psihičnega in motoričnega razvoja. Izmed laboratorijskih preiskav je treba ponoviti presejalne teste za seč. Na koncu prvega leta otroka cepimo proti ošpicam, mumpsu in rdečkam.

### **Sistematični pregled otroka pri 18 mesecih**

Poteka po uveljavljeni metodi in predpisanem obsegu. Pomembna je ocena otrokovega razvoja, ki zajema tudi težave pri uveljavljanju lastne volje in ločitveni strah ob vstopu v vrtec. Pregled se konča s cepljenjem – prva revakcinacija Di-Te-Per, HIB, Polio.

### **Sistematični pregled pri 3 letih**

Na pregled starše z otrokom večinoma povabimo pisno.

Značilnost triletnika je trma in prav zaradi nje je treba pogosto pregled pozneje delno ponoviti ali dopolniti.

Anamnezo zdravnik dopolni s podatki o otrokovem značaju, navezovanju stikov z

vrstniki, spanju, hrani, odvajanju seča in blata (držnosti), razvadah in drugih posebnostih.

Pri telesnem pregledu je zdravnik poleg ugotavljanja splošnih znakov posebno pozoren na škiljenje, ugriz, stanje zobovja, ukrivljenost hrbtenice in stopal, pri dečkih pa še na spolovilo. Ob pregledu izmeri tudi krvni tlak.

Med pogovorom z otrokom preveri besedni zaklad, izgovarjavo, prepoznavanje barv, razumevanje povezav, gibalne sposobnosti in ročno spretnost. Vid preverja s pomočjo standardnih sličic.

Ponoviti je treba teste za kri in seč in opraviti pregled blata na parazite.

Sistematični pregled pri 3 letih vključuje tudi pregled pri zobozdravniku in psihologu. K logopedu otroka praviloma napotimo šele po 4. letu, ko naj bi bil njegov govor že oblikovan.

### **Sistematični pregled otroka v starosti 5 let**

Obseg pregleda je enak kot pri triletniku. V tej starosti je predvsem pomembna ocena govora in sluha. Pri 5 letih je namreč čas za odpravo govornih motenj; če jih otrok ima, ga zdravnik napoti k logopedu.

### **Namenski pregledi**

So preventivni in jih opravljamo med predpisanimi sistematičnimi pregledi.

- Namenski pregled dojenčka v starosti 2 mesecev opravimo zaradi spodbujanja dojenja in ugotavljanja morebitnih distrofij.
- Namenski pregled sledi sistematičnemu, kadar med slednjim ugotovimo odstopanje od normale, ki ga sicer še ne moremo opredeliti za bolezensko stanje, vendar zahteva pogostejše preglede v času rednih razmikov med predpisanimi sistematičnimi pregledi.
- Namenske preglede otroka pred sprejemom v vrtec je treba opraviti, kadar vstop v vrtec ni sočasen z rednimi sistematičnimi pregledi.
- Pri namenskih pregledih pred odhodom na organizirano letovanje ali zdraviliško zdravljenje je treba preveriti predvsem tiste dejavnike, ki bi lahko motili potek letovanja ali rehabilitacijo otroka ali drugih otrok v skupini.
- Med namenske sodijo tudi pregledi pred cepljenjem zamudnikov, drugo bazično cepljenje proti davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, hemofilusu influence in otroški paralizi med 3. in 6. mesecem starosti in ob pojavu epidemij nalezljivih bolezni.

## **Cepljenje**

Pomemben del preventivnega programa je cepljenje. V Sloveniji je obvezno, urejeno z zakonom in vsakoletnim programom imuno- in kemoprofilakse. Natančno so opredeljene skupine obveznikov za cepljenje, vrsta cepljenja in cepiva, roki, zaporedja in načini cepljenj, evidenca o cepljenjih in stranskih učinkih. Cilj je odpornost posameznega otroka in skupine, ki ga dosegamo z vsaj 95 % precepljenosti obveznikov. Cepljenja izvajajo zdravniki cepitelji, ki jih imenuje minister za zdravje. Poteka kontinuirano vse leto, praviloma vezano na sistematične preglede otrok. Nadzor opravljajo koordinatorji za območja, zavodi za zdravstveno varstvo in Inštitut za varovanje zdravja. Za poročilo je izdelan računalniški program CEPI, ki na državni ravni omogoča pregled nad izvajanjem in učinkovitostjo cepljenja. Dokazilo o cepilnem statusu je cepilna knjižica, ki spremlja posameznika v odraslo obdobje. V Sloveniji cepimo otroke v starosti od 0 do 6 let proti tuberkulozi, otroški paralizi, davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, hemofilusu influence tipa B, mumpsu, rdečkam in ošpicam. Možna so tudi dodatna cepljenja proti gripi, klopnemu meningoencefaliti-

su in glede na epidemiološko stanje še nekatera druga. Število stranskih učinkov in njihova jakost kažejo, da so uporabljena cepiva varna in učinkovita.

### **Zdravstveno-vzgojno delo**

Programirana zdravstvena vzgoja otrok je naloga zdravnika in medicinske sestre. Večinoma poteka v času rednih preventivnih pregledov v posvetovalnicah, mogoča pa je tudi v vrtcih in drugod, glede na trenutne epidemiološke razmere oziroma potrebe danega okolja. Prek staršev in pedagoških delavcev v vrtcih se krepi aktivna skrb za zdravje in zdrav način življenja posameznika in skupine. Delo je načrtovano za tekoče leto in posega na področje otrokovega biopsihosocialnega razvoja. Namenjeno je njegovim zdravstvenim in vedenjskim težavam, prehrani, higienskemu stanju ter bivalnemu okolju. Posebne zdravstvene vzgoje so deležni otroci, starši in vzgojiteljice v jaslih in vrtcih. Zdravnikove naloge so tudi: nadzor zdravstvenega stanja otrok v vrtcih, sodelovanje pri sestavi jedilnikov, varnost ožjega okolja, sodelovanje s higiensko-epidemiološko službo in zdravstveno-vzgojna predavanja na različne teme.

### **Razvojne ambulante**

Posebno skrb v preventivi posvečamo otrokom z razvojnimi in vedenjskimi motnjami. Organizacijsko so jim namenjene razvojne ambulante, kjer skupinsko delajo dodatno usposobljen pediater, klinični psiholog, pedopsihiater, socialni delavec, logoped in nefrofizioterapevt, ki celostno obravnavajo prizadetega otroka. Razvojne ambulante so v Sloveniji v večjih krajih. Ocenjujejo, da imamo 1,5 do 3 % rojenih otrok z razvojnimi motnjami. Cilj je usposobitev posameznika za samostojno življenje v okolju, kjer živi. Tako je tudi družinski zdravnik pogosto vključen v obravnavo in vodenje telesno in duševno prizadetega otroka. Sistematični pregledi teh otrok so v enakih obdobjih kot pri zdravih, le da je obseg prilagojen otrokovi prizadetosti. Poleg teh je večkrat letno treba opraviti tudi celotne preglede oz. upoštevati potrebe storitev po habilitacijskem programu.

### **Sklep**

Preventivni pregledi predšolskih otrok dokazano sodijo med osnovne pogoje za zagotavljanje zdravja otrok kot najmlajše skupine prebivalstva. Dokaz o uspešnosti opravljenih sistematičnih pregledov predšolskih otrok dokazujejo podatki, da je danes v Sloveniji zelo malo otrok z rahitisom, zmerno ali hudo nedohranjenostjo, hudo slabokrvnostjo zaradi pomanjkanja železa, slabovidnostjo, naglušnostjo ali ukrivljeno hrbtenico. Z ultrazvokom je mogoče hitro ugotoviti izpah kolka in ga večinoma konservativno pozdraviti.

Po zaslugi visoke precepljenosti naših otrok je letno prijavljenih zelo malo ali nič primerov tetanusa, oslovskega kašlja, davice, ošpic ali mumpsa; otroške paralize skorajda ne poznamo več, prav tako ne zapletov po prebolelih ošpicah. Tudi kongenitalne rdečke so v R Sloveniji razmeroma redke.

Zavedati se moramo, da je za tako dobre rezultate bilo in bo še naprej nujno potrebno dolgoletno dispanzersko delo pediatrov. Upoštevati je treba, da bi se zgoraj naštetih bolezni zelo hitro ponovno pojavile in razširile med našimi otroki, kakor hitro bi jih prenehali aktivno odkrivati in preprečevati.

**Literatura:**

1. Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Ur list RS, št. 19/98: 1253–82.
2. Kancler K. 75 let dispanzerja za otroke v Mariboru. V: Zaviršnik J, Kancler B, Pašek M, Žiberna D, ur. Zbornik 75 let dispanzerja za otroke v Mariboru: Maribor, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, 2000: 34–37.
3. Bigec M: Preventivni programi v dispanzerju za otroke. Slov Pediatr, 2000; 7: suppl 1: 23–31.
4. Macarol-Hiti M, Bracar P, Kirer-Fazarinc I, Truden-Dobrin P. Nacionalni preventivni programi v otroškem in mladinskem zdravstvenem varstvu – vloga Inštituta za varovanje zdravja R Slovenije. Slov Pediatr, 2000; 7: suppl 1: 16–22.
5. Melink A (1), Bigec M (1), Jelen B (2), Jelenc K (3), Seher-Zupančič M (4), Semič-Marsič M (5), Žabkar B (5), Frankič M (1). Novi denverski razvojni presejalni testi – Denver II v Sloveniji. Slov Pediatr, 2000; 7: suppl 1: 32–5.



# PREVENTIVNO ZDRAVSTVENO VARSTVO ŠOLSKIH OTROK IN MLADINE NA PRIMARNI RAVNI

---

*Polona Brcar*

## Uvod

Slovenija se je z različnimi dokumenti zavezala k uresničevanju skrbi za zdravje šolskih otrok in mladine. Skrb za zdravje mladih pa ni le domena zdravstvenega, ampak vseh medsebojno sodelujočih sektorjev (npr. šolstva, pravosodja, dela, socialnega skrbstva, policije, kmetijstva ...). Če sta odkrivanje bolezni in zdravljenje prvenstveno naloga zdravstvenega sektorja, je preprečevanje izgube zdravja in omogočanje zdravega načina življenja predvsem domena drugih sektorjev in posameznika. Zdravstveni strokovnjaki so v projekte promocije zdravja vključeni kot svetovalci in izvajalci nekaterih preventivnih dejavnosti.

Zdravje mladine prepogosto velja za neproblematično predvsem zato, ker ga ocenjujemo na osnovi grobih zdravstvenih kazalcev, praviloma prilagojenih merilom za odraslo populacijo. Vendar imajo mladi povsem drugačne zdravstvene težave, ki so posledica njihovih razvojnih značilnosti in načina življenja. Za prikaz njihovih kazalcev potrebujemo posodobljeno redno zdravstveno statistiko in usmerjene raziskave.

Različne študije kažejo, da večino mladih tarejo predvsem problemi duševnega in socialnega dozorevanja, ki jih vodijo v tvegana vedenja za njihovo zdravje. Kot v drugih primerljivih deželah tudi v Sloveniji opazamo naslednje oblike tvegane vedenja mladih: namerne in nenamerne poškodbe, kajenje tobaka, pitje alkohola in jemanje drugih drog, tvegano spolno vedenje, nezadostna telesna aktivnost, nezdravo preživljanje prostega časa, slabe prehranjevalne navade in opuščanje vsakodnevnih obveznosti (1, 2, 3, 4, 5).

## Organizacija

Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni opredeljuje obvezni obseg preventivnega programa za **šolske otroke in mladino** v Republiki Sloveniji. Določa tudi starostno obdobje, v katerem je treba opraviti posamezne preventivne preglede, in predpisuje organizacijo zdravstvenega varstva na primarni ravni (6).

Pravico do preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, ki ga določajo pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, uveljavljajo šolski otroci in mladina v dispanzerjih za šolske otroke in mladino, združenih dispanzerjih za otroke in mladino, zasebnih ordinacijah, namenjenih tej starostni skupini, in izjemoma v ordinacijah splošne medicine. Sprejeti kadrovski normativ za izvajanje celostnega zdravstvenega varstva zajema ciljno 1700 do največ 2200 šolskih otrok in mladine na skupino šolskega zdravnika.

Skupina šolskih otrok in mladine po statistični definiciji obsega vse – od vstopa v šolo do dopolnjenega 19. leta, ki pa še niso imeli 20. rojstnega dne.

Vsaka šola ali zavod ima svojo zdravniško skupino, določeno zanjo. Vodi jo zdravnik, ki je odgovoren za izvedbo obveznega programa (sistematične in namenske preglede, poklicno svetovanje, svetovanje šolskemu novincu, cepljenja) in programiranega preventivnega programa (svetovanje na šolah/zavodih, svetovanje učencu z zdravstvenimi, učnimi in vedenjskimi težavami, zdravstveno-vzgojno delo, so-

delovanje v projektih). Skupino sestavljajo zdravnik specialist (specialist šolske medicine, pediatrije, izjemoma specialist družinske medicine in zdravnik s podiplomskim študijem iz zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine) najmanj polovično zaposlen zdravstveni tehnik in ena medicinska sestra.

Da bi v največji možni meri zagotovili kakovostno in po obsegu zadovoljivo preventivno zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine, je minister za zdravje imenoval odgovorne zdravnike za vsako zdravstveno območje. Spremljali bodo izvajanje programa in pravočasno opozarjali odgovorne na zaplete ter pomagali pri iskanju rešitev. Pri delu se bodo povezovali z izvajalci zdravstvenega varstva, s koordinatorji v devetih območnih Zavodih za zdravstveno varstvo in s koordinatorjem na Inštitutu za varovanje zdravja RS.

## Nacionalni preventivni program

Nacionalni preventivni program zagotavlja šolskim otrokom in mladini pravico do različnih varovalnih dejavnosti, katerih namen je neprekinjeno aktivno spremljanje njihovega zdravstvenega stanja, zgodnjega odkrivanja bolezni in motenj. Zdravstveno-vzgojne dejavnosti, vezane na posameznika, skupino vrstnikov ali šolo, so pomemben del preventivnega programa. Med preventivne dejavnosti spadajo:

- sistematični preventivni pregledi,
- namenski preventivni pregledi,
- skupinske obravnave,
- cepljenje,
- zdravstvena vzgoja in svetovanje.

## Sistematični preventivni pregled

Njihov namen je aktiven zdravstveni nadzor, odkrivanje zdravstvene problematike in svetovanje šolskim otrokom in mladini. Obsegajo oceno rasti in razvoja, oceno telesnega, duševnega in socialnega zdravja ter odkrivanje nezdravih življenjskih navad in tveganega vedenja.

### Sistematični pregled šolskega novince pred vstopom v osnovno šolo

To je prvi stik otroka in njegovih staršev s skupino šolskega zdravnika. Staršem predstavimo, kaj vse obsega preventivni program od vstopa v šolo do dopolnjenege 19. leta starosti, in pridobimo njihov pristanek za sodelovanje.

Pregled šolskega novince je obsežen, saj zahteva pogovor s starši, natančen pregled zdravstvene dokumentacije, poglobljeno anamnezo in natančen telesni status.

*Osebnna anamneza* zajema otrokove zdravstvene težave in kronične bolezni, življenjske navade in posebnosti, interese, zrelost in samostojnost ter vključevanje otroka v skupino vrstnikov.

*Družinska anamneza* zajema morebitne dedne bolezni, zdravstvene težave, kronične bolezni, invalidnosti, bolezni odvisnosti in družinske življenjske navade ter oceno ravni zdravstvene ozaveščenosti družinskih članov.

*Socialna anamneza* zajema družinski in stanovanjski standard, obliko družinske skupnosti, stopnjo izobrazbe staršev in vključenost v okolje.

Anamnezi sledi *somatski status*, ki vključuje *presejalne teste*: meritve telesne mase, višine, krvnega tlaka in srčne frekvence, prisotnost perifernih pulzov, oceno ostrine vida (Snellenove tablice), test pokrivanja in gibljivosti zrkla v vseh glavnih smereh, oceno sluha (individualni avdiogram), palpacijo ščitnice, Adamsov test za predklon, test odkrivanja valgusa kolen, oceno govora in laboratorijske preiskave krvi (hemoglobin, rdeča krvna slika) in seča (beljakovine, sediment).

Sledi preostali del somatskega statusa: pregled ustne votline, palpacija perifernih bezgavk, osluškovanje srčnih tonov, šumov in dihanja, palpacija trebušnih organov, pregled spolovila (položaj testisov, pomičnost prepucija).

Pregled končamo z ovrednotenjem ugotovljenih stanj (opisom, oceno, diagnozo), pripravo mnenja za skupinsko obravnavo šolskih novincev, obvestilom osebnemu zdravniku, načrtom za nadaljnjo obravnavo (naročanjem, pripravo napotnic ...) in oceno kontraindikacij za cepljenje.

Sledi zdravstveno svetovanje staršem in otroku, ki je usmerjeno predvsem v oceno sposobnosti otroka za šolo.

### **Sistematični pregledi učencev, ki se redno šolajo**

Na pregled vabimo vse učence enega oddelka, seveda po dogovoru s šolo. Na pregled pripeljeta učence razredna učiteljica in spremljevalka. Število pregledanih učencev (v rednem delovnem času) naj ne bo večje od 30. Pregled praviloma poteka v prostorih zdravstvene ustanove (izjemoma v šoli). Zaželeno je tudi prisotnost staršev, ki so o pregledu obveščeni na roditeljskem sestanku. Pregled celotne skupine ima svoje prednosti, saj ga organizacijsko lažje izvedemo, dosežemo visok delež pregledanih, spremljamo zdravstveno problematiko skupine in posameznika, probleme medsebojno povezujemo in jih tako lahko pravočasno odkrijemo in ukrepamo. Del anamnestičnih podatkov dobimo iz pogovora z razredno učiteljico, ki ga opravimo na začetku. Pogovorimo se o morebitnih težavah pri vključevanju posameznikov in skupine v delo in življenje v šoli ter o sporočilih staršev. Na koncu se še enkrat pogovorimo z razredno učiteljico o ugotovljenem stanju otrok, kar zadeva njeno delo z učenci. Učiteljici predamo tudi vabila za pregled in pisna sporočila za starše ter predlagamo morebitno potrebo po skupinski obravnavi učenca.

V čas sistematičnega pregleda sodi tudi zdravstvena vzgoja v dveh, po spolu mešanih skupinah, ki jo izvede medicinska sestra v času, ko poteka pregled posameznih učencev. Dogovorjeni program obsega: 1. razred – osebna higiena, 3. razred – zdrav življenjski slog, 5. razred – zdrava spolnost, 7. razred – zloraba drog, poklicna usmeritev ter 1. in 3. letnik – tvegano vedenje mladih.

Vsak sistematični pregled sklenemo z ovrednotenjem ugotovljenih stanj ter zapisom v karton in na magnetni medij (opis, ocena, diagnoza, zdravljenje), obvestilom osebnemu zdravniku in staršem in načrtom za nadaljnjo obravnavo (naročanje, priprava napotnic ...); ocenimo še kontraindikacije za cepljenje in uredimo dokumentacijo o cepljenju (izkaznica, karton, računalniški program CEPI 2000).

### **Sistematični pregledi učencev v 1. razredu osnovne šole**

Pregled prvošolca je usmerjen predvsem v odkrivanje težav zaradi vključevanja otroka v šolsko okolje in obvladovanje delovnih obremenitev.

*Anamneza* zajema pogovor z učencem o počutju v šoli in doma, pogovor o morebitnih težavah, boleznih, interesih, samostojnosti, druženju s prijatelji, o uspehu v šoli in izostajanju od pouka zaradi zdravstvenih težav in stisk.

*Somatski status vključuje presejalne teste:* meritve telesne mase in višine, krvnega tlaka, srčne frekvence, oceno ostrine vida (Snellenove tablice), oceno sluha (avdiogram, če ni bil opravljen pri vstopu v šolo), palpacijo ščitnice, Adamsov test za predklon, test za odkrivanje valgusa kolen in oceno govora. Preostali del somatskega statusa in laboratorijske preiskave opravi zdravnik glede na indikacijo.

### **Sistematični pregledi učencev v 3. razredu osnovne šole**

Predvidevajo le kratek pogovor in meritve s presejalnimi testi, ki jih izvede usposobljena medicinska sestra.

*Kratka anamneza* zajema sporočila staršev in pogovor o morebitnih zdravstvenih težavah in boleznih, življenjskem slogu, počutju v šoli, vključevanju v zunajšolske dejavnosti, druženju s prijatelji, o uspehu v šoli in izostajanju od pouka zaradi zdravstvenih težav in stisk.

Od *presejalnih testov* opravi meritve telesne mase in višine, krvnega tlaka, oceno ostrine vida (s Snellenovimi tablicami), določanje barvnega čuta (Ishiharove tablice) in Adamsov test za predklon.

Končni pregled obsega ovrednotenje ugotovljenih stanj in poročilo o stanju posameznega učenca, ki ga poda izbrani šolski zdravnik. Zdravnik po potrebi obvesti starše ali povabi posameznika na pregled s starši in pripravi nadaljnji načrt za obravnavo učenca.

### Sistematični pregledi učencev v 5. razredu osnovne šole

Pregled je usmerjen prvenstveno v telesno, duševno in socialno dozorevanje mladostnika.

*Anamneza* zajema pogovor o počutju v šoli, družini, med vrstniki, o šolskem uspehu in izostankih od pouka ter zunajšolskih aktivnostih, telesni aktivnosti, prehranskih navadah, prisotnosti znakov preobremenjenosti, stresa in depresivnosti. Sledi pogovor o zlorabi drog med vrstniki in prijatelji in morebitnih lastnih izkušnjah. Pogovorimo se še o morebitnih težavah v zvezi s spolnim dozorevanjem, zaljubljenostjo in o spolnih izkušnjah. Pogovor sklenemo z morebitnimi bolezenskimi težavami.

*Somatski status zajema presejalne teste*: meritve telesne mase in višine, krvnega tlaka, srčne frekvence, oceno ostrine vida (s Snellenovimi tablicami) in sluha (z avdiogramom samo, če gre za tveganje), palpacijo ščitnice, Adamsov test za predklon, test za odkrivanja valgusa kolen, indeks spolne zrelosti (po Tannerju). Preostali del somatskega statusa in laboratorijske preiskave opravi zdravnik glede na indikacijo.

### Sistematični pregledi učencev v 7. razredu osnovne šole

Pregled je usmerjen prvenstveno v poklicno svetovanje mladostniku.

*Anamneza* zajema pogovor o poklicni usmeritvi in zdravstvenih pomislekih ter o svetovanju za preusmeritev. Sledi pogovor o počutju v šoli, družini, med vrstniki, o šolskem uspehu in izostankih od pouka ter zunajšolskih dejavnostih, telesnem udeleževanju, prehranskih navadah, o prisotnosti znakov preobremenjenosti, stresu in depresivnosti, zlorabi drog. Pogovorimo se še o morebitnih težavah v zvezi s spolnim dozorevanjem, zaljubljenostjo in o spolnih izkušnjah.

*Somatski status zajema presejalne teste*: meritve telesne mase in višine, krvnega tlaka, srčne frekvence, oceno ostrine (s Snellenovimi tablicami) globinskega, glede na poklicno usmeritev (R7), ter barvnega vida (Ishiharove tablice), če še ni bila narejena; oceno sluha z ADG (poklicno tveganje, dedna obremenitev), palpacijo ščitnice, Adamsov test za predklon, test odkrivanja valgusa kolen, indeks spolne zrelosti (po Tannerju). Od laboratorijskih preiskav napravimo rdečo krvno sliko, v seču določimo beljakovine in sediment. Preostali del somatskega statusa opravi zdravnik glede na indikacijo.

Na koncu pregleda pripravimo še dokumentacijo za skupinsko poklicno svetovanje in načrt nadaljnje obravnave, pri zdravstvenih pomislekih pa tudi pogovor s starši.

### Sistematični pregledi dijakov v 1. in 3. letniku srednje šole

Pregled je usmerjen prvenstveno v oceno duševne in socialne zrelosti mladostnika ter v tvegana vedenja.

*Anamneza* zajema pogovor o počutju v šoli, družini, med vrstniki, o šolskem uspehu in izostankih od pouka ter zunajšolskih dejavnostih, telesnem udeleževanju, pre-

hranskih navadah, o prisotnosti znakov preobremenjenosti, stresa in depresivnosti. Sledi pogovor o zlorabi drog, nezdravih življenjskih navadah in spolnem vedenju. Pogovor sklenemo z morebitnimi bolezenskimi problemi.

*Somatski status zajema presejalne teste:* meritve telesne mase in višine, krvnega tlaka, srčne frekvence; oceno ostrine vida (s Snellenovimi tablicami), sluha z avdiogramom (pri morebitnih tveganjih); palpacijo ščitnice, Adamsov test za predklon, indeks spolne zrelosti (po Tennerju). V prvem letniku naredimo še rdečo krvno sliko. Preostali del somatskega statusa in laboratorijske preiskave opravi zdravnik glede na indikacijo.

### **Sistematični pregledi mladine zunaj rednega šolanja v 18. letu starosti**

Namen pregleda je spremljanje življenjskih navad, duševnega in socialnega dozorovanja, zaposlitvene izbire in možnosti nadaljnega izobraževanja mladih z največjim tveganjem za zdravje. Na pregled so mladi vabljeni pisno po seznamu, ki ga posredujejo oddelki za upravne in notranje zadeve upravnih enot RS. Redno zaposlene mladostnike vabi na preventivni pregled specialist medicine dela.

*Anamneza* zajema pogovor o morebitni zaposlitvi in težavah v zvezi s delom, vzrokih opustitve šolanja in poklicnih željah. Povprašamo o življenjski skupnosti, družabnem življenju, telesni dejavnosti, prehranjevalnih navadah, prisotnosti znakov preobremenjenosti, stresa in depresivnosti. Sledi pogovor o zlorabi drog, nezdravih življenjskih navadah in spolnem življenju ter tveganjih. Pogovor sklenemo z morebitnimi bolezenskimi težavami.

*Somatski status zajema presejalne teste:* meritve telesne mase in višine, krvnega tlaka, srčne frekvence; oceno ostrine vida (s Snellenovimi tablicami), sluha z avdiogramom (pri morebitnih tveganjih); palpacijo ščitnice, Adamsov test za predklon, indeks spolne zrelosti (po Tannerju). Od laboratorijskih preiskav napravimo rdečo krvno sliko, v seču določimo beljakovine in sediment. Preostali del somatskega statusa opravi zdravnik glede na indikacijo.

### **Sistematični pregledi otrok in mladostnikov z razvojnimi in vedenjskimi motnjami**

Za šolo določeni zdravnik je odgovoren zanj in opravlja preventivno zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov z razvojnimi in vedenjskimi motnjami, ki so vključeni v redne oddelke, oddelke s prilagojenim programom in učnim načrtom ter v zavode po predpisanem programu za vso šolsko mladino. Ta program dopolnjuje program razvojnih ambulant, ki ga v krajih, kjer slednjih ni, začasno opravlja eden od specialistov šolske medicine ali pediatrije, podiplomsko usposobljen za delo z razvojno in vedenjsko moteno mladino. Sistematične preglede te mladine opravlja vsako leto.

### **Preventivni pregledi mladih športnikov**

Njihov namen je usmerjanje mladih v ustrezno športno zvrst glede na starost, telesni ustroj, zdravstveno stanje, sposobnosti in želje (predhodni pregled športnika). Z rednim spremljanjem lahko zgodaj odkrijemo in pravočasno preprečimo obolenje ali poškodbo, ki je nastala zaradi športa ali v zvezi z njim (obdobni pregled športnika). Današnji športi (treningi in tekmovanja), opredeljeni tudi kot »rekreativni«, pogosto hudo obremenjujejo vse organske sisteme, zlasti organizem v razvoju.

Iz osnutka Pravilnika o načinu in postopku za opravljanje preventivnih zdravstvenih pregledov udeležencev v športu je razvidno, kdo naj opravi pregled glede na tekmovalni razred športnika in zdravnikovo licenco A, B, C. Vsi mladi s statusom športnika morajo biti preventivno pregledani (po predvidenem programu za športnike) vsako leto, po možnosti pred začetkom športne sezone. Redni sistematični pregled za učence je za športnika dopolnjen še z anamnezo o športni dejavnosti in obremenitvah (tedenska frekvenca treninga), o športnih uspehih in poškodbah ter z razšir-

jenim statusom. Z njim določimo somatotip, maščobe (% v kg), izračunamo idealno telesno maso (%), naredimo EKG, opravimo malo spirometrijo (IVC, FEV1, PF 25 %, 50 %, 75 %) in ocenimo stanje živčevja, srčnožilnega sistema in mišičnoskeletnega sistema. Vse dodatne preiskave glede na športno zvrst in obremenitev predpisuje športna medicina. Zdravstvena vzgoja je še dodatno usmerjena v športne obremenitve in športnikovo prehrano.

### Namenski preventivni pregledi

- Preventivni pregled po sistematičnem pregledu je namenjen pogostejšemu in natančnejšemu spremljanju ugotovljenega mejnega zdravstvenega stanja ali motnje.
- Pri poklicnem svetovanju ob spremembi usmeritve ali kot dodatni pregled zaradi zdravstvenih pomislekov je koristen za pravilno svetovanje mladostniku o končni odločitvi za poklic.
- Pred odhodom na organizirano zdravstveno letovanje ali v zdravilišče pomaga izključiti nalezljive bolezni in oceniti primernost otrokovega zdravstvenega stanja za proces rehabilitacije.

### Skupinske obravnave

Skupinske obravnave so namenjene oceni otrokovega ali mladostnikovega stanja in za svetovanja različnih priključenih strokovnjakov, ki delajo z otrokom ali mladostnikom. Skupinske obravnave praviloma organizira šola, lahko tudi na zdravniškovo pobudo.

- Skupinsko medicinsko svetovanje šolskemu novincu in njegovim staršem. Namen take obravnave je večstransko oceniti otrokov razvoj, zmožnosti in motnje, ki bi kakor koli lahko negativno vplivale na uspešnost dela in vključevanje otroka v šolo. Skupino praviloma sestavljajo vzgojitelj, bodoči razrednik, šolski zdravnik, psiholog in svetovalni delavec na šoli ...).
- Medicinsko poklicno svetovanje učencu in njegovim staršem je skupinska obravnava, ki večstransko oceni mladostnikove sposobnosti za izbrani poklic, predvsem z vidika zdravstvenih pomislekov. Obenem poteka svetovanje o novi poklicni odločitvi. Skupino praviloma sestavljajo razrednik, svetovalni delavec na šoli, imenovani šolski zdravnik, svetovalec z zavoda za zaposlovanje, lahko tudi specialist medicine dela, prometa in športa.
- Medicinsko svetovanje otroku/mladostniku, njegovim staršem in pedagogu zaradi zdravstvene, vedenjske in učne problematike. Skupinska obravnava je potrebna, da bi lahko pripravili načrt, kako in kdo bo pomagal otroku/mladostniku. Strokovno skupino sestavljajo: specialist šolske medicine, šolska svetovalna služba, profesor športne vzgoje, predmetni učitelj, razrednik in drugi strokovnjaki, odvisno od vrste problema, ki ga ima otrok/mladostnik.

### Cepljenje

Cepljenje opravimo praviloma v sklopu sistematičnega pregleda, razen ko njegov program odstopa od programa sistematike, in pri zamudnikih. Predpisan cepilni koledar in zdravniki cepitelji so vsako leto objavljeni v uradnem listu (7).

#### Cepilni koledar (7)

ČAS CEPLJENJA	PROTI BOLEZNI	ODMERKI CEPIVA
pregled pred vstopom v šolo	ošpice, mumps, rdečke	revakcinacija – drugi odmerek
	hepatitis B	bazično – prvi odmerek
namenski pregled pred cepljenjem	hepatitis B	bazično – drugi odmerek (4–12 tednov po prvem odmerku)

ČAS CEPLJENJA	PROTI BOLEZNI	ODMERKI CEPIVA
1. razred osnovne šole	otroška paraliza hepatitis B	revakcinacija, bazično – tretji odmerek (6–14 mesecev po prvem odmerku)
3. razred osnovne šole	davica, tetanus	revakcinacija
7. razred osnovne šole	davica, tetanus, otroška paraliza	revakcinacija, revakcinacija
1. letnik srednje šole (nekateri šolski programi)	klopni meningoencefalitis	bazično – trije odmerki, revakcinacija na 5 let
3. letnik srednje šole	tetanus	revakcinacija
v 18. letu, če se ne šola redno	tetanus	revakcinacija

Vir: Program imunoprofilakse in kemoprofilakse je za vsako leto objavljen v Uradnem listu RS

Najprej otroka pregledamo, izključimo kontraindikacije za cepljenje, nato ga cepimo in zabeležimo v cepilno knjižico, karton in računalniški program Cepi 2000. Praviloma je program cepljenja prilagojen programu sistematičnih pregledov in le redko (ali za zamudnike) je potreben namenski pregled pred cepljenjem.

## Zdravstveno-vzgojno delo in svetovanje

Glavna namena sta informiranje in motiviranje posameznika, da bo aktivno skrbel za svoje zdravje kot tudi za zdravje drugih. Zdravstveno-vzgojni programi naj bi posamezniku omogočili oblikovati znanja, stališča, vedenjske vzorce in veščine za ohranjanje zdravja. Ciljne skupine so starši, pedagogi, otroci in mladostniki. Zdravstveno-vzgojno in svetovalno delo sproti oblikujemo glede na aktualno problematiko otrok in mladostnikov. Lahko poteka individualno ali v skupini. Izvajamo ga v prostorih šole ali zdravstvene ustanove (posvetovalnici, prostorih, namenjenih preventivi itd.) ali lokalne skupnosti.

Zdravstveno-vzgojno delo in svetovanje potekata v naslednjih organizacijskih oblikah:

- Zdravstveno-vzgojna predavanja, učne delavnice in delo v malih skupinah z učenci, pedagogi in starši.
- Posvetovalnice za mlade.
- Posveti s starši, učitelji, svetovalnimi delavci in mladimi. Posvet je namenjen razreševanju specifične problematike mladih, povezane z njihovim razvojem, zdravstvenimi in učnimi težavami itd. V obravnavo je priporočljivo poleg otroka ali mladostnika pritegniti starše, učitelje in svetovalne delavce. Posvet je obsežna individualna zdravstvena vzgoja in svetovanje.
- Preventivne dejavnosti skupine šolskega zdravnika v šoli oz. zavodu. Namen je odstraniti oz. zmanjšati škodljive vplive na zdravje šolarjev, ki izhajajo iz njihovega delovnega in bivalnega okolja ter njihovih delovnih obremenitev in sloga življenja, ki ga pogojuje šolanje. Skupina šolskega zdravnika v šoli naj bi tudi skrbel za promocijo višje ravni kulture bivanja mladih.
- Povezovanje in sodelovanje s sanitarnim inšpektorjem in higienikom območnega zavoda za zdravstveno varstvo ter predstavniki lokalnih teles, po potrebi skupno svetovanje ali ukrepanje na področju ohranjanja zdravja šolarjev, vezano na lokalno skupnost.
- Sodelovanje v projektih šol, ki promovirajo zdravje.

## Sklep

Kakovost izvedbe preventivnega programa je predvsem v domeni imenovanega šolskega zdravnika, od katerega zahteva visoko stopnjo motiviranosti in zavedanja,

da je od njega odvisno, v kolikšnem obsegu bodo šolski otroci in mladina deležni preventivne skrbi. Enolično ponavljanje in pomanjkanje takojšnjih delovnih učinkov je nevaren dejavnik, ki zmanjšuje zdravnikovo zavzetost. Zato je pomembno, da je šolski zdravnik dejaven tudi zunaj svoje ordinacije, skrbi za razgibanost dela, vzdržuje dobro sodelovanje z drugimi varstvi in patronažno službo, s šolo in starši ter se vključuje v lokalne dejavnosti, povezane z zdravjem, kjer dobi dodatne spodbude za svoje delo. Zdravnik ves čas ostaja zagovornik otrok in mladostnikov pri uresničevanju njihovih pravic, ki jim jih namenja država z ustavo, zakoni in ratificiranimi konvencijami.

#### **Literatura:**

1. Dougherty D in sod. Adolescent health. A Report to the U. S. Congress. J Sch Health, 1992; 62: 167–74.
2. Haggerty RJ. Health Piliy Initiatives in Adolescence. Bull N Y Acad Med, 1991; 67: 514–26.
3. King A, Wold B, Tudor SC, Harel J. The Health of Youth. WHO Regional Publication. European Series, št. 69, 1996.
4. Tomori M. Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih. Ljubljana, 1998.
5. Brčar P. Zdravstveno varstvo in zdravstveno stanje šolarjev in mladine. Zdrav Var, 2000.
6. Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list, 19/98: 1263–69.
7. Program imunoprofilakse in kemoprofilakse za leto 2001. Ur list RS, št.18/2001.



# POSEBNOSTI OBRAVNAVE MLADOSTNIKA

---

*Polona Brčar*

Zdravstveno osebje mora biti posebej usposobljeno za delo z mladostnikom. Ne samo, da mora poznati zdravstveno problematiko mladostniškega obdobja (adolescentologijo), ampak mora dobro obvladati tudi komunikacijo z mladimi (1–6).

## **Prvi vtis**

Pogovor z mladostnikom mora biti prijazen in ne avtoritativen. Pri prvem obisku si moramo pridobiti mladostnikovo zaupanje tako v našo strokovnost kot tudi molčečnost in zavzetost za težave, kar je izrednega pomena za vse nadaljnje obravnave.

## **Mladostnikova zrelost**

Stopnja mladostnikove duševne zrelosti je glede na starost zelo različna, zato je pomembno, da ugotovimo, kakšna je njegova osebna in socialna zrelost. Od nje sta močno odvisna način komuniciranja in uspešnost našega dela. Če se bomo začeli pogovarjati z mladostnikom kot z otrokom ali mu naložili odgovornosti, kot da je odrasla oseba, bomo prav gotovo izgubili njegovo zaupanje in ne bomo dosegli želenega sodelovanja.

## **Besedna in nebesedna komunikacija**

Mladostniki so čustveno ranljivi, zato se moramo pri delu z njimi tega zavedati in ustrezno prilagoditi način komuniciranja. V pogovoru se moramo izogibati dovtipom, cinizmu, šalam, ki jih mladi morda ne razumejo; paziti moramo na primer na pravilno poimenovanje delov telesa, ne smemo se čuditi njihovim reakcijam, pojašnile ali opisu težav. Mladi so zelo dovzetni za nebesedna sporočila, zato moramo nadzorovati svoje vedenje (nepotrebno nasmihanje, kritični pogledi, kretnje sporočanja ...), ki bi si ga lahko napačno razlagali in bi vnašalo dvom v besedna sporočila.

## **Čustveni naboj**

Pri delu z mladostnikom nas lahko motijo naša lastna izkušnja, strahovi, stališča in prepričanja, kar ob zelo kočljivih zdravstvenih problemih (obrnava samomorilnega poizkusa, prestopniško vedenje, trpinčenje in spolna zloraba, odločitev za splav ...) lahko vpliva na naše nezavedno vedenje do mladostnika, besedne in nebesedne reakcije, vsiljevanje odločitev njemu in staršem – vse s pretirano osebnim čustvenim nabojem.

## **Mladostnik in starši**

Pri obravnavi mladostnika je zdravnik pogosto v dvomih, kako delati z mladostnikom in njegovimi starši. V Sloveniji pridobi mladostnik s 15. letom starosti zakonsko pravico do samostojnega odločanja v zvezi z zdravstvenimi postopki in tudi vso pravico, da od zdravnika zahteva popolno molčečnost (7). Problem se pojavi, ko obravnavamo mlajšega mladostnika in bi o tem starše po zakonu morali obvestiti, ali pa starejšega mladostnika z zelo hudim zdravstvenim problemom, ko predvidevamo, da mu bosta opora in pomoč staršev nujno potrebni. Pomembno si je pri prvih srečanjih ustvariti mladostnikovo zaupanje tako, da bi pozneje, ko bi bilo potrebno, pridobili tudi njegov pristavek za vključitev staršev v obravnavo. V nasprotnem primeru se nam lahko zgodi, da bomo pritegnili starše, toda izgubili mladostnikovo zaupanje – in tako posredno ogrozili njegovo zdravje. Delo z mladostnikom, tudi mlajšim od 15 let, in njegovimi starši mora biti do določene mere ločeno. Pogo-

sto zdravnik med obravnavo mladostnikov ugotovi napetosti in nasprotovanja med starši in otroki, mladostnikovo kljubovalnost in pretirano starševsko avtoritarnost, kar vse seveda otežuje potrebno sodelovanje. Večinoma bodo vsaj na začetku potrebna ločena srečanja. Tako bomo slišali mladostnikova stališča, mnenja in občutja ter mu omogočili, da nas vpraša, kar si pred starši morda ne bi upal. S tako obravnavo mladostniku sporočamo, da zaupamo njegovi odgovornosti. Navzočnost staršev lahko anamnestične podatke popači, saj bo mladostnik poročal večinoma staršem vsečne podatke ali jih bo sebi v zaščito prikrojil, kar pa nas lahko spelje v napačna sklepanja in postopke ter podaljša pot do pravilne diagnoze. Starši so lahko pomemben vir podatkov in podpore v obravnavi mladostnika, zato jih skušajmo pritegniti, seveda – če je le mogoče – s predhodnim pristankom mladostnika.

### **Zaupnost podatkov**

Za obravnavo je ključnega pomena, da smo z mladostnikom odkriti in jasni, da mu vse postopke, način dela in dvome pojasnimo na njemu razumljiv način. Pojasniti mu moramo, zakaj ga v obravnavi lahko povprašamo zelo intimne stvari. Mladostniku mora biti jasno, da so vsi podatki v celoti zaupni in zanje ne bo izvedel nihče, tudi starši ne, če za to ne bo dal dovoljenja. O obravnavi mladostnika, mlajšega od 15 let, mora zdravnik obvestiti starše. Zato mu moramo natančno pojasniti, katere podatke bomo posredovali staršem, zakaj je to potrebno in kaj od tega pričakujemo. Prav tako mu je treba pojasniti, kakšno sodelovanje pričakujemo od njega in zakaj je potrebno.

### **Razumljivost sporočil**

V obravnavi moramo pomembna navodila ali nasvete pojasniti večkrat. Sporočila morajo biti jasna in nazorna, priporočljiva so tudi pisna navodila.

### **Vzemimo si čas**

Mladostniku ne smemo dajati občutka, da se nam mudi. Bolje je, da mu o časovni zadregi odkrito povemo in ga naročimo za čas, ko se mu bomo lahko popolnoma posvetili. Večkrat ga moramo pozvati, naj vpraša vse, kar hoče, zlasti še tisto, kar ni dobro razumel.

### **Razlog za obisk**

Mladostniki se težko odločijo za obisk pri zdravniku. Vzrokov je več: pogosto menijo, da je njihov problem nepomemben; bojijo se neznanega postopka; mislijo, da jim tako nihče ne more ali noče pomagati; bojijo se, da bi za to izvedeli njihovi starši; da bodo morali izostati od pouka in se bo razvedelo po šoli; da je njihovo nezdravo vedenje v družbi nesprejemljivo ali celo kaznivo (spolne aktivnosti, zloraba drog, agresivnost, prestopništvo ...). Mladi ob odločitvi za obisk pri zdravniku lahko navajajo povsem druge bolezenske težave (na primer bolečine v trebuhu ali glavobol ...), kot jih imajo v resnici (strah, da so se okužili s spolno prenosno boleznijo zaradi pekočega mokrenja ...).

### **Reševanje problemov**

Pogosto se zgodi, da mladostnik pomoči ne poišče, vsaj ne na tak način, kot bi pričakovali. Zateče se k rešitvam, ki za njegovo zdravje pomenijo visoko stopnjo tveganja. Zgodnji kazalci nastalih problemov morajo biti zdravniku povsem jasni, da jih pravočasno prepozna (4):

- poslabšanje učnega uspeha, učne težave,
- ponavljanje razreda in menjava šole,
- neopravičeno izostajanje od pouka, opravičevanje od ur telesne vzgoje,

- občasne ali stalne psihosomatske težave,
- motnje spanja in hranjenja,
- motnje koncentracije in dolgočasenje,
- stalno spreminjanje ciljev in zanimanj,
- depresivno vedenje in strah,
- stalni spori s starši,
- prestopniško vedenje (kraje, pretepi, uničevanje predmetov, agresivno vedenje do šibkejših, nespoštovanje prometnih predpisov ...),
- samomorilne misli in samomorilni poizkus,
- zloraba alkohola, tobaka in nedovoljenih drog,
- tvegano spolno vedenje,
- potepanje in bežanje od doma.

### **Non-stop služba**

Mladi imajo težave z dolgoročnim načrtovanjem. Pomoč želijo takoj, kajti že naslednji hip dojemajo težave drugače ali jih rešujejo sami, bodisi na ustrezen ali neustrezen način. Čas delovanja zdravstvene službe mora biti prilagojen delovnemu dnevu mladih (čas pouka), prometnim zvezam (oddaljeni in težje dostopni kraji) (1, 3).

### **Ordinacija samo za mlade**

Pomembno je, da je ordinacija (dispanzer) namenjena samo mladim, saj v teh ambulantah lažje poiščejo pomoč in imajo občutek večje zasebnosti. Čakanje in obravnava v istih prostorih, namenjenih dojenčkom, nosečnicam ali starejšim, jim ustvarja občutek, da vanje ne sodijo. Navzočnost drugih jim povzroča nelagodje, napetosti in strah, da bodo drugi prepoznali njihov problem ali da se bodo srečali z znanci, ki bodo preveč spraševali ali celo obvestili starše. Prostor, opremljen namensko za mladostnike, s primernim pohištvom, dobro označenostjo in informativnim gradivom, ustvarja v mladih zaupanje in jim pomaga premagati strah pred neznanim (preiskavami, bolečimi posegi ...); čutijo se sprejete, uvidijo, da imajo tudi drugi vrstniki težave, kar jih spodbudi k sodelovanju pri obravnavi njihovih zdravstvenih problemov. Ker se čutijo sprejete, se lažje odločajo za ponovni obisk tudi, ko so težave hude ali so v družbi manj sprejemljive (težave v šoli, nosečnost, okužba s spolno prenosljivo boleznijo, odvisnost od drog, homoseksualnost, agresivno vedenje ...) (1, 3).

### **Anamneza**

Mladostniku se moramo posvetiti v celoti, najsi gre za redni preventivni pregled oziroma ko nas obišče zaradi zdravstvenih težav sam ali na pobudo staršev. Vprašanja naj bodo usmerjena v pridobivanje pomembnih podatkov za ugotavljanje mladostnikovega zdravstvenega stanja. Vsebina prvih vprašanj mu ne sme vzbuditi strahu ali občutka zasliševanja, zato najprej povprašajmo po bolj vsakdanjih stvareh, kot so počutje, s čim se rad ukvarja, kaj ga veseli, kaj mu ni všeč ali ga ne veseli, kako je s prijatelji ... Po obdobju prilagajanja se usmerimo v bolj poglobljeno anamnezo, kjer lahko začnemo z vprašanji v tretji osebi, kot na primer: ali so droge na tvoji šoli in ali poznaš koga, ki jih jemlje; in šele nato: ali si se ti kdaj srečal z drogo? Na koncu zastavimo najbolj kočljiva vprašanja, ki jih prav tako lahko uvedemo s stavkom za privolitev: Ali te smem povprašati še nekaj zelo osebnega? Večina mladih bo privolila, včasih pa mladostnik nadaljnji pogovor odkloni, kar pomeni, da nam še ni uspelo vzpostaviti zaupnega odnosa.

Anamneza je pomemben del pridobivanja informacij o bolniku kot tudi vzpostavljanje odnosa med zdravnikom in njim. Tega se moramo ves čas dela z mladostniki zavedati in se lotiti anamneze z največjo zavzetostjo in strokovnostjo. Ob koncu je-

manja anamneze mora imeti mladostnik občutek, da se zdravnik zanima za njegovo zdravje in mu želi pomagati (4, 8).

### Status

Pogovoru sledi pregled. Predvsem v zgodnji adolescenci so mladostniki sramežljivi in nezaupljivi. Zato jih moramo na pregled pripraviti s preprosto razlago, zakaj je treba posamezne dele telesa pregledati, kot na primer; Vgotoviti moram, kolikšna je tvoja telesna teža; pregledati spolovilo, prsi in poraščenost zato, da izključim možnost bolezni in ocenim, ali se razvijaš starosti primerno; vem, da ti je neprijetno, tudi drugim je, vendar je pregled potreben. Mladostniki so pretirano pozorni na dogajanja v svojem telesu, zato je priporočljivo vsako naše opazovanje pospremiti z besedami: krvni tlak je normalen, srce pravilno deluje; še posebno so dobrodošle obrazložitve o normalnih spremembah telesnega razvoja in postopnega pojavljanja sekundarnih spolnih znakov. Pomembno je, da smo pri razlagah jasni in uporabljamo pogovorni jezik in ne medicinskih izrazov; zelo pomembno je, da zlasti spolne organe in dele telesa pravilno (slovensko) poimenujemo, saj s tem pozitivno vplivamo na podiranje tabujev, npr. spolnega področja, in vplivamo na uporabo pravilne terminologije. Pri razlagah si lahko pomagamo tudi s slikovnimi gradivi. Odgovorimo mu na vsa zastavljena vprašanja (4, 8).

### Literatura:

1. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Confidential health services for adolescent. JAMA 1993; 269: 1420–4.
2. Society for Adolescent Medicine. Access to health care for adolescent. J Adol Health 1992; 13: 162–70.
3. Haggerty RJ. Health policy initiatives in adolescence. Bull N Y Acad Med 1991; 67: 514–26.
4. Bennett DL. Essentials of adolescent health care. V: Robinson MJ, Robertson DM, eds. Practical paediatrics. Churchill Livingstone, Sydney. Fourth edition, 1998.
5. Adams RG, Gullotta PT, Markstrom–Adams C. Adolescent life experiences. Brooks/Cole Publishing Company, Pacific Grove, California, 1994.
6. Millstein GS, Peterson AC, Nightingalen EO. Promoting the health of adolescents. New directions for the 21 century. Oxford university press, New York, 1993.
7. Zakon o zdravstveni dejavnosti. Ur. list, št. 9/92.
8. Behram RE, Vaughan VC. Special health problems during adolescence. V: Nelson textbook of pediatrics. WB Saunders Company PA, 1987; 13: 436–54.

# PREVENTIVA NA DELOVNEM MESTU

---

Marjeta Zupančič

## Uvod

Poklicno delo prinaša človeku dohodek in položaj na družbeni lestvici. Daje mu možnost sproščanja telesne in duševne energije. Pomeni mu tudi socialni stik in družabnost ter zadovoljevanje posebnih človekovih potreb. Poklicno delo razvija občutek biološke varnosti posameznika in njegove družine, spodbuja težnje po usvarjalnosti in doseganju ekonomske in socialne varnosti (1).

Na posameznikov odnos do dela pomembno vplivajo:

- narava dela,
- osebnostne lastnosti,
- družbena klima, ki skupaj še z drugimi okoliščinami oblikujejo odnos do dela (2, 3).

Ob porušenem razmerju teh dejavnikov lahko pride do odklonov, kot so:

- beg v delo, kjer človek iz nevrotičnih razlogov usmerja različne težnje (agresivnost) v delovno aktivnost,
- beg pred delom, ki se navadno kaže kot iskanje pravic iz zdravstvenega in invalidsko-pokojninskega zavarovanja: bolniški stalež, dodelitev lažje zaposlitve, skrajšan delovni čas (SDČ), invalidska upokojitve (2, 3).

Delavec je pri svojem delu izpostavljen obremenitvam, ki se pojavljajo posamično ali skupaj, lahko so fiziološke, psihološke ali ekološke in se pogosto prepletajo. Danes se največ ukvarjamo z obremenitvami delavcev v klasičnih industrijskih panogah (metalurgiji, kovinsko predelovalni industriji, tekstilni industriji), gozdarstvu in gradbeništvu, postopoma pa v prvi plan proučevanja obremenitev stopajo obremenitve čutil, prisilni položaji telesa in udov ter ponavljajoče se in natančno delo malih mišičnih skupin, delo za tekočim trakom, monotonija, vsiljen delovni ritem, zunaj dela pa stres, preutrujenost in izgorelost, ki so značilni za razvite zahodne družbe (4, 5).

## Ergonomija in ergonomska fiziologija

*Ergonomija* je interdisciplinarno proučevanje obremenitev pri delu in iskanje načinov za razbremenitev takrat, ko obremenitve povzročajo neugodje ali celo prestopijo tolerančne meje, cilj pa je prilagoditev dela, delovnih sredstev in delovnega okolja psihičnim in somatičnim značilnostim človeka ter s tem vzpostavitev optimalnega odnosa med biološkimi, tehničnimi in ekološkimi sistemi. Ergonomijo delimo v spoznavno in izvajalsko.

Stroke *spoznavne ergonomije* so ergonomska fiziologija, ergonomska antropometrija, ergonomska psihologija in ekologija delovnega mesta. S preiskovalnimi metodami spoznavamo ergonomski problem.

*Izvajalsko ergonomijo* tvorijo stroke, ki rešujejo prepoznane ergonomske probleme s tehničnimi in organizacijskimi metodami (taki poklici so: strojniki, arhitekti, oblikovalci, organizatorji dela ...). Raziskave spoznavne in ukrepi izvajalske ergonomije se med seboj povezujejo v smislu povratne zanke, dokler ne dosežejo želeni cilj, tj. na eni strani vgraditi ergonomsko znanje v izdelek, ki bo prilagojen človekovim psihofizičnim funkcijam (npr. antropometrične raziskave stopala uporabimo pri izdelavi čevljev), na drugi strani pa poskušajo približati delovno mesto psihofizičnim funkcijam delavca ter s tem ohraniti zdravje in delazmožnost – hu-

manizacija dela. Tretja možnost je prilagoditev človeka delu, ki je namenjena prizadetim ljudem, da se s pomočjo poklicne rehabilitacije vključijo v delovni proces (4).

*Ergonomska fiziologija* proučuje telesne funkcije pri delu s posebnim poudarkom na mejah med obremenitvijo in preobremenitvijo. Metode za njihovo proučevanje so temelj diagnostike v medicini dela, na podlagi katere lahko predpišemo ergonomsko terapijo, tj. izboljšave na delovnem mestu (delovnega prostora, opreme, orodja, proizvodnega procesa ...) (4, 5).

Dela so pretežno:

- mišična (gozdni delavec),
- senzomotorična, kjer prevladuje koordinacija sensorike z motoriko (montažna dela),
- reaktivna, kjer se informacije pretvarjajo v reakcije (upravljanje proizvodne linije),
- informacijska, kjer se vhodne informacije pretvarjajo v izhodne (računalniški operater),
- ustvarjalna, kjer se ustvarjajo nove duhovne vrednote (raziskovalno delo).

Obremenitve, ki izhajajo iz teh del, so biomehanične, energijske, senzorične in psihične. Delavec je obenem izpostavljen še vplivom okolja, ob fizikalnih in kemičnih dejavnikih (mikroklimi, hrupu, vibracijah, sevanju, strupih) pa podrejen tudi medčloveškemu odnosom in biološkemu ritmu (4, 5).

Poklicno delo mora potekati v stanju dinamičnega ravnovesja, tj. v stanju homeostaze. Pojem se nanaša na dinamično ravnovesje acidobaznega stanja, ozmognega tlaka, telesne temperature, zmogljivosti obtočil, razmerja med katabolizmom in anabolizmom, pa tudi psihične funkcije.

Zaradi preobremenitev se homeostaza poruši. Nastalo stanje je preobremenjenost, ki ob homeostazi lahko traja dolgo (mesece ali leta), vendar je lahko tudi kratkotrajna (nekaj minut na uro, nekaj dni na leto). Med oblikami preobremenjenosti in patološkimi reakcijami so tolerančne meje, ki jih lahko s treningom pomaknemo navzgor. Pri poklicnem delu lahko v povprečju obremenimo delavca le za 20 do 30 % maksimalne zmogljivosti določene funkcije, ki jo prekinjamo samo s kratkimi submaksimalnimi vrhovi. Meje med obremenjenostjo in preobremenjenostjo so posebej pomembne v medicini dela, med preobremenjenostjo in patološkimi reakcijami pa v medicini športa. Moramo jih prepoznati in skrajno motiviranemu delavcu ali športniku preprečiti, da bi jih prestopil. S staranjem se tolerančne meje znižujejo (4, 5).

## Obremenitve in škodljivosti pri delu

- Nefiziološke delovne razmere: delovni čas, ritem dela, slaba organizacija dela, statične obremenitve, preobremenjenost posameznih organov in organskih sistemov;
- Škodljivi fizikalni dejavniki: toplotno okolje (mikroklima), mehanske poškodbe, hrup, vibracije, radioaktivno sevanje, UV-sevanje, infrardeče sevanje, rentgensko sevanje, radar, svetloba;
- Škodljivi kemični dejavniki: plini, pare, aerosoli;
- Škodljivi biološki dejavniki: mikroorganizmi, živali, rastline;
- Škodljivi psihološki dejavniki: odgovornost, delo z ljudmi, časovni pritiski, izmensko delo ipd.;
- Škodljivi socialnoekonomski dejavniki: način življenja, stanovanje, prehrana, socialna varnost ... (4).

## Vplivi okolja na človeka

Vplivi naravnih in socialnih dejavnikov delovnega in bivanjskega okolja na življenje, zdravje in delovno zmogljivost ter dobro počutje delavcev se lahko pokažejo:

- na samih delavcih kot:
  - nespecifični vplivi, bodisi kot kratkotrajni ali dolgotrajni (utrujenost, slabost, psihosomatske bolezni ...),
  - specifični učinki:
    - kratkotrajni,
    - dolgotrajni,
    - iritativni ( povzročajo draženje kože ali sluznic),
    - toksični (povzročajo okvare posameznih organov ali organskih sistemov),
    - alergogeni (povzročajo preobčutljivost),
    - fibrogeni (povzročajo razraščanje veziva),
    - kancerogeni učinki (v daljšem časovnem obdobju povzročajo raka);
- na razvijajočem se plodu v nosečnicah kot teratogeni učinki (embriopatije in fetopatije),
- na potomstvu kot mutageni ali genetični učinki, ki povzročajo spremembe v dednem materialu celice; spremembe se lahko pokažejo v prvi generaciji potomcev ali pa so recesivne in se prenašajo na več generacij (4, 6, 7).

## Kazalci negativnega zdravja

Če pride pri delu do povečanih obremenitev in s tem povzročnih ireverzibilnih sprememb v organizmu delavcev, lahko stanje ocenjujemo s statističnimi kazalci negativnega zdravja, kot so slabo počutje, nezadovoljstvo, utrujenost, fluktuacija, celokupna odsotnost z dela, bolniški stalež, poklicne bolezni, poškodbe pri delu, bolezni v zvezi z delom, invalidnost in specifična umrljivost.

Bolniški stalež je začasna odsotnost z dela zaradi bolezni, poškodb, nege in drugih vzrokov. Tej temi namenja učbenik posebno poglavje Ocenjevanje delazmožnosti v ambulantni družinske medicine.

Pomemben in pogosto nepravilno uporabljan termin med kazalci negativnega zdravja so poklicne bolezni in bolezni v zvezi z delom.

- *Poklicne bolezni* so posledica daljšega neposrednega vpliva delovnega procesa in delovnih razmer na določenih delovnih mestih. Kriterija za oceno poklicne bolezni sta pozitivna delovna anamneza in klinična slika (anamneza, status). Mednje spadajo še obremenitve in škodljivosti, ki se pojavljajo izključno na delovnem mestu in morajo biti navedene v seznamu poklicnih bolezni (še vedno veljavni Samoupravni sporazum o seznamu poklicnih bolezni, Uradni list SFRJ 38/83, navaja 46 poklicnih bolezni) (4, 8).
- *Sum na poklicno bolezen* opredeljuje stanja, ki niso potrjena z vsemi veljavnimi kriteriji kot poklicna bolezen, so pa na njihovem seznamu.
- *Bolezni v zvezi z delom* so posledica bolezenskih procesov, ki dokazano nastopijo kot posledica obremenitev pretežno na delovnem mestu. Obremenitve lahko nastopajo tudi zunaj delovnega procesa, vendar bolezni niso na seznamu poklicnih bolezni. Slednje uvrščajo strokovnjaki Svetovne zdravstvene organizacije v naslednje skupine: psihosomatske bolezni, bolezni, povezane z delom v izmenah, psihogene motnje, arterijska hipertenzija, kronične bolezni dihal in okvare gibal. Bolezni v zvezi z delom lahko zmanjšujejo splošno delazmožnost in so pogosto vzrok za predstavitev invalidski komisiji.
- *Poklicne stigme* so spremembe na telesu, nastale v zvezi z delom, in ne vplivajo na delazmožnost; delavčevo zdravje ni prizadeto, zato s pravnega vidika niso bolezni (npr. oleinske akne).

Letno je bilo v Sloveniji okrog 400 prijav poklicnih bolezni, med katerimi so pogoste predvsem okvare sluha, v porastu pa zdravstvene okvare zaradi učinkov škodljivih, predvsem kancerogenih snovi. Pomemben je tudi delež vibracijske bolezni in poklicnih dermatoz.

## **Analiza varnosti pri delu in ocena ogroženosti**

Analiza varnosti pri delu je postopek, s katerim pridemo do kvantitativno opredeljene ocene varnosti. Metode dela, ki jih pri tem uporabljamo, so lahko direktne (prospektivne) in indirektne (retrospektivne).

Z direktnimi metodami želimo že vnaprej zmanjšati verjetnost in resnost posledic nezgod. Uporabljamo jih med nastajanjem določenega projekta in so del načrtovanja (tehnološki, organizacijski ukrepi). Indirektne metode temeljijo na statističnih obdelavah in podatkih dogodkov, ki so se že pripetili. Z njimi lahko primerjamo posamezne postopke, obrate in naprave ter se odločimo za varnejšo različico (4).

Na podlagi analize varnosti pri delu mora delodajalec v skladu z novo zakonodajo, ki je prilagojena zakonodaji Evropske unije (Zakon o varnosti in zdravju pri delu, Pravilnik o načinu izdelave izjave o varnosti z oceno ogroženosti), pisno izjaviti, da izvaja vse ukrepe za zagotovitev varnosti in zdravja pri delu zaradi preprečevanja nevarnosti in tveganja pri delu, obveščanja in usposabljanja delavcev, dajanja navodil in ustrezne organiziranosti (9, 10).

Ocena ogroženosti obsega:

- opredelitev nevarnosti,
- opredelitev delovnih mest in delavcev, ki so izpostavljeni ogroženosti,
- ocenitev ravni ogroženosti,
- določitev potrebnih ukrepov za preprečevanje oz. zmanjševanje tveganja,
- revizijo v primeru spremembe tehnoloških postopkov (4, 10).

## **Naloge aktivnega zdravstvenega varstva delavcev**

Aktivno zdravstveno varstvo delavcev (AZV) izvaja predvsem služba medicine dela, prometa in športa v javnem zdravstvenem zavodu oziroma pravna ali fizična oseba s koncesijo za opravljanje te dejavnosti, po novi zakonodaji t. i. pooblaščen zdravnik. Nova zakonodaja je uvedla tudi prosto izbiro osebnega zdravnika. Ker v nekaj nalog aktivnega zdravstvenega varstva delavcev posega tudi služba družinske medicine, je prav, da zdravnik družinske medicine pozna njene naloge in delitev dela med strokami. Najbolj pomembne naloge aktivnega zdravstvenega varstva delavcev so (4, 7, 11):

- humanizacija in oblikovanje dela (ergonomija v širšem smislu),
- analize in zdravstvene ocene delovnega mesta,
- preventivni zdravstveni pregledi (PZP),
- spremljanje in obravnavanje zdravstvenega stanja (skupin) delavcev na osnovi preventivnih zdravstvenih pregledov in analize strukture, ravni in dinamike kazalcev negativnega zdravja in ugotavljanje epidemiološkega stanja delavcev, za katere se opravlja AZV,
- zdravstvena prosveta in vzgoja,
- obravnavanje družbene prehrane, svetovanje o pripravi obrokov, pregled higienskega stanja obratov družbene prehrane, svetovanje o zaščitni prehrani in režimu pitja tekočin (npr. na toplotno obremenjenih delovnih mestih),
- organizacija odmorov in programirane aktivne rekreacije, organizacija preventivnih okrevanj,
- organiziranje, vodenje in spremljanje delovne rehabilitacije obolelih in poškodovanih,



- organiziranje in nadziranje izvajanja prve pomoči in reševalne službe v podjetjih,
- opravljanje strokovno-izobraževalne in znanstveno-raziskovalne dejavnosti s področja svojega dela,
- evidenca kroničnih bolnikov, invalidov, poklicnih bolezni, sumov na poklicno bolezen in bolezni v zvezi z delom in nezgod pri delu ter delavcev glede na obremenitve, škodljivosti pri delu in tveganja za nastanek nezgod pri delu,
- sodelovanje z ustreznimi službami delodajalcev, sindikatov, inšpekcijskimi službami in ustreznimi organi s področja delovnega in bivalnega okolja.

Analiza in zdravstvena ocena delovnega mesta je diagnostična metoda, s katero ugotovljamo, kaj delavec dela (naloge in opravila), v kakšnih delovnih razmerah, s kakšnimi sredstvi in kako, kakšne so vrste in stopnje obremenitev, kakšna je obremenjenost posameznih organskih sistemov, katere telesne in duševne lastnosti so potrebne kakšna je stopnja zdravstvene ogroženosti in tveganja za poškodbe pri delu. Zdravljenje, ki sledi analizi delovnega mesta, so ergonomski ukrepi. Razlogi za opravljanje analize delovnega mesta so zakonska obveznost, podlaga za oceno delazmožnosti in za ergonomsko dejavnost. Glede na namen, potreben obseg zbranih informacij, uporabnost in zanesljivost razlikujemo:

- ogled delovnega mesta,
- okvirno analizo delovnega mesta,
- ocenjevalno analizo delovnega mesta,
- mersko analizo delovnega mesta (fiziološki, psihološki, ekološki, biomehantični, epidemiološki vidiki),
- celovito analizo delovnega mesta, ki zajema delavca, delovno mesto, življenjsko okolje, kazalce negativnega zdravja in celotno varstvo (4, 12).

Po pravilniku o opravljanju preventivnega zdravstvenega pregleda ločimo predhodne, obdobje, ciljne in druge. Cilji teh pregledov so obvarovanje zdravja in delavčeve delovne sposobnosti, preprečevanje nezgod, poklicnih bolezni in bolezni v zvezi z delom in preprečevanja invalidnosti. V okviru tega pregleda je treba biti še posebej pozoren na pojavljanje poklicnih bolezni.

Skupine delavcev, pri katerih bi bilo treba v zakonsko predvidenih rokih opravljati preventivne zdravstvene preglede, so vsi, ki:

- imajo pri delu senzorne, efektorne in psihične obremenitve,
- so izpostavljeni fizikalnim obremenitvam in škodljivostim (razsvetljava, hrup, toplotne obremenitve, vibracije, akceleracije in deceleracije, ionizirajoča in neionizirajoča sevanja),
- so izpostavljeni kemičnim škodljivostim (težke kovine, kisline, lugi, halogeni elementi in njihove spojine, plini, organske spojine, pesticidi, umetna gnojila, monomer vinilklorida, umetne smole in plastične mase, fibrogeni prah),
- so izpostavljeni biološkim škodljivostim, snovem s kancerogenimi, teratogenimi in mutagenimi učinki,
- delajo tam, kjer je večja možnost poškodbe, na višini, pod zemljo, opravljajo nočno delo,
- delajo v notranjem (vozniki viličarjev, žerjavov) in zunanjem transportu,
- delajo z računalnikom, upravljajo zahtevne sisteme in odgovarjajo za varnost drugih in okolja,
- naborniki, policisti, vojaki,
- delavci v zračnem prometu,
- delavci, ki jih je treba pregledovati po drugih zakonih (živilci, žičničarji, poklicni vozniki motornih vozil) itd. (11, 13–15).

Predhodni preventivni zdravstveni pregled je treba opraviti:

- pred prvim nastopom dela,

- po 6-mesečni prekinitvi dela,
- pred razporeditvijo na drugo delo z večjimi ali drugačnimi obremenitvami ali večjim tveganjem za nastanek poškodb,
- pri delavcih, ki odhajajo na daljše strokovno usposabljanje ali prekvalifikacijo; Pomembno pri predhodnih preventivnih zdravstvenih pregledih je odkritje bolezni, poškodb ali stanj, ki bi lahko pomembno vplivala na delazmožnost delavca na določenem delovnem mestu.
- pred vključitvijo v dualni sistem izobraževanja (14, 15).

Z obdobjimi preventivnimi zdravstvenimi pregledi ugotavljamo in spremljamo delavčevo zdravstveno stanje, vplive obremenitev in škodljivosti, ki jim je bil izpostavljen, in ocenjujemo njegovo zmožnost za nadaljnje delo.

Predhodni preventivni zdravstveni pregled obsega splošne podatke, anamnezo, klinični pregled z biometrijo, rentgenogram prsnih organov, če je potreben zaradi obremenitev in škodljivosti na delovnem mestu oz. kadar je klinično indiciran; testiranje vidnih in slušnih funkcij EKG, osnovne laboratorijske preiskave krvi in seča ter druge usmerjene preiskave. Vse to lahko skupaj s pregledom predhodne medicinske dokumentacije in podatki o obremenitvah na delovnem mestu pomagajo k objektivni oceni zdravstvenega stanja in delazmožnosti na predlaganem delovnem mestu. Po pregledu pooblaščen zdravnik izda zdravniško spričevalo in izda obvestilo pregledanemu delavcu in izbranemu zdravniku (4, 15).

Pri ocenjevanju delazmožnosti govorimo o začasni in trajni nezmožnosti za delo. Ker je to segment aktivnega zdravstvenega varstva, s katerim se najpogosteje srečuje zdravnik družinske medicine, je ocenjevanje delazmožnosti obdelano v posebnem poglavju.

Na podlagi analize izsledkov PZP in kazalcev negativnega zdravja (fluktuacija, bolniški stalež, poklicne bolezni, poškodbe pri delu, bolezni v zvezi z delom, invalidnost, specifična umrljivost) lahko načrtujemo naloge zdravstvene politike na področju preventive na delovnem mestu (4, 7).

Poklicna orientacija pomeni usmerjanje ljudi v določeno skupino dejavnosti in poklicev, ki bi ustrezali njihovim sposobnostim, znanju in interesom. Namenjena je mladim ljudem, ki se usmerjajo na poklicno pot, pa tudi starejšim, ki bi radi zamenjali poklic iz različnih razlogov. Poklicna selekcija pa je ožji pojem in izbira ljudi, ki bodo zadostili specifičnim zahtevam določenega delovnega mesta (1, 4).

Predlogi na področju zdravstvenega in tehničnega varstva so namenjeni prilagajanju dela in delovnega okolja delavcu. Posamezna delovna mesta je treba aktivno izboljšati oz. prilagoditi delavcu s konkretnimi ergonomskimi izboljšavami, predloge pa podkrepiti s predhodnimi ocenjevalnimi in merskimi analizami. Aktivna obravnava prilagajanja delovnih mest delavcem bi zmanjšala tako kazalce negativnega zdravja kot tudi število delovnih mest z beneficirano delovno dobo, saj bi se zmanjšale obremenitve, ki vodijo v bolniški stalež, poklicne bolezni, bolezni v zvezi z delom in invalidnost.

Na ogroženih delovnih mestih je pomembna tudi uporaba osebnih varovalnih sredstev, ki delavca varujejo pred škodljivimi snovmi v delovnem okolju, obenem pa morajo čim manj motiti delovni proces ter biti nezahtevna za uporabo in čiščenje. Tudi nadzor nad uporabo ustrezne varovalne opreme je ena izmed pomembnih nalog aktivnega zdravstvenega varstva (4, 16).

V sklopu zdravstvene vzgoje mora zdravnik v stiku z bolniki ustrezno svetovati o zdravem načinu življenja, razvadah, preprečevanju bolezni v zvezi z delom in o varstvu delovnega in bivalnega okolja; dobrodošla so tudi predavanja v manjših skupinah z možnostjo aktivnega sodelovanja poslušalcev. Pri usmerjenosti v kurativno pogosto zanemarjamo pomen zdravstvene vzgoje za zdravje posameznih skupin prebivalstva, kar je zlasti opazno pri aktivni odrasli populaciji. Zaradi naraščanja

števila prometnih nezgod na naših cestah ne smemo pri načrtovanju zdravstvene vzgoje pozabiti na obnovitvene tečaje laične prve pomoči. Predavanja s področja zdravstvene vzgoje naj bodo kratka in jedrnata, podkrepljena z avdiovizualnimi pripomočki in primeri iz vsakdanjega življenja ter v razumljivem jeziku.

Aktivno zdravstveno varstvo posega tudi na področje družbene prehrane, služba medicine dela je pristojna za svetovanje o pripravi obrokov (kalorična sestava obroka naj upošteva stopnjo telesne obremenitve), za pregled higienskega stanja obratov družbene prehrane, svetovanje o zaščitni prehrani in režimu pitja tekočin na toplotno obremenjenih delovnih mestih.

Za delavce, ki pri svojem delu uporabljajo ponavljajoče se gibe posameznih mišičnih skupin in statično obremenjujejo mišice ramenskega obroča in ledvene hrbtenice, bi bilo treba med delovnim procesom organizirati aktivne odmore z ustreznimi gimnastičnimi vajami, tudi programirano aktivno rekreacijo (17).

Pri izvajanju aktivnega zdravstvenega varstva je pomembno vključevanje številnih dejavnikov s področja zdravstva, invalidsko-pokojninskega varstva, delodajalcev, sindikatov, inšpekcijskih služb in širše družbene skupnosti, ob vsem naštetem pa ne smemo pozabiti tistih, ki jim je namenjeno, tj. delavcev.

## **Vloga zdravnika družinske medicine v preventivi na delovnem mestu**

Zdravnik družinske medicine je postavljen pred zahtevno nalogo ocenjevanjačasne delazmožnosti. Ob dobrem poznavanju klinične medicine in sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom se mora zavedati, da je ocenjevanje delazmožnosti dinamičen odnos med delavčevimi psihofizičnimi lastnostmi in obremenitvami na delovnem mestu, zato je treba vedno poiskati tudi objektivne podatke o delovnem mestu. Osebni zdravnik navadno prvi ugotovi bolezensko stanje, ki je posledica obremenitev na delovnem mestu, in lahko z zgodnjim ukrepanjem na vseh ravneh vpliva na ureditev teh razmer.

Pri diagnostični obdelavi moramo včasih pomisliti tudi na poklicno genezo bolezni, pri čemer je odločilna predvsem dobra delovna anamneza, na podlagi katere izpeljemo potrebno diagnostiko (npr. ekcem, ki se izboljša med vikendom ali ko je delavec na dopustu).

Zdravnik v ambulanti družinske medicine začne tudi zgodnje odkrivanje degenerativnih bolezni, ki pozneje pomembno vplivajo na posameznikovo delazmožnost. Pri tem je zdravnik družinske medicine zaradi svojega poznavanja bolnika, stalnosti in zaupanja tisti, ki lahko z nasveti o zdravem življenju in s presejalnimi testi (primarna preventiva) pomembno vpliva na zdravstveno stanje svojih bolnikov.

Poleg ocenjevanjačasne nezmožnosti za delo sodeluje osebni zdravnik tudi pri ocenjevanju trajne nezmožnosti za delo in pripravi potrebno dokumentacijo za oceno na invalidski komisiji (obrazec IK 3 in potrebni izvidi specialistov). Poleg klinične dokumentacije je pogosto odločilen prav opis obremenitev na delovnem mestu, zato je priporočljivo, da osebni zdravnik pri tem sodeluje s pristojnim specialistom medicine dela in podjetjem. Osebni zdravnik lahko pomembno pomaga tudi delavcu, ki se po dolgi odsotnosti zaradi bolezni ali poškodbe spet vrača na svoje ali novo delovno mesto (pomembni so predvsem nasveti, kako naj lažje živi in dela s svojo boleznijo ali invalidnostjo), skupaj s pristojnim specialistom medicine dela pa opozorita na ustrezne obremenitve na delovnem mestu.

Zdravnik družinske medicine bi moral tudi pomembneje posegati na področje varstva okolja na delovnem mestu in v bivalnem okolju, saj s svojim znanjem in podprt s statističnimi analizami svojega dela lahko pomembno opozarja na škodljive posledice onesnaževanja okolja in vpliva na izboljšanje razmer.

Zdravnik družinske medicine se mora zavedati, da naloga medicine dela ni le opravljanje preventivnih zdravstvenih pregledov, ampak je aktivno zdravstveno

varstvo mnogo širši pojem, ki posega na različna področja delovnega in bivalnega okolja.

Težava izvajalcev nalog aktivnega zdravstvenega varstva je tudi denarna plat, saj se delodajalci za zdaj še premalo zavedajo pomena ohranitve zdravja svojih delavcev. Rešitev problema se kaže predvsem z uvedbo nove, evropsko naravnane zakonodaje s področja varstva pri delu.

Številne zaplete, ki se dogajajo med bolnikom in njegovim delovnim mestom, lahko pomaga razrešiti prav osebni zdravnik v tesnem sodelovanju z vsemi vpletenimi službami (podjetje, specialist medicine dela, zdravniška komisija ZZZS, invalidska komisija).

Zdravnik družinske medicine mora poznati naloge aktivnega zdravstvenega varstva in se aktivno vključevati v tisti del nalog, ki posegajo na njegovo področje, in za ktere je usposobljen, pri preostalih pa sodelovati s strokovnjaki z različnih področij.

## Sklep

Na začetku novega tisočletja družinska medicina teži k celostni obravnavi bolnika. Ob tem se bo treba vključiti tudi v preventivne programe, vključno s preventivo na delovnem mestu. Pri tem igra pomembno vlogo poznavanje obremenitev na delovnem mestu, končni cilj pa je ohranitev ali izboljšanje zdravja delavcev.

### Literatura:

1. Bilban M. Ocenjevanje delazmožnosti. V: Romih J, Žmitek A, eds. Duševne motnje in zmožnost za delo (zbornik). Begunje: Psihiatrična bolnica Begunje, 1997: 17–37.
2. Milčinski L. Problemi ocenjevanja delazmožnosti v psihiatriji. V: Bras S, Cvetko B, Kobal M in sod. Psihiatrija. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1986: 554–9.
3. Zupančič M, Kersnik J. Delazmožnost bolnikov z nevrotskimi, stresnimi in somatoformnimi motnjami s stališča splošnega zdravnika in specialista medicine dela. V: Brinšek B, Stamos V, eds. Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v splošni medicini in psihiatriji (zbornik). Begunje: Psihiatrična bolnica Begunje, 1997: 86–91.
4. Bilban M. Medicina dela. Ljubljana: ZVD – Zavod za varstvo pri delu, 1999.
5. Sušnik J. Ergonomska fiziologija. Radovljica: Didakta, 1992.
6. Modic S. Vpliv delovnega okolja (Pb) na pogostnost bolniškega staleža v Tovarni akumulatorjev Vesna Maribor. Zaključno poročilo. Ljubljana: UIMDPŠ, 1984: 2–3.
7. Modic S. Raven in dinamika bolniškega staleža in invalidiziranja v SFRJ in SRS, vzroki in predlogi za obvladovanje teh pojavov. V: Seminar spremljanja, proučevanja in obvladovanja bolniškega staleža in invalidnosti. Ljubljana: UIMDPŠ, 1983: 9–66.
8. Samoupravni sporazum o seznamu poklicnih bolezni. Ur l SFRJ 1983; 38: 1075–80.
9. Zakon o varnosti in zdravju pri delu. Ur l RS 1999; 56.
10. Pravilnik o načinu izdelave izjave o varnosti z oceno tveganja. Ur l RS 2000; 30.
11. Kobal AB. Vloga in funkcija medicine dela v osnovni zdravstveni dejavnosti. V: Zdravniška zbornica Slovenije. Medicina dela danes. Ljubljana, 1995: 7–18.
12. Sušnik J. Ocenjevalna analiza delovnega mesta. Ljubljana: Gospodarski vestnik, 1983.
13. Seznam obremenitev in škodljivosti. Vrste in roki preventivnih zdravstvenih pregledov. V: Zdravniška zbornica Slovenije. Medicina dela danes. Ljubljana, 1995: 52–5.
14. Pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih. V: Zdravniška zbornica Slovenije. Medicina dela danes. Ljubljana, 1995: 46–51.
15. Pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev. Ur l RS 1999; 56.
16. Petrović Lj, Vukadinović M. Lična zaščitna sredstva na radu. V: Stanković D, eds. Medicina rada. Zagreb – Beograd: Medicinska knjiga, 1986: 617–28.
17. Vadnjal J. Merila in kriteriji za zdravstveno rekreativno dejavnost v delovni organizaciji – naloga obratne ambulante. V: Modic S, Šport II. Seminar iz aktivnega zdravstvenega varstva športnikov in rekreativcev. Ljubljana: UIMDPŠ, 1984: 258–65.

# PREVENTIVA PRI STAROSTNIKU

---

Marko Kocijan

Ali je preventiva v starosti sploh smiselna? Da, saj je cilj preventivnih ukrepov pri starostnikih ne le obdržati vitalnost in delovanje vseh organskih sistemov, ampak tudi preprečevati osamitev bolnika od družine ter vzdrževanje samostojnosti. Vse to pa vpliva na kakovost življenja, ki je veliko pomembnejša kot njegovo le golo podaljševanje.

Preprečevanje razvoja dejavnikov tveganja in nastopa bolezni se pri starostniku ne razlikuje bistveno od preventivnih ukrepov pri odraslih: obsega primarno, sekundarno in terciarno preventivo.

Res pa je, da se cilji preventive s staranjem spreminjajo. Medtem ko pri mladih zajemajo velikokrat: preprečevanje razvoja bolezni, zbolevanja in umiranja, pri starih zaradi prisotnosti več kroničnih bolezni taka dejavnost velikokrat ni smiselna. Pravo preventivo za starost je torej treba začeti že v mladosti.

Starejši ljudje so pogosto navdušeni uporabniki vseh informacij s področja promocije zdravja in kažejo presenetljivo veliko zanimanja za preventivne ukrepe. Ko pa je treba nekaj storiti, ostajajo dokaj hladni in je njihov odziv za izvajanje preventivnih ukrepov precej slabši. Zato tudi med strokovnjaki ni popolnega soglasja o specifičnih ukrepih preventive pri starejših.

V **Navodilu za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni** (Uradni list RS št. 19/1998) je starejšim namenjen v točki 6. 3. B: Namenski preventivni pregled populacije, stare nad 65 let, iz katerega povzemamo naslednje:

*Namen preventivnega pregleda je odkrivanje okvar in kroničnih degenerativnih bolezni, da bi izboljšali splošno telesno in duševno zdravje prizadetih in s tem samostojnost ter obnovili njihovo družbeno funkcijo. Preventivne programe izvajajo v osnovni zdravstveni dejavnosti.*

*Namenski preventivni pregled obsega:*

- osebno, družinsko in socialno anamnezo,*
- internistični klinični pregled,*
- posebnosti: pregled sluha, kontinence, prehranjenosti; ugotavljanje zvišanega krvnega tlaka, oceno psihičnega stanja z zgodnjim odkrivanjem demence, depresije in samomorilnosti; vsakoletni klinični pregled dojk pri ženskah in digitorektalni pregled prostate pri moških, rentgenski pregled pljuč pri kadilcih z bronhitisom, obremenjenih z družinsko anamnezo in na ogroženih delovnih mestih; preverjanje, ali je bila na vsaka tri leta opravljena mamografija pri ženskah, starih do 75 let, oziroma ali je bil v zadnjih dveh letih opravljen pregled pri ginekologu in evidentiran cervikalni bris,*
- laboratorijske preiskave: test na okultno krvavitev iz prebavil vsako leto, sediment seča, koncentracija glukoze in lipidov v plazmi na tešče, hemoglobin in volumen eritrocitov,*
- dokončanje pregleda: ovrednotenje ugotovljenih stanj, postavitve delovnih in končnih diagnoz, napotitve, naročanje, izdaja mnenj in potrdil, cepljenje po republiškem imunizacijskem programu,*
- usmerjeno zdravstveno vzgojno delo: individualna zdravstvena vzgoja; skupinska zdravstvena vzgoja v domovih za starejše občane (posebno je poudarjeno svetovanje o medicinskih pripomočkih za čim bolj samostojno in neodvisno življenje); svetovalna: skrbnike hudo bolnih in umirajočih, prizadetih, telesno in duševno onespobljanih oseb, o preventivnih cepljenjih, predvsem proti gripi, o prehrabnih zahtevah v starosti, zlasti v zvezi z osteoporozo in ogroženostjo zaradi slučajnih padcev; svetovanje o reševanju težav ob upokojitvi.*

**Zdravstvenov-zgojno delo** pri starostnikih je predvsem (dokazano) potrebno in učinkovito pri naslednjih boleznih in stanjih:

- presejalni testi za zgodnje odkrivanje raka,
- depresivnost,
- padci,
- napačna ali pretirana uporaba zdravil,
- prehrana,
- telesna neaktivnost,
- zvišan krvni tlak,
- socialna izolacija,
- upad zaznavnih funkcij,
- ustno zdravje,
- osteoporoza,
- kajenje,
- nalezljive bolezni.

## Primarna preventiva

Primarna preventiva zajema dejavnosti, ki zmanjšajo tveganje (ogroženost) za nastanek bolezni ali škodljivega stanja. Vključuje svetovanje o zdravem načinu življenja, spreminjanju in opuščanju škodljivih navad in razvad, pa tudi cepljenja (imunizacijo) in zdravljenje (kemoprofilakso TBC ...).

Cilje in ukrepe primarne preventive pri ostarelih razdelimo po boleznih, katerih preprečevanju so namenjeni.

Preprečevanje bolezni srca in žilja:

- prenehanje kajenja,
- normalizacija serumskega holesterola,
- normalizacija krvnega tlaka,
- normalizacija sladkorja v krvi,
- redna telesna vadba,
- vzdrževanje normalne telesne teže,
- preventivni, majhni odmerki acetilsalicilne kisline so v primarni preventivi priporočeni le pri dobro zdravljenih hipertoničnih,
- nadomestno hormonsko zdravljenje (ženske po menopavzi),
- obvladovanje in izogibanje stresu.

Preprečevanje rakavih bolezni:

- prenehanje kajenja,
- izogibanje čezmernemu sončenju,
- zdrava prehrana (več balastnih snovi, manj maščob, začimb, alkohola – rak na debelem črevesu, prostati),
- normalna telesna teža (rak na dojki),
- presejalni testi (rak na vratu maternice, dojki, debelem črevesu).

Preprečevanje poškodb:

- izogibanje pretiranemu pitju alkoholnih pijač,
- uporaba varnostnega pasu,
- uporaba čelade (motor, kolo, smučanje),
- varen dom, varno delovno mesto,
- preprečevanje padcev,
- neurejene družinske razmere, posest orožja itd.

Preprečevanje kroničnih pljučnih bolezni:

- prenehanje kajenja.

Preprečevanje osteoporoze:

- dovolj kalcija v prehrani,
- redna telesna vadba (premagovanje sile teže, uteži),
- nadomestno hormonsko zdravljenje (ženske po menopavzi).

Preprečevanje nalezljivih bolezni:

- varna spolnost,
- cepljenja (tetanus, gripa, pnevmokok, TBC itd.).

## Metode primarne preventive

### Svetovanje o zdravem načinu življenja

Svetovanje je lahko zelo učinkovita metoda, vendar ga je treba res temeljito pripraviti, da bi bilo zanimivo. Lahko je individualno ali skupinsko, kot zdravstvena vzgoja, sistematično ali mimogrede ob pogovoru z bolnikom.

To metodo primarne preventive usmerimo v dejavnike tveganja:

#### Kajenje

Prenehanje kajenja pri 65-letnem kadilcu, ki je dotlej pokadil 40 cigaret dnevno, bi po ocenah strokovnjakov pomenilo podaljšanje življenja za 4 leta.

Pri vsakem bolniku najprej določimo t. i. kadilski status (Kadi – ne kadi. Če sedaj ne kadi: je kdaj kadil? Koliko cigaret dnevno, koliko let? Prenehal? Kdaj? Če sedaj kadi: Koliko let? Koliko cigaret na dan?).

Nato se lotimo svetovanja, ponudimo pomoč pri odvajanju od kajenja. Dostikrat je zelo učinkovita kadilčeva izjava (s podpisom) o nameravanem datumu prenehanja kajenja. Preventiva je učinkovitejša pri kadilcih, ki že imajo katero od bolezni, povezanih s kajenjem. Koristno je skupno z bolnikom določiti urnik kontrol, ponuditi možnosti samopomoči ter kadilca seznaniti z drugimi oblikami pomoči za odvajanje od kajenja: nikotinski obliž, žvečilni gumi, če so popolnoma prenehali kaditi. Uporabljajo naj jih vsaj tri mesece, a ne več kot pol leta.

#### Telesna nedejavnost

Upadanje duševnih in telesnih funkcij pri starostniku je posledica spleta vplivov (kot so genetski, bolezen in opuščanje dotedanjih dejavnosti). Prav telesna nedejavnost je pri starejših zelo pogosta; dostikrat je posledica upadanja funkcij organskih sistemov. Zato je svetovanje o pomenu telesne dejavnosti za vzdrževanje in izboljševanje zdravja starostnika tako zelo pomembno. Bolniku pomagamo izbrati primeren program vadbe, pri čemer upoštevamo vse njegove omejitve, njegovo okolje in socialni položaj.

Telesna dejavnost dobrodejno vpliva na krvni tlak, telesno težo, kostno gostoto, koncentracijo sladkorja v krvi in holesterola v serumu, gibljivost in prožnost telesa, obenem pa zmanjšuje tveganje za razvoj koronarne bolezni, nastanek nesreč, depresivnosti itd. Najbolj priporočljiva, vsem dostopna in najlažje izvedljiva telesna dejavnost je hitra hoja. Sprva naj starostnik le zmerno večja dotedanja aktivnost; pomembna je namreč rednost, ne intenzivnost in zahtevnost vadbe. Cilj, 30 minut hoje trikrat tedensko, naj bolnik postopoma podaljša na vsaj 30 minut hoje vsak dan.

Zdravo telesno dejavnost sestavljajo tri faze:

- Ogrevanje naj traja 5 do 10 minut, da se obtočila in gibala pripravijo na aktivnost. S tem preprečimo poškodbe in bolečine v mišicah.
- Vadbo naj sklene *ohlajevanje*, tudi 5 do 10 minut. Najprimernejša je lahkotna hoja, s katero preprečimo hiter padec krvnega tlaka, bolečine v mišicah po hoji ali naslednji dan.
- Osrednji del telesne dejavnosti, *aktivno fazo*, naj sestavljajo:
  - aerobne vaje (namenjene izboljšanju pretoka) – vsaj 20 minut,
  - vaje za mišično moč – ponavljajoče vaje z utežjo ali brez nje – 10-krat za vse glavne mišične skupine, Priporočamo jih vsaj dvakrat tedensko, med vajama naj bo vsaj 48-urni odmor. Težo uteži lahko postopoma povečujemo.
  - vaje za mišično vzdržljivost – enkrat tedensko po aerobnih vajah, po 15-krat za vse mišične skupine (s pol lažjimi utežmi kot pri vajah za mišično moč),
  - vaje proti uporu – z utežmi ali na aparatu (za ohranitev kostne mase),
  - vaje za gibčnost – gibljivost v vseh sklepih, s poudarkom na hrbtenici, ramenih in gležnjih.

## OPOZORILO

**Koronarni bolniki** in vsi **dotlej telesno neaktivni** ostareli bolniki naj pred začetkom redne telesne vadbe opravijo obremenitveno testiranje!

Vaje proti uporu je treba previdno začeti šele po 4 do 6 tednih vaj pod zdravniškim nadzorom.

**Bolniki s sladkorno boleznijo** naj vadijo vsak dan oziroma vsaj 5-krat tedensko. Vadbo naj vsak dan sestavljajo vaje za mišično moč. Priporočljivo je občasno določiti raven sladkorja v krvi pred vajo in po njej. Jakost je treba stopnjevati zelo počasi zaradi prilagoditve diete in terapije; bolniki naj začnejo z več kratkimi vajami, končajo pa z 20- do 30-minutno neprekinjeno aktivnostjo.

Za **čezmerno prehranjene** so priporočljive vaje z veliko porabo energije. V začetku naj porabijo dnevno 200 do 300 kcal, nato jakost vadbe postopoma večamo. Program naj vključuje tudi tek v naravi in večkrat dnevno krepitev trebušnih in glutealnih mišic.

Telesna aktivnost je priporočljiva tudi za izboljšano delovanje centralnega živčnega sistema, delno tudi spominskih funkcij. Kognitivne funkcije lahko v starosti izboljšamo tudi s posebnimi treningi.

## Nepravilna prehrana in čezmerna telesna teža

Čezmerna telesna teža in nepravilna prehrana sta pomembna dejavnika tveganja za nastanek bolezni srca in žilja, sladkorne bolezni, hiperlipemij in nekaterih vrst raka. Pretežki starostniki potrebujejo nasvete o svojih energijskih potrebah, pravilni sestavi (holesterol, vlaknine, soli, minerali, vitamini) in pripravi hrane ter režimu prehranjevanja. Vnos kalorij mora biti uravnotežen s porabo energije, vnos nasičenih maščob pa moramo zmanjšati pod 10 % vseh energijskih snovi; med beljakovinskimi živili naj prevladujejo ribe, piščančje meso brez kože, pusto meso in mlečni izdelki z majhno vsebnostjo maščob. Prednost v prehrani naj imajo žita (polnozrna ti izdelki), sadje in zelenjava. Odsvetujemo pretirano soljenje hrane med pripravo in pri mizi. Zlasti ženske naj jedo živila, bogata s kalcijem.

Čezmerno prehranjen starostnik naj se po posvetu z zdravnikom sam odloči, ali bo hujšal sam, z našo pomočjo ali pa v zdravstveno preventivnih programih (t. i. šole hujšanja). Poleg pravilne prehrane velja poudarek tudi telesni aktivnosti in redni kontroli telesne teže.



## Tvegano pitje alkohola

Tudi po 65. letu starosti imajo bolniki probleme zaradi čezmernega pitja alkoholnih pijač. Alkoholizem je med duševnimi motnjami na tretjem mestu za demenco in anksioznostjo. Posledice tveganega pitja so: poškodbe, bolezni jeter in prebavil (ciroza jeter, gastritis, ulkusna bolezen, rak na žrelu, grlu, požiralniku in želodcu), zvišan krvni tlak, bolezni srca in žilja (kongestivna kardiomiopatija, možganska kap), demenca in rak na sečnem mehurju, dojki, rektumu in jetrih).

Vsak zdravnik bi se moral že rutinsko prepričati, ali njegov ostareli bolnik morda čezmerno pije alkoholne pijače. Alkoholna odvisnost se pogosto skriva za anksioznostjo, depresivnostjo, psihoorganskim sindromom ali odvisnostjo od tobaka. Če smo pozorni, nas lahko tudi znaki polinevropatije ali nespečnost pripeljejo na sled zasvojenosti z alkoholom.

Pri odkrivanju bolezni so v pomoč številni testi. Zelo orientacijski je test CAGE s štiri vprašanji, pri nas veliko uporabljamo test AUDIT (angl. Alcohol Use Disorders Identification Test) z desetimi vprašanji, v ZDA pa je za starejše nad 60 let praktično 100-% občutljiv in v 90 % specifičen test MAST (angl. Michigan Alcohol Screening Test) s 25 vprašanji (glejte poglavje o alkoholizmu).

Čezmerno pitje alkohola povzroči večje izločanje vode iz telesa, poveča se tudi količina telesnega maščevja in zmanjša mišična masa. Starejši, zlasti bolniki s psihoorganskim sindromom, so za alkohol občutljivejši.

Pri alkoholizmu obstajata velika verjetnost in nevarnost interakcije med alkoholom in zdravili. Z leti se upočasni presnova zdravil (zmanjša se hidrolizacija v jetrih), podaljša pa razpolovna doba zdravil (npr. benzodiazepinov). Vnos alkohola ta učinek še poveča zaradi indukcije mikrosomskih encimov v jetrih, ki pospešijo presnovo in zmanjšajo učinek nekaterih zdravil (fenitoina, varfarina, tolbutamida). Prisotnost alkohola pospeši učinek sedativov, hipnotikov, antidepresivov in drugih antipsihotikov, zmanjša pa psihomotorične funkcije in budnost. Pogosto pitje alkoholnih pijač zveča tveganje za krvavitev iz zgornjih prebavil pri sočasnem jemanju nesteroidnih antirevmatikov. Ob sočasnem jemanju metronidazola in alkohola lahko pride do podobne reakcije kot pri disulfiramu (Tetidisu), in sicer do slabosti z bruhanjem in glavobolom, do respiratorne stiske, bolečin v prsnem košu, splošne slabosti, zmedenosti, palpacij in tahikardij, lahko tudi hipotenzije.

Pri starostniku je za odvisnost od alkohola najučinkovitejši ukrep preventiva. Zdravniški nasvet, zdravstvena vzgoja ter podpora ljudem, ki s starostnikom živijo in mu pomagajo, zagotovo pripelje do uspeha. Misliti moramo tudi na morebitno pomanjkanje nekaterih vitaminov in mineralov (tiamina, vitamina B<sub>12</sub>, folne kisline, vitamina K, glukoze, magnezija, fosfatov, elektrolitov), ki jih je treba nadoknaditi. Za zdravljenje odtegnitvenih znakov predpišemo benzodiazepine, a le za kratek čas (10 dni). Lorazepam in oksazepam imata prednost, ker se ne metabolizirata v jetrih. Pri agitaciji in halucinacijah lahko bolnik dobi haloperidol. Manj priporočljiva je uporaba disulfirama zaradi možnosti sproženja kardiovaskularnih in kognitivnih zapletov. Kadar se pojavi depresivnost, predpišemo za 3 do 4 tedne antidepresive s čim manj antiholinergičnimi in alfaadrenergičnimi stranskimi učinki, da ne bi povzročili sedacije in ortostatske hipotenzije.

Rehabilitacijski program je treba izvajati skupinsko: zdravnik, patronažna sestra, socialni delavec in drugi, ki živijo z bolnikom ali mu pomagajo. Starostnik naj se vključi v razna gibanja, društva ali prostovoljne organizacije (npr. med anonimne alkoholike), saj je v njih približno ena tretjina starejših od 50 let.

## Samomorilnost

V Sloveniji je med letoma 1985 in 1999 vsako leto naredilo samomor povprečno 84 moških in 40 žensk, starejših od 65 let. Med starejšimi je največja incidenca samo-

morov med vsem starostnimi skupinami; najpogostejši so pri moških v 80. letih, samomorilni poskusi pa pri ženskah.

Pri starostnikih so najpogostejše oblike samomora: zaužitje strupov in zdravil, ustrelitev, obešenje, skok z višine, v visoki starosti pa tudi opustitev jemanja zdravil, zavračanje hrane in vode, pitje prevelikih količin alkohola ipd. Zadnji načini niso vključeni v statistiko vzrokov samomorov kot samostojnega dejanja, zato je število samomorov med starostniki v resnici večje, kot ga navaja statistika.

Dejavniki tveganja za samomor v starosti:

- depresivnost,
- abstinenčna kriza,
- izguba partnerja – zlasti v prvem letu,
- osamljenost,
- pričakovanje smrti iz določenega vzroka,
- manjša sposobnost organiziranosti in celostnega delovanja,
- nastajajoča nemoč, nesposobnost za samostojno življenje,
- institucionalizacija,
- telesne bolezni,
- alkoholizem,
- eksistenčne težave,
- upad samospoštovanja,
- poslabšanje psihoorganskega stanja,
- nespečnost, pogoste nočne more,
- filozofski vzroki.

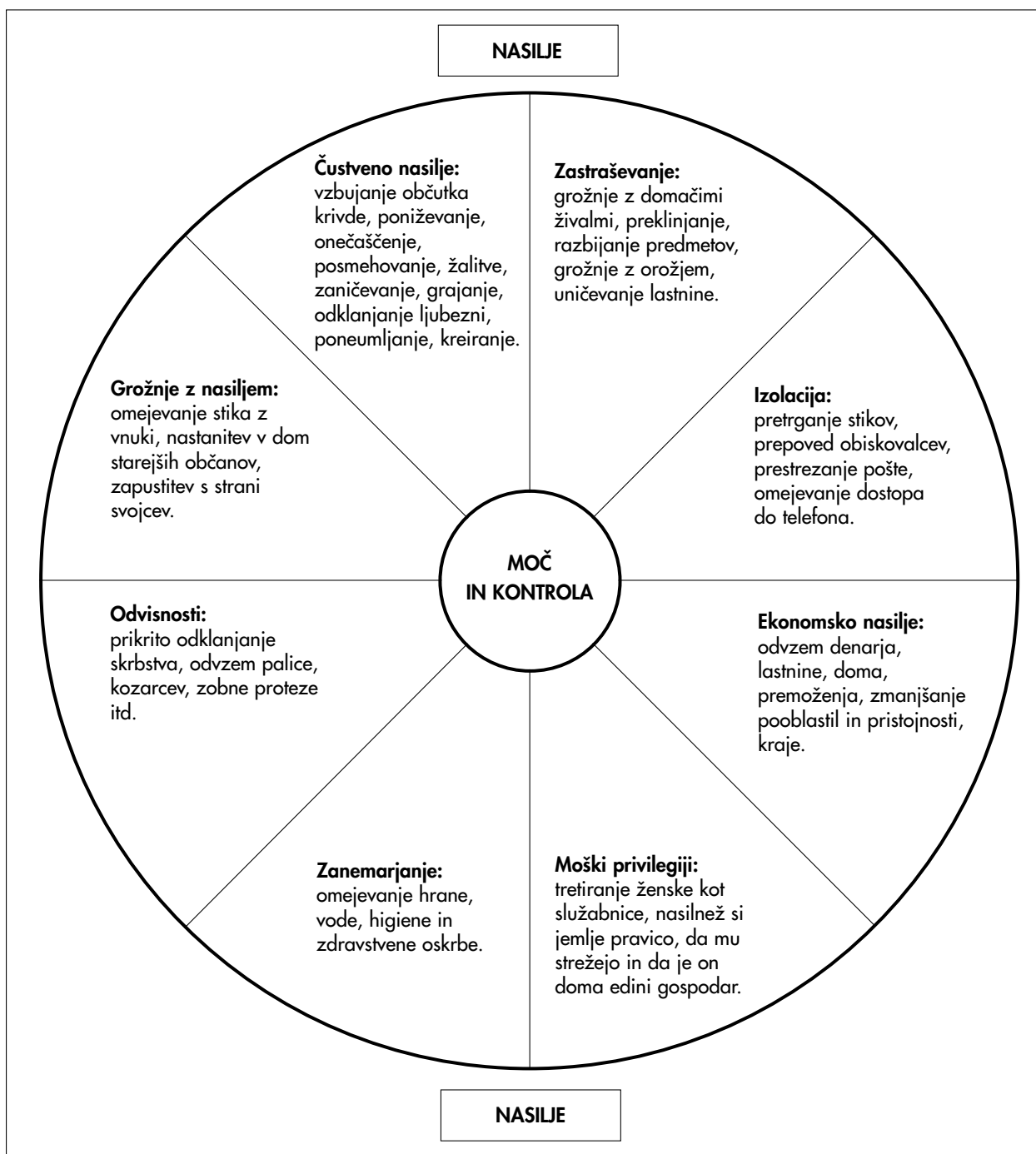
### **Nasilje, zanemarjanje in zlorabe**

Veliko starejših ljudi je žrtev nasilja ali zanemarjanja, pogosto neopazno ali skrito. Največkrat ga izvajajo družinski člani ali negovalci, v 60 % zakonec, v 25 % primerov pa to storijo odrasli otroci, s katerimi ostareli živijo in so od njih finančno odvisni. Nasilje se dogaja v vseh ekonomskih razmerah, vseh starostnih skupinah in pri obeh spolih.

Glavne vrste nasilja so:

- fizično maltretiranje,
- finančno izkoriščanje,
- zanemarjanje,
- psihološko čustveno nasilje,
- samozanemarjanje,
- zapuščenost in izolacija.

Schema 2. Kolo moči in kontrole za starejše ženske kot žrtve nasilja



Opomba: Za številne starostnike, zlasti na deželi, je značilna velika navezanost na svoj dom. Zato da jim pomeni nastanitev v domu starejših občanov pravo kazen, čeprav bi imeli tam neprimerno več udobja in boljše oskrbo (socialno, zdravstveno ...).

Tabela 3. Opozorilni znaki, da gre za nasilje ali zanemarjanje ostarele osebe

<b>Diagnoze</b>	padci, zlomi; sledovi spon ali vrvi na koži	nezdravljena stanja (nima očal, slušnega aparata, proteze, zdravljenih zob ...)	genitalne infekcije	preležanine, poškodbe ali kožne infekcije
<b>Zdravljenje</b>	neredno zdravljenje	preveliko odmerjanje zdravil	nezadostna terapija	
<b>Prehrana</b>	nedohranjenost ali dehidracija	nerazložljivo izgubljanje ali pridobivanje telesne teže	čezmerno pitje alkoholnih pijač	izguba apetita

<b>Inkontinenca</b>	nerazložljiva inkontinenca seča ali blata			
<b>Zaznavne funkcije, dojetanje</b>	nerazložljiva zmedenost	nenaden pojav nenavadnega obnašanja		
<b>Čustvovanje</b>	nerazložljiva nespečnost ali čezmerno spanje	anksioznost, agitacija	paranoja	depresivnost
<b>Pomičnost</b>	nerazložljiva sprememba v vzorcu gibanja in obnašanja v družbi	vse manj opravil zunaj doma zaradi poslabšane pokretnosti (nakupovanje, sprehodi itd.)		
<b>Sodelovanje z negovalno skupino</b>	nerazložljivo ali nenadno pomanjkanje sodelovanja pri izvajanju načrtovane nege			

### Padci in poškodbe

**Nenamerne poškodbe** so tudi eden od vzrokov smrti pri ljudeh, starejših od 65 let. Tretjina vzrokov smrti so namreč padci, drugo pa prometne nesreče, zadušitve, opekline, utopitve in druge nezgode, pogosto skupaj s čezmernim pitjem alkoholnih pijač. Vse to je treba upoštevati v pripravi preventivnih programov. Vedno je potrebna temeljita analiza dejavnikov tveganja, da bi bilo usmerjeno ukrepanje lahko učinkovito (tabela 4).

Tabela 4. **Možnosti ukrepanja pri dejavnikih tveganja za padce**

Dejavnik tveganja	Medicinski ukrepi	Rehabilitacijski ukrepi	Okoljski ukrepi
<b>Vid</b>	refrakcija, operacija katarakte	vaje za hojo in ravnotežje, pomoč pri slabem vidu	dobra osvetlitev, varen dom, arhitekturne rešitve bivalnega okolja
<b>Sluh</b>	odstranitev cerumna, ADG, ev. slušni aparat	vaje in uporaba slušnih pripomočkov	zmanjšanje hrupa v bivalnem okolju
<b>Vestibularna disfunkcija</b>	izogibanje ototoksičnim učinkovinam	vaje za priučenje	dobra osvetlitev, varen dom
<b>Periferne nevropatije, cervikalni in lumbalni sindrom</b>	diagnoza in zdravljenje bolezni (spondiloza ...)	vaje za ravnotežje, pomagala pri hoji	dobra obutev, dobra osvetlitev, varen dom
<b>Bolezni centralnega živčevja</b>	diagnoza in zdravljenje bolezni (parkinsonizem)	fizioterapija, vaje za hojo in ravnotežje, pomagala pri hoji	varen dom, ustrezne prilagoditve (visoki, čvrsti stoli, dvizni toaletni stol, oprijemala v kopalnici)
<b>Demenca</b>	izogibanje sedativnim in centralno delujočim zdravilom	nadzorovane vaje in gibanje (hoja)	varno, zaščiteno in nadzorovano okolje
<b>Bolezen gibal (artroze kolkov, kolen, gležnjev, problemi s stopali)</b>	diagnoza in zdravljenje teh bolezni	vaje za hojo in ravnotežje ter krepitev mišic, pomoč pri hoji, ustrezna obutev, dobra nega stopal (nohti, kurja očesa, žulji, otekline)	varen dom, določene prilagoditve

<b>Ortostatska hipotenzija</b>	diagnoza in zdravljenje bolezni, izogibanje nekaterim zdravilom; ponovno preverjanje ustreznosti zdravil; rehidracija; iskanje vzrokov za padec	poševna miza (pri hudi hipotenziji), vaje za dobro kondicijo, kompresijske nogavice	dvignjeno vznožje v postelji
<b>Depresija</b>	izogibanje antidepresivom z močnimi antiholinergičnimi stranskimi učinki		
<b>Zdravljenje z zdravili (zlasti s sedativi, fenotiazini, antidepresivi ...)</b>	določiti najnižji učinkoviti odmerek zdravila, menjava ali po potrebi ukinitvev zdravljenja; le kratko delujoča zdravila		
<b>Akutna bolezen, nova zdravila ali zvišanje odmerka</b>	diagnoza in zdravljenje te bolezni, začetek zdravljenja z majhnim odmerkom in njegovo postopno večanje		povečati nadzor nad boleznijo in uvajanjem novega zdravila

## Imunizacija

### Cepljenje proti gripi

je najpomembnejši ukrep za preprečevanje zbolevanja in umiranja zaradi gripe, še posebej med starejšo populacijo. Najprimernejši mesec za cepljenje je november.

### Druga cepljenja

so za starejše bolnike še pomembnejša kot za mlade. Priporočamo cepljenje proti tetanusu, klopnemu meningitisu, pred potovanji v endemska območja sveta ter ob določenih epidemioloških situacijah ali določenih stanjih organizma (steklina, okužbe z meningokoki, pnevmokoki ...).

## Zdravila

Danes je najpomembnejša preventiva koronarne bolezni, saj je eden glavnih vzrokov smrti pri starejših. Kadar absolutna koronarna ogroženost posameznika presega 20, je potrebno intenzivno zdravljenje zvišanega krvnega tlaka in povečanih maščob. Majhne odmerke acetilsalicilne kisline lahko predpišemo le ljudem z dobro zdravljeno hipertenzijo. Kontraindikacije zanjo so nezdravljena ali nekontrolirana arterijska hipertenzija, jetrne in ledvične bolezni, peptična razjeda zgornjih prebavil, druga stanja z zvečanim tveganjem za krvavitev in preobčutljivost za salicilate.

Približno četrtnina žensk, starejših od 60 let, ima hude težave zaradi osteoporoze, tudi zlome vretenc ter vratu stegenice. Zato je pomembna preventiva osteoporoze z estrogeni in drugimi zdravili. Upoštevati je treba splošno stanje bolnice in kontraindikacije, obenem pa jih redno kontrolirati. Svetujemo uživanje živil z veliko kalcija, če je potrebno, kalcij in vitamin D tudi dodajamo.

## Sekundarna preventiva

Sekundarna preventiva je tudi pri starostnikih usmerjena v zgodnje odkrivanje predkliničnih stopenj bolezni. Potem se bolezen sploh popolnoma ne razvije ali pa jo ublažimo oziroma odložimo njen razvoj in s tem tudi posledice. Najpogostnejša metoda sekundarne preventive je še vedno zgodnje odkrivanje bolezni s presejalnimi testi, ki morajo biti dovolj natančni, občutljivi in specifični, obenem pa uporabni za čim širši krog starostnikov in po možnosti še čim cenejši.

Bolezni, ki jih poskušamo čim bolj zgodaj odkriti na tak način, in presejanja v sekundarni preventivi so:

## Raki

### Maternični vrat:

- bris materničnega vratu (PAP) na 1 do 3 leta;

### Dojka:

- samopregledovanje,
- 1-krat letno pregled pri zdravniku (po 40. letu),
- mamografija na 1 do 2 leti (po 40. letu).

### Debelo črevo:

- digitorektalni pregled 1-krat letno (po 40. letu),
- hematest 1-krat letno: po 50. letu vsi, po 40. letu le ogroženi (glejte tabelo 4),
- ogroženi na 3 do 5 let (po 40. letu).

### Prostata:

- digitorektalni pregled 1-krat letno (po 45. letu),
- PSA 1-krat letno po 45. letu.

### Koža:

- kontrola kožnih lezij in pigmentnih tvorbo;

## Sladkorna bolezen

- določitev sladkorja v krvi 1-krat letno;

## Hiperlipemije

- določitev holesterola enkrat na 5 let (ob več kot 20-% celotni ogroženosti za koronarno bolezen po smernicah!).

## Arterijska hipertenzija

- merjenje krvnega tlaka 1-krat letno;

## Vid

- pregled vida po 50. letu, merjenje intraokularnega tlaka (na 3 leta);

## Ustna votlina

- ocena stanja zobovja.

Pri starejših je ta ocena zelo pomembna. Po pregledu bolnikovih ust mora zdravnik opozoriti na znake bolezni dlesni, bolne in majave zobe ter priporočiti redno nego zob in skrb za ustno higieno. Umivanje zob naj bo vsaj vsakodnevno, če že ne po vsakem hranjenju. Zobne ščetke naj bodo mehke, uporabljajo lahko tudi zobno nitko. Nenazadnje je pregled ust pomemben tudi za zgodnje odkrivanje simptomov nekaterih sistemskih bolezni in malignoma ustne votline.

Tabela 5.

### Stanja, ki uvrščajo osebo v skupino z visokim tveganjem za določeno bolezen

Bolezen	Ogroženi
Rak na materničnem ustju	ženske, ki še niso imele negativnega brisa, ženske s pozitivnim brisom
Rak na kolorektumu	najožji sorodniki z boleznijo, v bolnikovi anamnezi rak na endometriju, jajčniku ali dojki, adenomatozni polip, kronično vnetno bolezen črevesa, rak na kolorektumu

Rak v ustni votlini	pitje močnih alkoholnih pijač in kajenje
Kožni rak	prekanceroze (displastični nevusi, keratosis actinica), močna izpostavljenost soncu, predhodni kožni raki
Koronarna bolezen	dva ali več dejavnikov tveganja, starejši neaktivni moški, ki začno z intenzivnim treningom (glejte poglavje Preprečevanje bolezni srca in ožilja)
Sladkorna bolezen tipa 2	debelost, dedna obremenjenost, gestacijski diabetes v anamnezi
Zožitev karotidnih arterij	> 20-% tveganje za razvoj bolezni srca in žilja, v anamnezi možganska kap, tranzitorna ishemična ataka
Tuberkuloza	begunci, brezdomci (iz endemskih območij), imigranti, osebe v domovih starejših občanov, imunokompromitirane osebe

Dojke je smiselno pregledovati le do 75. leta starosti, ker pozneje tumorji na dojkah rastejo izredno počasi.

Merjenje kostne mase je dobra metoda za odkrivanje osteoporozе pri ženskah z dejavniki tveganja in za kontrolo zdravljenja z estrogeni.

## Terciarna preventiva

Terciarna preventiva je namenjena zdravljenju in preprečevanju napredovanja bolezni. Ta tip preprečevanja bolezni je pri starejših ljudeh najpogostejši.

Po sistematičnem diagnostičnem postopku pri starostniku takoj začnemo z zdravljenjem in rehabilitacijo.

Terciarna preventiva se ne razlikuje od siceršnjega zdravljenja bolezni. Prioritetna področja zdravstvene preventive, naštetā v tabeli 1, žal najpogosteje uporabimo, šele ob pojavu prvih simptomov.

Osteoporozā, upad senzoričnih funkcij, depresivnost, nedohranjenost, nenamerne poškodbe, ustne bolezni, polipragmazija, inkontinenca ter osteoartritis so bolezni, ki so vsaka zase velik zdravstveni problem za starejšega bolnika, zato jim moramo pri preprečevanju nameniti večjo pozornost.

Celostna ocena starostnikovega zdravstvenega stanja je najboljši način za ugotavljanje njegove bolezni, vzrokov za oslabelost in določanje prednostnih nalog v nadaljnji zdravstveni oskrbi. Prav za celostno obravnavo je nenadomestljiva interdisciplinarna skupina (družinski zdravnik, patronažna in medicinska sestra, socialna delavka in morda še drugi strokovnjaki). Interdisciplinarna obravnava je pomembna zlasti pri hitrih spremembah bolnikovega zdravstvenega stanja ali njegove okolice.

Pomembno je, da se lotimo le dokazano učinkovitih preventivnih dejavnosti in jih zelo preudarno uvrščamo v svoje redno delo. Pravočasna in dobro izvedena preventiva namreč lahko podaljša življenje in kakovost tudi v pozna leta.

## Škodljivi učinki zdravil pri starostniku

Pri starostnikih so škodljivi učinki zdravil pogostejši kot pri mlajših ljudeh, saj zaužijejo precej več zdravil in imajo obenem ponavadi več bolezni.

Najpogostnejši škodljivi učinki zdravil pri starejši populaciji so razvrščeni v štiri skupine. Naštevamo le zelo okvirne podatke:

### Primarni

Zdravilo ima ozek razpon med toksičnim in terapevtskim odmerkom:

- psihoza po cimetidinu,

- depresija dihalnega centra po narkotikih,
- psihoza po lidokainu,
- krči pri odvisnosti od teofilina,
- insulinska reakcija,
- kronični salicilizem.

### Sekundarni

Posledice medsebojnega delovanja dveh ali več zdravil:

- sulfonilurea in sulfonamidi,
- cimetidin in lidokain,
- eritromicin in teofilin,
- indometacin in propranolol,
- triciklični antidepresivi in alfasimpatikolitiki,
- digoksin in antiholigerniki ali diazidi ali tetraciklini,
- salicilati in antacidi.

### Simptomi ob nenadni ukinitvi zdravila:

- angina pectoris ob hitri ukinitvi blokatorjev beta,
- angina pectoris in arterijska hipertenzija ob ukinitvi blokatorjev kalcijevih kanalov,
- abstinenčna kriza po ukinitvi zdravil, ki lahko povzročajo zasvojenost.

### Nefarmakološki učinki

Ti so ugotovljeni le z epidemiološkimi študijami:

- zvišano tveganje za padce med zdravljenjem s tricikličnimi antidepresivi, benzodiazepini ali antipsihotiki,
- poškodbe zaradi iatrogene ortostatske hipotenzije.

Žal niso redki niti **iatrogeni škodljivi neželeni učinki** zdravil. Primerijo se lahko pri:

- predpisovanju neprimernega zdravila ogroženemu bolniku (nesteroidni anti-revmatik bolniku s peptičnim ulkusom),
- predpisovanju zdravila z velikim številom možnih interakcij bolniku, ki že prejema veliko zdravil (kaptopril in zdravila, ki zadržujejo kalij; difenilhidramin in antiholinergiki),
- predpisovanju neustreznega zdravila za zdravljenje neprepoznanega stranskega učinka drugega zdravila (triciklični antidepresiv za zdravljenje depresije po zaviralcu beta, močno pomirjevalo za zdravljenje benzodiazepinske agitacije),
- avtomatičnem predpisovanju zdravil (smernice za urgentna stanja in prvo pomoč, za zdravljenje v domovih starejših),
- pomanjkljivem spremljanju stranskih učinkov ter interakcij zdravil med dolgotrajnim zdravljenjem.

S starostjo se spremeni farmakokinetika zaradi fizioloških sprememb pri staranju; spremenijo se resorpcija, distribucija in izločanje zdravil iz telesa. Pri starostniku se zmanjša celotna količina vode v telesu, upade mišična masa, poraste količina telesnega maščevja. Zato so koncentracije v vodi topnih zdravil večje, njihova porazdelitev po telesu boljša, zapozneno pa se izločajo v maščobah topne snovi (hipnotiki, analgetiki, anksiolitiki). Zmanjšata se še presnova zdravil v jetrih in ledvični pretok, z njima pa tudi glomerularna filtracija in tubularna reabsorpcija, zato je izločanje samega zdravila in njegovih metabolitov počasnejše.

Tako lahko sprožimo nedohranjenost, sečno inkontinenco, upad kognitivnih procesov, depresivnost, slabšo pomicnost, krvavitve iz prebavil, aritmije, glavkom, zasto



seča, ledvično odpoved in druge bolezni ne le zaradi stranskih učinkov, ampak tudi zaradi medsebojnega delovanja zdravil.

Tabela 6. Nekaj pomembnih škodljivih učinkov zdravil pri določenih boleznih starostnika

Bolezen	Zdravilo	Škodljivi učinek
Demenca	psihotropna zdravila, levodopa, antiepileptiki	zmedenost, delirij
Glavkom	antimuskarini (antiholinergiki)	akutni glavkom
Popuščanje srca	zaviralci receptorjev beta, verapamil	akutno srčno popuščanje
Prevodne motnje ritma	triciklični antidepressivi	srčni blok višje stopnje
Arterijska hipertenzija	nesteroidni antirevmatiki	zvišan krvni tlak
Periferna arterijska žilna bolezen	zaviralci receptorjev beta	intermitentne klavdikacije
Kronična obstruktivna pljučna bolezen	zaviralci receptorjev beta, opiat	bronhokonstrikcija, respiratorna insuficienca
Kronično ledvično popuščanje	nesteroidni antirevmatiki, kontrastna sredstva, aminoglikozidi	akutna ledvična odpoved
Sladkorna bolezen	diuretiki, pronizon	hiperglikemija
Hipertrofija prostate	antimuskarini (antiholinergiki)	zastoj seča
Depresija	zaviralci receptorjev beta, centralno delujoči antihipertenzivi, alkohol, steroidi, benzodiazepini	depresija se pogloblja in hitreje razvija
Hipokaliemija	digoksin	srčne aritmije
Peptični ulkus	nesteroidni antirevmatiki, antikoagulansi, antitrombocitna zdravila	krvavitev iz prebavil

Z zdravili lahko povzročimo tudi okvare in celo patološka stanja.

**Nedohranjenost, anoreksijo in pomanjkanje apetita** lahko sprožijo: digoksin, teofilin, hidroklorotiazid, nesteroidni antirevmatiki, triamteren, alopurinol, klindamicin, antihistaminiki; malabsorpcijo za določene vitamine in minerale pa izoniazid, mineralna olja, tetraciklini, antikonvulzivi, trimetoprim, triamteren, antikonvulzivi, salicilati in diuretiki.

**Inkontinenca** je lahko posledica jemanja antiholinergikov, antihistaminiov, amitriptilina, imipramina, mišičnih relaksansov, agonistov alfa, antagonistov alfa, diuretikov, litija, benzodiazepinov, sedativov in hipnotikov.

Med z zdravili povzročenimi psihičnimi spremembami omenimo demenco, slabšanje spominskih in kognitivnih funkcij po antiaritmikih (kinidin), antibiotikih (cefaleksinu, ciprofloksacinu, ofloksacinu, metronidazolu), antiholinergikih, antidepressivih, antikonvulzivih in antiepileptikih (fenitoinu, valproidu, karbamazepinu), antiemetikih, antihipertenzivih (propranololu, metoprololu, atenololu, verapamilu, metildopi, prazosinu, nifedipinu, rezerpinu), antineoplastičnih agensih, litiju, antiparkinsonskih, amantadinu, antihistaminikih, kardiotonikih, kortikosteroidih, diuretikih, antagonistih receptorjev H<sub>2</sub>, imunosupresivih, narkotikih in opiatih, nevroleptikih in psihosedativih, nesteroidnih antirevmatikih in sedativih.

Vedenjske motnje, nespečnost, nočne more, sedacija, agitacija, vzdražljivost, nemir (vse do delirija s psihozo) ali halucinacije lahko sprožijo antiholinergiki, cimetidin, ranitidin, digoksin, bromokriptin, amantadin, baklofen, opiatni narkotiki, simpatikomimetiki, glukokortikoidi in atropin.

Depresije so opisali po rezerpinu, metildopi, zaviralcih receptorjev beta, kortikoidih itd. Ker je depresivnost že tako pogostejša pri starejši populaciji, samostojna ali kot spremljevalec bolezni in stanj (tabela 7), moramo paziti, da je z zdravljenjem ne poslabšamo.

Padce in poškodbe pripisujejo z zdravlili povzročenemu znižanju krvnega tlaka, vrtoglavice in slabosti antihipertenzivom, diuretikom, antipsihotikom, sedativom, hipnotikom, benzodiazepinom in tricikličnim antidepresivom, osteoporozo pa kortikoidom.

Zato pri predpisovanju zdravil starejšim bolnikom vselej dobro pretehtajmo in upoštevajmo priporočila iz tabele 7.

Tabela 7. **Priporočila za preprečevanje škodljivih učinkov zdravil pri starostnikih**

<b>Priporočila po pomembnosti</b>
1. Postavitev točne diagnoze pred zdravljenjem
2. Natančna anamneza o jemanju zdravil
3. Dobro poznavanje farmakokinetike zdravil
4. Določitev odmerka
5. Uporaba manjših odmerkov
6. Preprost režim jemanja zdravil
7. Redno preverjanje jemanja zdravil
8. Čim manj zdravil hkrati
9. Kartonček z navodilom za jemanje zdravil
10. Dajanje navodil družinskim članom
11. Bolnik naj prinese s seboj škatlice zdravil, ki jih potrebuje
12. Izločanje starih zdravil
13. Pomoč patronažne sestre
14. Določanje serumske koncentracije zdravil
15. Temeljit razmislek pred predpisovanjem zdravila bolniku z očitno psihotično motnjo
16. Starostnik naj se zaveda, da lahko isto zdravilo obenem koristi in škoduje, oziroma zdravi in povzroči novo bolezen.

## Sklep

Težko je postaviti mejo med odraslimi in starostniki, saj samo numerična starost ni dovolj. Poznamo namreč starčke pri 55. in mladostnike pri 70. Naloga družinskega zdravnika je ne le poznati posebnosti bolezni in zdravja v starosti, pravočasno prepoznati dejavnike tveganja ali že zgodnje bolezenske znake, jih opredeliti in ustrezno zdraviti, ampak tudi znati poslušati bolnika, ga razumeti in naučiti z boleznijo živeti. Bolnika je treba pripraviti na upokožitev, invalidnost in tudi na smrt.

### Priporočena literatura:

1. Anetzberger JG et al. Abuse against older Ohioans in home and community based settings. Screening Tools and Referral Protocol. The Benjamin Rose Institute, Cleveland, 1999.
2. Bulc M. Polimorbidnost kot terapevtski problem. Krka 1991. Suppl; 7–14.
3. Bulc M. Vodenje arterijske hipertenzije v starosti. Zdrav Var 1997; 36: 333–44.
4. Bulc M. Preprečevanje bolezni srca in ožilja v ambulanti splošne družinske medicine. Krkini rehabilitacijski dnevi. Otočec: Krka, 1998; 35–42.
5. Curriculum of Geriatric Medicine. Saint Luke's Medical Center, Internal Medicine Residency Program. Cleveland, 1997.
6. Dobovišek J, Accetto R. Arterijska hipertenzija. Sekcija za arterijsko hipertenzijo SZD. Ljubljana: Lek, 1998; 413–420.
7. Ferri F et al. The Care of the geriatric patient. St. Louis: Mosby, 1997.
8. Feely J, Coakley D. Altered pharmacodynamics in the elderly. Cl in Ger Med 1990; 6: – 83.
9. Geriatric Review Syllabus. American Geriatrics Society. 2<sup>nd</sup> Edition; Cleveland: Case Western Reserve University, 1999–2000.
10. Older Battered Women Conference, Consortium for Elder Abuse Prevention. San Francisco UCSE/Mount Zion Center of Aging: 1996.

11. Preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni. Priročnik. Ljubljana: Zdravstveni dom, CINDI Slovenija, 1996.
12. Preventiva v osnovnem zdravstvu. Priporočila za prakso. Ljubljana: Zdravstveni dom, CINDI Slovenija, 1998.
13. Preventiva v splošni medicini: 13. učne delavnice za zdravnike splošne medicine; Švab I, ured. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1996; 1–6.
14. Svetovna zdravstvena organizacija. Evropski urad. Preventiva v osnovnem zdravstvu. Ljubljana: CINDI Slovenija, Zdravstveni dom Ljubljana, 1998; 61–75, 139–154.
15. Švab I et al. Vodenje kroničnega bolnika v družinski medicini. Zbornik 16. učnih delavnic za zdravnike družinske medicine 1999. Zbirka PIP. Ljubljana: Sekcija za družinsko/splošno medicino SZD, 1999; 49–61.
16. The recommendations of the US Preventive Services Task Force. *Am Geriatr Society*, 1990; 38 (8): 734.
17. Tomori M, Ziherl S. Psihijatrija. Ljubljana: Littera picta, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, 1999.
18. Yuen F. Altered pharmacokinetics in the elderly. *Cl in Ger Med* 1990; 6: 257–69.

# OBRAVNAVA STAROSTNIKA

---

*Marko Kocijan*

Naloga družinskega zdravnika ni le zdravljenje bolezni, ampak tudi izboljšanje funkcionalnega stanja starega bolnika, vzdrževanje njegove neodvisnosti in kakovosti življenja. Starostnikove težave so večplastne, zato je najprikladnejša interdisciplinarna obravnava: poleg družinskega zdravnika naj v obravnavi sodelujejo še patronažna sestra, negovalka, socialni delavec, svojci in morda tudi sosede.

Pregled starostnika se bistveno ne razlikuje od drugih odraslih, le metode so prilagojene in nekoliko dopolnjene. Zdravnik mora poznati fiziološke, patološke in funkcionalne posledice staranja, pa tudi najpogostnejše, značilne težave starih ljudi. Tako probleme lažje odkrije, uspešneje odpravlja ali vsaj omili, s tem pa uspešno vpliva na kakovost starostnikovega življenja.

## **Značilnosti starostnika**

### **Individualna variabilnost**

Čeprav je za starost značilen upad organskih funkcij, je populacija starejših bistveno bolj heterogena kot mlajših. Zato je zdravnikovo delo zahtevnejše, izdelava enotne doktrine pregleda pa težja.

### **Multipla patologija**

Kar 85 % ljudi po 65. letu ima vsaj eno, 30 % pa celo tri ali več kroničnih bolezni. To dejstvo moramo upoštevati tako pri diagnostiki kot pri zdravljenju in negi starostnika.

Akutna bolezen enega organskega sistema lahko vpliva na druge, kar spremeni znake in simptome, da osnovno bolezen težje spoznamo. Znan primer je starostnikova zmedenost zaradi zvišane telesne temperature in hipoksije pri pljučnici.

Simptomi ene bolezni lahko prekrijejo znake druge. Tako bolnik z osteoartritisom in koronarno boleznijo nima napadov angine pectoris med naporom, ker slednjega sploh sploh ne zmore.

Zdravljenje ene lahko razkrije še nediagnosticirano drugo bolezen. Predodmerjanje antiholinergikov razkrije dotlej latenten zastoj seča.

Zato mora družinski zdravnik poznati znake in simptome multiple patologije ter biti posebej pozoren na morebitne učinke zdravil pri bolniku z več boleznimi.

### **Spremenjeno doživljanje in opisovanje bolezni**

Pri starejših bolnikih je bolezen lahko drugačna kot pri mlajših, zato je težko oceniti, ali gre za bolezen, starostne spremembe ali morda spremenjeno opisovanje težav. Starost spremeni bolnikov odziv na bolezen. Pogovor in klinični pregled morata biti prilagojena starejšemu bolniku, ker ima slabši vid, sluh, govor, omejeno gibljivost, slabše sodeluje pri pregledu. Znanilci izbruha akutne bolezni ali poslabšanja kronične bolezni so lahko nespecifični: odklanjanje hrane, nezmožnost uporabe denarja, popuščanje pri skrbi zase, slabša gibljivost, padci in zlomi, inkontinenca ter upad kognitivnih funkcij. Ob vsaki spremembi je zato treba bolnika temeljito pregledati in znova oceniti njegovo zdravstveno stanje.

### **Starostnikov odziv na bolezen**

Starostnik se na bolezen in zdravljenje odziva po svoje. Bolnikove navedbe niso vselej v sorazmerju s stopnjo bolezni in okvaro zdravstvenega stanja. Nekateri nam-

reč obiščejo zdravnika za vsako melenkost, medtem ko drugi in njihovi svojci pripisujejo bolezenske znake kar staranju in ne iščejo zdravniške pomoči. Dokler so kognitivne funkcije ohranjene, je starostnikova skrb za lastno zdravje dokaj dobra, ob njihovem slabšanju pa značilno usiha, saj bolnik ne poišče več zdravniške pomoči, kot da ne vidi več smisla in koristi zdravljenja. Na take bolnike mora biti zdravnik posebej pozoren ter jim potrpežljivo razložiti smisel in koristi diagnostike in zdravljenja.

## Polipragmazija

Starejši ponavadi jemljejo veliko zdravil, zato je tveganje za njihovo medsebojno delovanje in stranske učinke večje. Zmanjšamo ga lahko s skrbnim pregledom režima zdravljenja, pri čemer upoštevamo zdravila, ki jih je predpisal zdravnik, in tista, ki jih kupujejo sami.

## Za starost značilni zdravstveni problemi

Pri starostnikih, zlasti če živijo v domovih za ostarele, opazimo značilne bolezni in stanja: intelektualni upad (demenca, delirij), inkontinenca, nestabilnost (padci), nepomičnost, nedohranjenost, oslabeledost, naglušnost in slabovidnost, izolacija (depresija!), impotenca ter iatrogene bolezni. Nastajajo lahko neopazno ali pa izbruhnejo nenadno. Če jih prepoznamo, jih pogosto lahko uspešno zdravimo ali vsaj omilimo z bolniku prilagojenim obnašanjem, prilagojenim bivalnim okoljem in s pomočjo okolice, zdravstvene in socialne službe.

## Preiskava starostnika

Tudi pri preiskavi starostnika uporabljamo utečeni postopek SOAP, ki ga uporabljamo kot način vpisovanja v bolnikov zdravstveni karton (angl. **S**ubjective = anamneza, **O**bjective = pregled, **A**ssessment = ocena, **P**lan = načrt).

## Posebnosti

Pregled starostnika olajšajo domačno vzdušje, primerna temperatura in osvetljenost prostora. Močne sence in bleščanje motijo bolnika s katarakto, zato naj bo vir posredne svetlobe za bolnikom (ne za zdravnikom!). Pogovora naj ne moti hrup. Stol naj bo čvrst, z ravnim naslonjalom, tapeciran, visok ca. 45 cm, da tudi bolniki z artritidom ali mišično oslabeledostjo lahko varno vstanejo. Priporočljiva so naslonjala za roke v višini 60 cm za dodatno oporo pri vstajanju. Preiskovalna postelja naj bo dovolj nizka in široka, da se tudi slabo pokreten bolnik lahko povzpne nanjo. Bolniku s kifozo podpremo glavo in vrat z blazinami. Vprašalniki in pisne informacije za bolnike naj bodo natisnjeni z velikimi črkami!

## Anamneza

Pogovor s starostnim bolnikom začnemo s pozdravom in prijaznim nagovorom, primernim njegovemu stanju. Zdravnik naj med pogovorom opazuje njegovo mimiko, gibe ustnic in telesa. Za vsako vprašanje naj si vzame dovolj časa, vprašanja naj razširi na področja z visoko prevalenco pri starostnikih. Pomemben vir informacij so lahko svojci in negovalno osebje, vendar ne morejo in ne smejo nadomestiti pogovora z bolnikom. Ta mora imeti možnost, da na samem zdravniku zaupa vse svoje težave in skrbi. Prisotnost družinskega člana je dobrodošla, če so bolniki plašni ali imajo večji upad kognitivnih funkcij.

Ne smemo pozabiti na izčrpno anamnezo o jemanju zdravil, niti odmerkov, vrste zdravil, indikacij, trajanja zdravljenja, stranskih učinkov, bolnikovega sodelovanja!

Bolnika načrtno sprašujemo po organskih sistemih in sproti ugotavljamo funkcionalno stanje, morebitne upade zaradi starosti ali bolezni (uporabimo lahko tudi vprašalnik).

Pri znakih spominskega upada, zmanjšanju funkcije odločanja in izvrševanja (npr. ravnanje z denarjem) testiramo kognitivne funkcije z ločenim spraševanjem bolnika in svojca oz. negovalca. Na upad nas opozori ponavljajoča se ustrezljivost in pretirano spoštovanje do skrbnika, nezmožnost kronološkega podajanja dogodkov, slabše razumevanje navodil o zdravljenju, neustrezni odgovori na vprašanja.

Za odkritje depresije včasih zadošča vprašanje o žalosti, želji po smrti ali mislih na samomor. Ker je pri starejših pogostejša prikrita depresija (brezbrižnost, otopelost), je koristneje uporabiti standardizirane vprašalnike, npr. lestvico o starostni depresiji (angl. Geriatric Depression Scale, priloga 1). Bolezenska stanja, ki so pogosteje povezana z depresijo, navajamo v prilogi 2.

Pri vprašanju o motnjah vida moramo posebej povprašati, koliko pregledovanec vidi od blizu, na daleč in kako ponoči.

Inkontinenco ocenimo z vprašanjem o nehotnem uhajanju seča ali blata ali obeh in o trenutnih težavah pri odvajanju, kar ni pomembno le za diagnostiko, ampak tudi za spremljanje bolezni in uspešnosti zdravljenja.

Vsakega starostnika moramo povprašati po padcih in težavah z ravnotežjem, pa tudi po strahu pred padci, zaradi katerega omejijo svoje gibanje in dejavnosti. Če je odgovor pozitiven, moramo odkriti dejavnike tveganja za padce (ali so farmakološki, mišičnoskeletni, nevrološki, kardiovaskularni, starostniku neprilagojeno okolje).

Za oceno hranjenja uporabimo podatke o spremembah teže, apetita ali količinskega vnosa hrane. Opredelimo trajanje in resnost spremembe; hujšanje je namreč lahko namerno ali posledica bolezni (boleči sklepi, zaprtje, nespečnost, nikturija ...), funkcionalnega upada ali socialnoekonomskih dejavnikov.

Pri starostniku je zelo pomembna tudi socialna anamneza (zakonski stan, družina, prijatelji, znanci, sprejemljivost za tujo pomoč, zaupljivost). Ocenimo, katere dnevne dejavnosti še zmore opravljati sam. Delimo jih na osnovne (oblačenje, umivanje, vstajanje iz postelje, uporaba stranišča, samostojno hranjenje) in celovitejše (nakupovanje, kuhanje, uporaba mestnega prevoza, nabava zdravil, dviganje denarja ...).

Oceniti moramo tudi možne vire pomoči: družina ali socialna služba, prostovoljne organizacije, domovi starejših ipd.

## Klinični pregled

Usmerjen naj bo v patologijo, ki je v starosti pogostejša. Metode pregledovanja moramo prilagoditi starosti.

## Ocena

Funkcionalni status starostnika je opis njegovega delovanja na različnih področjih (duševnem, telesnem, socialnem in čustvenem).

Medsebojno vplivanje starosti, bolezni in okolja lahko izrazimo na splošno kot upad telesnih funkcij (slika 1). Tak opis zagotavlja natančnejšo diagnostiko, racionalnejše zdravljenje, lahko izboljša bivalne razmere in bolnikovo splošno stanje. S temi ukrepi lahko bolniku podaljšamo življenje in izboljšamo njegovo kakovost.

Ocena funkcionalnega stanja naj vsebuje tudi razmislek o glavnih, splošno veljavnih vprašanjih:

- Ali je bolnik funkcionalno omejen? Ali lahko omejitve odstranimo z natančnejšo diagnostiko, zdravljenjem ali prilagojenim okoljem?
- Ima bolnik opazen upad senzoričnih funkcij?
- So vsa zdravila, ki jih jemlje, potrebna in koristna?
- Ali so v bolnikovem okolju (socialnem in bivalnem) pomanjkljivosti?

- Ali smo izvedli vse preventivne ukrepe?
- Ali smo samega bolnika starostnika vključili v načrtovanje dejavnosti in ukrepov?

S takim načinom odkrijemo glavne probleme in potrebe, nadaljujemo pa individualno tako, da obravnavo prilagodimo posameznemu bolniku.

### Literatura

1. Geriatric Review Syllabus. American Geriatrics Society. 2<sup>nd</sup> Edition; Cleveland: Case Western Reserve University, 1999–2000
2. Curriculum of Geriatric Medicine. Saint Luke's Medical Center, Internal Medicine Residency Program. Cleveland, 1997.
3. Švab I et al. Vodenje kroničnega bolnika v družinski medicini. Zbornik 16. učnih delavnic za zdravnike družinske medicine 1999. Zbirka PIP. Ljubljana: Sekcija za družinsko/splošno medicino SZD, 1999: 49–61.
4. Bulc M. Polimorbidnost kot terapevtski problem. Krka, 1991. Suppl; 7–14.
5. The recommendations of the US Preventive Services Task Force. Am Geriatr Society, 1990; 38: 734.
6. Ferry F. in sod. The Care of the geriatric patient. St. Louis: Mosby, 1997.

### Priloga 1. **Orientacijska ocena depresije pri starostniku**

Odgovorite na vprašanja o svojem počutju v preteklem tednu:

1. Ste na splošno zadovoljni s svojim življenjem? .....	DA	NE
2. Ste opustili katere od dosedanjih dejavnosti ali interesov? .....	DA	NE
3. Se vam zdi vaše življenje prazno? .....	DA	NE
4. Se pogosto dolgočasite? .....	DA	NE
5. Se večinoma dobro počutite? .....	DA	NE
6. Se bojite, da bi se vam kaj hudega pripetilo? .....	DA	NE
7. Ste pretežno srečni? .....	DA	NE
8. Se pogosto počutite nemočni? .....	DA	NE
9. Ali raje ostanete doma, namesto da bi šli ven ali počeli kaj novega? ...	DA	NE
10. Ali občutite, da imate več težav s spominom od drugih? .....	DA	NE
11. Ali menite, da je lepo, da živite prav zdaj? .....	DA	NE
12. Se počutite nepomembni? .....	DA	NE
13. Ste polni energije? .....	DA	NE
14. Menite, da ste se znašli v brezizhodnem položaju? .....	DA	NE
15. Menite, da je večina ljudi boljših od vas? .....	DA	NE

#### Rezultat:

Eno točko prinesejo naslednji odgovori:

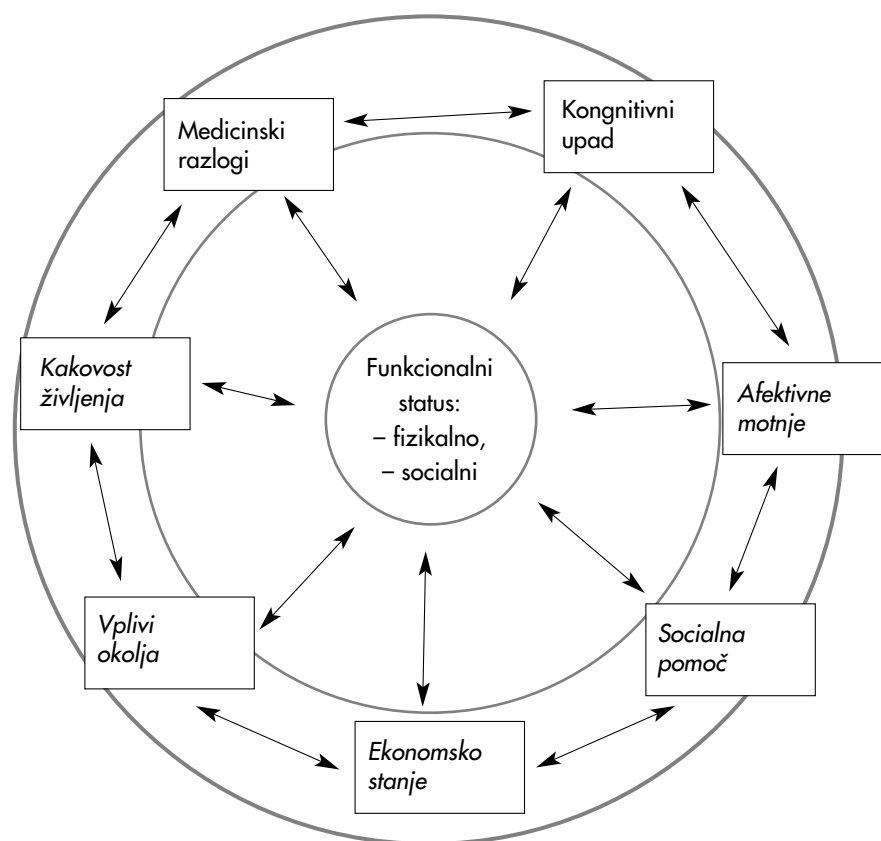
Vprašanja:

1: NE	6: DA	11: NE
2: DA	7: NE	12: DA
3: DA	8: DA	13: NE
4: DA	9: DA	14: DA
5: NE	10: DA	15: DA

0–5 točk: normalno

6 in več točk: nakazana depresija

Slika 1. Medsebojno delovanje starosti, bolezni in okolja



Priloga 2. Bolezenska stanja, ki so pogosto povezana z depresijo

**BOLEZNI SRCA IN ŽILJA:**

- arterijska hipertenzija,
- miokardni infarkt,
- kongestivna srčna odpoved,
- stanje po vstavitvi premostitev koronark.

**NEVROLOŠKE MOTNJE:**

- cerebrovaskularni insult,
- Alzheimerjeva bolezen,
- Parkinsonova bolezen,
- amiotrofična lateralna skleroza,
- multipla skleroza,
- multifokalna demenca – Binswangerjeva bolezen (subkortikalna arteriosklerotična eencefalopatija).

**MALIGNOMI:**

- karcinomi trebušne slinavke, dojke, pljuč, jajčnika in debelega črevesa,
- limfomi,
- možganski tumorji.

**METABOLNE MOTNJE:**

- sladkorna bolezen,
- hipotiroza,
- hipertiroza,
- hiperfunkcija skorje nadledvične žleze,
- hiperparatiroidizem,
- Addisonova bolezen,
- avtoimuni tiroiditis.

**DRUGE BOLEZNI ALI STANJA:**

- kronična obstruktivna pljučna bolezen,
- revmatoidni artritis,
- gluhost,
- kronična bolečina,
- spolne disfunkcije,
- dializa,
- kronično zaprtje.



# HIŠNI OBISK

---

Janko Kersnik

## Opredelitev hišnega obiska

**Hišni obisk** je oblika posveta zdravnika z bolnikom zunaj zdravniške ambulante (1). Najpogosteje poteka na bolnikovem domu, lahko pa tudi v hotelski sobi, na javnem prostoru in drugje. Spada v delo zdravnika družinske medicine in sodi med njegova strokovna opravila. Hišni obisk je prvotna oblika zdravniškega dela. Šele z razvojem medicine in zdravstvenega varstva je začela prevladovati bolj institucionalizirana oblika nujenja zdravniške oskrbe. Dvajseto stoletje hišnim obiskom ni bilo naklonjeno, zato je njihovo število povsod začelo upadati (2). Na padec števila obiskov je zlasti vplivala zdravstvena politika (3):

- z administrativnim omejevanjem,
- s slabim nagrajevanjem,
- z razvojem polikliničnega načina dela.

Kljub vsemu hišni obisk pridobiva na pomenu, ker izboljšuje sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom, obenem pa zdravniku omogoča vpogled v ustroj in delovanje družine.

## Oblike hišnega obiska

Glede na okoliščine poznamo več oblik hišnih obiskov (1):

- *zdravljenje na domu:*
  - vodenje hudih kroničnih bolnikov,
  - obdobjni hišni obiski starostnikov,
  - obdobjni hišni obiski invalidov,
  - spremljanje umirajočih;
- *nujni hišni obisk:*
  - sodelovanje v ekipi nujne medicinske pomoči,
  - nujno zdravljenje in nujna medicinska pomoč;
- *hišni obisk v ožjem pomenu besede:*
  - prvi hišni obisk zaradi novonastale bolezni,
  - ponovni hišni obisk(i) zaradi spremljanja in vodenja novonastale bolezni,
  - prvi hišni obisk zaradi poslabšanja znane bolezni ali stanja;
- *druge oblike hišnih obiskov:*
  - obisk v bolnišnici,
  - obisk v domu starostnikov,
  - obisk zaradi socialnih težav idr.

## Zdravljenje na domu

**Zdravljenje na domu** je oblika hišnega obiska, ko pri bolniku spremljamo znano kronično bolezen ali stanje (1, 4). Navadno gre za zaporedje hišnih obiskov, ki si jih začrta zdravnik družinske medicine sam glede na stanje obiskovanega. Ob vmesnih poslabšanjih hišni obisk lahko sproži tudi bolnik sam ali njegovi domači. Zdravljenje na domu praviloma opravlja osebni zdravnik. V času poslabšanj je mogoče vključiti tudi nadomestnega ali dežurnega zdravnika. Zdravnik družinske medicine tak način dela izbere takrat, ko bolnik brez posebnega navora ne more oditi sam v ambulanto. Najpogostnejša vzroka sta slabo zdravstveno stanje ali težave zaradi

prevoza do ambulante. Iz seznamov vpisanih in kroničnih bolnikov poiščemo one, ki ne prihajajo v ambulanto in z njimi nismo vzpostavili stika prek patronažne sestre. Obiske pri kroničnem in umirajočem bolniku načrtujemo glede na zdravstveno stanje, ki smo ga ugotovili med prvim hišnim obiskom. Starostnike nad 80 let in hujše invalide, ki ne morejo sami do nas, obiskujemo obdobjno. Skupina bolnikov, potrebnih zdravljenja na domu, navadno šteje 50 do 100 oseb. Zdravnik naj bi vsakega videl vsaj dvakrat letno.

*Primer:* 86-letna bolnica živi v razširjeni štirigeneracijski družini. Muči jo nespečnost, ima hudo artrozo kolen, zaradi katere je omejena na gibanje po stanovanju, žolčne kamne z močno zvišanimi transaminazami in hudo popuščanje srca (zdravljeno z visokimi odmerki diuretikov). Njena glavna oskrbovalka je 60-letna hči, ki zelo dobro skrbi za mamo in spremlja njeno zdravstveno stanje. Prihaja tudi po ponovne recepte in poroča o maminem trenutnem počutju. Zdravnik jo tri- do štirikrat letno obišče, ne glede na trenutno stanje bolezni. Vedno težko pričakuje njegov obisk, med katerim ji izmeri krvni tlak, utrip, posluša srce in pljuča ter pregleda goleni. Obiske in zdravnikovo dostopnost sprejema kot zagotovilo, da ji bo na razpolago tudi pri večjih težavah. Ob poslabšanjih pokliče hči in pogosto zadošča že nasvet za spremembo odmerka zdravil in poznejši obisk za spremljanje učinka. Zadnja tri leta ni bila v bolnišnici ali pregledana pri specialistu.

## Nujen hišni obisk

**Nujen hišni obisk** je oblika, ko posveta pri bolniku ali poškodovancu ni mogoče odložiti, včasih pa ga je treba opraviti nemudoma, včasih skupno s sodelavci in specialno opremo, ker gre za nujno stanje ali celo življenjsko ogroženost bolnika (1). V teh primerih je treba vključiti nujno medicinsko službo. Nujni hišni obisk navadno sproži bolnik sam ali njegovi bližnji. Pri tem velja poudariti prednost sistema, kjer o obliki obiska odloča tisti, ki bo bolnika tudi obiskal. Praviloma se odloča za najracionalnejšo obliko posredovanja. Zato veliko nujnih hišnih obiskov opravi zdravnik sam, če iz klica ni razvidna življenjska ogroženost oziroma ni mogoče predvidevati obsega poškodbe ali stanja, da bi bila potrebna takojšnja napotitev v bolnišnico.

*Primer:* Sredi dopoldanske ambulante kliče sin in prosi za obisk pri svoji 50-letni mami, ki jo je pred eno uro nenadoma začelo močno stiskati v prsih, da lovi zrak in ne more na noge. Mati, sin in snaha, ki je medicinska sestra v bolnišnici, so menili, da jo je »napadlo srce«. Zdravnik je ocenil, da gre za panični napad. Kljub temu, da je stanovanje od ambulante oddaljeno 15 kilometrov in da se bo samo s potjo zamudil približno pol ure, se je odločil za takojšen obisk. Sinu je naročil, naj mamo pomiri, ker bo v najkrajšem možnem času pri njih. Ob prihodu zdravnika se je grabila za prsi, hiperventilirala in bila močno zaskrbljena. Vsi znaki in opisi občutij so potrjevali domnevo, da gre za panični napad. Pustil jo je govoriti o svojih težavah, ki so imele korenine v njeni mladosti, občutka nesprejetosti v zrelem življenju in o sprožilnih dejavnikih (nedavna upokojeitev in izguba podporne skupine na delovnem mestu; po njenem neprimerno ravnanje drugega sina z njegovo prijateljico). Pokazalo se je, da gre za anksiozno-depresivno stanje. V manj kot pol ure sta potegnili toliko niti o njenem življenju in družini, da je odklonila tudi ponujeno injekcijo pomirjevala. Bolnica je bila pomirjena in njena zaskrbljenost se je močno zmanjšala. Dogovorila sta se za jemanje anksiolitika iz domače stare zaloge; obljubila je, da bo prebrala zloženko o depresiji in ga v treh dneh obiskala v ambulanti.

## Hišni obisk v ožjem smislu

**Hišni obisk** v ožjem smislu je pregled bolnika na domu, ki je akutno zbolel in zaradi različnih razlogov ne more sam do svojega zdravnika (1). Razloge, ki prispevajo k temu, da pri nekaterih skupinah prebivalcev zdravnik opravi hišni obisk, pri drugih pa ambulantni pregled, je treba pripisati bolnikovi starosti, izjemno hudemu stanju

in njegovi želji, da nima ustreznega prevoza, ali ko gre za bolnega otroka. Med vzroki prevladujejo vročinska in bolečinska stanja. Prvemu lahko sledi eden ali več **ponovnih hišnih obiskov**, dokler se bolnikovo zdravstveno stanje spet ne uredi.

*Primer:* Okoli 17. ure pokliče mati (48-letna pretirana pivka, bivša huda kadilka, po vstavitvi obvodov zaradi aterosklerotičnega žilja na nogah, pred leti ločena, z dvema odraslima in samostojnima otrokoma, sedaj ima v zakonski skupnosti z 20 let mlajšim moškim 8-letnega sina in 6-letno hčer) in prosi za obisk hčerke, ki je nena doma zbolela z vročino 38,5 °C, bruhanjem in bolečinami v trebuhu. Rada bi jo pripeljala na posvet, vendar zaradi odsotnosti partnerja in sosede ne more poskrbeti za prevoz do ambulante. Ker je bilo v tem obdobju takih bolnikov več, je zdravnik svetoval antipiretik in pitje čim več tekočin. Dobro uro potem je znova poklicala. Čeprav je bilo zdravnikovo predvidevanje enako kot ob prvem klicu, je odšel na hišni obisk z namenom, da preveri svoje predvidevanje in pomiri mater. Ocena se je izkazala za pravilno. S svojo prisotnostjo, pregledom in zagotovilom, da ni šlo za vnetje slepiča ali kako drugo ogrožajoče stanje, je zdravnik močno zmanjšal materino zaskrbljenost. Vendar je opazil, da kadi v navzočnosti otrok in da si je verjetno privoščila kozarček alkohola.

### **Druge oblike hišnih obiskov**

Doslej naštetih hišnih obiskov sodijo med pravice iz zagotovljenega zdravstvenega zavarovanja in jih je možno evidentirati kot opravljeno delo. To pa ne velja za obiske v bolnišnici in pri varovancih v domu starostnikov. Obiski bolnika v bolnišnici so zato redkejši, čeprav pomenijo eno izmed možnosti za izboljšanje sporazumevanja med zdravniki na različnih ravneh in zaradi izmenjave informacij lahko prispevajo k boljši skrbi za bolnika.

Družine imajo tudi številne težave, ki niso zgolj medicinske narave. Prihaja do trpinčenja, zlorabe in zanemarjanja otrok in partnerjev, zlorabe psihoaktivnih snovi ter težav v šoli. Zdravnik družinske medicine se pri reševanju navedenih težav vključuje v skupna prizadevanja socialne, patronažne in drugih služb. Pri poseganju v družino ga mora voditi predvsem misel, da ni dobro razstavljati stvari, ki je ni sposoben znova sestaviti, in da so sprejemljive številne različice skupnega življenja, čeprav se razlikujejo od našega osebnega vzorca.

### **Izvajalci hišnih obiskov**

Hišni obisk pri bolniku praviloma opravlja njegov izbrani, osebni zdravnik družinske medicine (1, 2, 3). Kadar gre za posebej nujno stanje, opravi zdravnik nujni hišni obisk skupaj s spremljevalcem in voznikom reševalnega vozila, ne glede na to, pri kom je bolnik registriran. Zdravljenje na domu lahko izvaja zdravnik družinske medicine sam ali s sodelovanjem patronažne sestre; včasih pa ga z naročilom v celoti prepusti patronažni sestri. Hišne obiske v posameznih primerih lahko opravijo tudi drugi delavci v zdravstvu, kadar je taka oblika prednostna v primerjavi z ambulantnim delom (3).

### **Indikacije za hišni obisk**

Ena najtežavnejših nalog zdravnika družinske medicine je smotrno indicirati hišne obiske (1). Razlike v številu hišnih obiskov v različnih sistemih zdravstvenega varstva in pri različnih zdravnikih povedo, da indikacije za hišni obisk niso vedno samo odsev resnosti bolnikovega zdravstvenega stanja. Na odločitev vplivajo zlasti socialne razmere in bolnikova starost. Bolnik in družina kličejo zdravnika takrat, ko se je ravnovesje v njihovem družinskem sistemu porušilo do tolikšne mere, da čutijo potrebo po posredovanju od zunaj, zato je želja po hišnem obisku tudi klic na pomoč. Družina je zaznala neravnovesje in ga morala priznati tudi navzven. Zdravnik družinske medicine je v našem kulturnem okolju za družino sprejemljiv zunanji po-

srednik. Tak klic na pomoč je zlasti izrazit v družinah z ostarelim ali onemoglim članom, za katerega svojci čedalje težje skrbijo. Čeprav jim je bolj ali manj jasno, da težave tičijo zunaj domene zdravstvene službe, je zdravnik družinske medicine pogosto prvi, ki ga pritegnejo k njihovem reševanju. Bolniki zdravnika družinske medicine cenijo prav po njegovi pripravljenosti pomagati takrat, ko ga najbolj potrebujejo, zato od njega pričakujejo ustrezno ukrepanje tako na zdravstvenem kot na socialnem področju. Na pomoč mu priskoči patronažna sestra, ki navadno poskrbi tudi za povezavo s preostalimi socialnimi službami. Zdravniki pretežno obiskujejo bolne otroke in starejše občane, ki težje pridejo v ambulanto. Na število hišnih obiskov pomembno vplivajo tudi način plačevanja hišnih obiskov, zdravnikovo delovno okolje in pričakovanja bolnikov. Našteli bomo nekaj pogostnejših indikacij za različne oblike hišnih obiskov (tabela 1).

Tabela 1. Pogostejše indikacije za hišne obiske

Zdravljenje na domu	Nujen hišni obisk	Hišni obisk
<i>kronične bolezni:</i>	<i>bolezni:</i>	<i>akutne bolezni:</i>
srčno popuščanje, hipertenzija, sladkorna bolezen, golenja razjeda, preležanine, rak, kronični bronhitis astma:	bolečine v prsih, nezavest, dušenje, akutni infarkt, možganska kap, krči;	visoka vročina, angina, vnetje srednjega ušesa, prehlad, pljučnica, bronhitis;
<i>stanja:</i>	<i>poškodbe:</i>	<i>akutne bolečine:</i>
invalidnost po možganski kapi, duševna prizadetost, onemoglost, nezmožnost prihoda v ambulanto;	padci, zlomi, nezavest, odprte rane;	v križu, v trebuhu;
<i>lajšanje bolečin:</i>	<i>prometne nezgode</i>	<i>duševne motnje:</i>
bolečinski sindromi, rak	<i>porod</i>	psihoze, nevrotske motnje, somatoformne motnje, panične motnje, anksiozne motnje, družinske težave, demenca, delirantna stanja;
<i>spremljanje umirajočega:</i>		<i>akutni alkoholni opoj</i>
rak, starost, srčno popuščanje;		
<i>poslabšanje stanja</i>		<i>stanja, za katere ugotovimo, da jih bo treba zdraviti na domu</i>

### Določitev nujnosti hišnega obiska

Zdravnik se mora o času obiska odločiti sam. Kadar ga kličejo na hišni obisk svojci ali bolnik sam, mora oceniti, kakšno je bolnikovo zdravstveno stanje, in se na podlagi tega odločiti, kdaj ga bo obiskal. Pri tem mu pomagajo sporočeni znaki in občutja (1, 2, 5). Osnovno pravilo je, da se mora kljub morebitnemu dvomu, ali gre za nujno stanje ali ne, na hišni obisk odpraviti takoj.

### Dostopnost in dosegljivost hišnih obiskov

Sistem zdravstvenega varstva zagotavlja bolnikom, ki ne morejo sami do izvajalca zdravstvene službe, zdravstveno oskrbo s hišnimi obiski. Stalna dosegljivost spada v domeno osebnega zdravnika, ki 24 ur skrbi za svoje bolnike, in je podnevi vključena v redni delovni čas, ponoči, ob nedeljah in praznikih pa v dežurno službo (1, 2, 6, 7, 8). Če jo opravljajo zunaj dežurne službe, so zdravniki upravičeni do dodatnega plačila.

## Hišni obiski podnevi

Podnevi zdravnik lahko opravlja hišne obiske v rednem delovnem času ali zunaj njega.

### Hišni obiski v rednem delovnem času

Zdravnik družinske medicine si lahko svoje delo organizira tako, da v svojem urniku predvidi del delovnega časa za hišne obiske. V rednem delovnem času opravljen hišni obisk je s količniki ocenjen toliko kot štirje povprečni posveti v ambulanti. Kar za hišne obiske ni predvidenega službenega vozila, ima zdravnik v skladu z dogovorom v svoji zdravstveni ustanovi pravico do povračila potnih stroškov v obliki kilometrine.

### Hišni obiski zunaj rednega delovnega časa

Zaradi številnih posvetov z bolniki v ambulanti se zdravniki pogosto odločajo za hišne obiske po končanem delu v ambulanti. Zlasti zdravljenja na domu pogosto ni mogoče opraviti v rednem delovnem času oziroma je bolnika treba celo nujno obiskati zunaj rednega delovnega časa. Mnogokrat zdravnika kličejo k bolniku tudi takrat, ko ni v dežurni službi, ker domnevajo, da ga bolje pozna, ali mu bolj zaupajo. Za tak način dela je zdravnik poleg kilometrine upravičen tudi do plačila za opravljeni hišni obisk iz sredstev, ki jih dobijo zdravstvene ustanove za ta namen. V Sloveniji je to navadno tisti čas dneva, ko zdravnik nima rednega delovnega časa, medtem ko drugje po Evropi pod hišnimi obiski zunaj rednega delovnega časa razumejo nočne in nedeljske hišne obiske (6, 7, 9, 10).

## Nočni hišni obiski

Nočne hišne obiske pri nas navadno opravlja zdravnik v dežurni službi. V Sloveniji šteje za nočni čas (ki ga upošteva plačnik dežurne službe) od 22.00 do 6.00 ure, medtem ko zdravniki pod nočnim časom razumejo čas od 20.00 do 7.00 ure, ki ga prebijejo v dežurni službi.

## Hišni obiski v dežurni službi

V dežurni službi zdravnik praviloma obravnava novozbolele in tudi hujše bolnike kot sicer v rednem delovnem času (1). Zato je tudi več zahtev in potreb po hišnih obiskih. Pogosto so opravljeni kot posegi ekipe nujne medicinske pomoči. Hišni obiski (tako nujni kot nenujni) v dežurni službi ne prispevajo niti količnikov k realizaciji pogodbenih obveznosti in ne sodijo med posebej plačljive storitve, ker so pavšalna obveznost dežurne službe.

## Potek hišnega obiska

Hišni obisk poteka v več fazah (1, 5):

- prošnja oz. poziv za hišni obisk,
- sporočanje in sporazumevanje o stanju bolnika ali poškodovanca,
- zdravnikova odločitev in priprava na obisk,
- pot do bolnika,
- posvet z bolnikom,
- evidentiranje hišnega obiska in dokumentacija,
- vrnitev.

### Klic na hišni obisk

Hišni obisk se začne s klicem bolnika ali svojcev. Na pričakovanja in predstave bol-

nikov, kdaj je hišni obisk smiseln in potreben, vplivajo poleg prosvetljevanja zdravnika še številni malo raziskani vplivi okolja.

### **Sprejem naročila**

Vsaka zdravstvena ustanova ali posamezni zdravnik mora imeti izdelan sistem sprejemanja klicev za hišne obiske. Odgovorni za sprejem klicev mora biti usposobljen ločiti med tistimi, kjer je potrebna nujna medicinska pomoč in poseg ekipe nujne medicinske pomoči, ter med onimi, kjer je potreben običajen hišni obisk. Kadar dvomi, v pogovor vključi zdravnika, ki je v tem času odgovoren za opravljanje hišnih obiskov.

Zdravnik skuša v kratkem telefonskem pogovoru razbrati pomembna sporočila, ki ga vodijo pri sporazumevanju s kličočim o potrebnosti, nujnosti, času in drugih podrobnostih o obisku (2). Zdravnik na podlagi skopih podatkov sprejme pomembno odločitev: hišni obisk – da ali ne. Na odločitev vplivajo strokovni in drugi dejavniki. Sledi odločitev, kdaj in kako. Pri sumu na posebej nujno stanje se bo na hišni obisk peljal z reševalnim vozilom in včasih tudi s spremljevalcem. Pri zdravljenju na domu odpade sprejem naročila za hišni obisk.

Kadar zdravnik utegne in ima na razpolago zdravstveni karton, si ga bo ogledal. Pomembne podatke o bolniku in družini mu lahko posreduje tudi patronažna sestra.

### **Pot do bolnika**

Pot do bolnika ponoči ali v slabih vremenskih razmerah je lahko ena izmed ovir, ki zdravnika odvrta od hišnega obiska. Kultura sporočanja naslova in opisa poti na žalost ne sodita med boljše lastnosti naših ljudi. Ko je pot premagana in odkrit pravi naslov, sledi bistvo hišnega obiska – posvet z bolnikom na domu.

### **Posvet na hišnem obisku**

Pogovor z bolnikom na domu se v osnovi ne razlikuje od drugih oblik posveta v družinski medicini (5). Njegova pomembna prednost je, da je bolnik v svojem domačem okolju. Zdravnik hkrati spoznava delovanje družine in vpliv bolezni nanjo (11). Poznavanje družinskih razmer, zlasti njene sposobnosti za oskrbo bolnika, je pomembno za načrtovanje zdravljenja in vodenja bolezni. Na obseg oskrbe na hišnem obisku pogosto vplivajo okoliščine, in sicer: kje se bolnik nahaja, kakšna je osvetlitev, ali je njegov položaj primeren za pregled; oprema in zdravila, ki jih ima zdravnik s seboj (2). Kljub temu je na bolnikovem domu mogoče obravnavati večino naštetih zdravstvenih težav.

## **Zapis o hišnem obisku**

Kliničnemu delu sledi skrbno dokumentiranje hišnega obiska, ki v časovni stiski včasih ostaja zanemarjeno. Za slovenskega zdravnika je še vedno pomembnejša pomoč bolniku kot skrbno beleženje dela in obračunavanje storitev. Zapis o obisku je v pomoč ob ponovnem hišnem obisku za zdravnika, ki je obisk opravil, ali za kolega, ki ga bodo klicali prihodnjič. Zapis o hišnem obisku pri svojem bolniku sodi med druge zapise v zdravstveni karton (1). Bistven del je načrt zdravljenja in spremljanja. Sledi vrnitev, ki je največkrat pot na obisk k naslednjemu bolniku.

## **Pomen hišnega obiska**

Hišni obisk kot prvotni način oskrbe bolnikov se je v družinski medicini kljub institucionalizaciji zdravstva ohranil tudi na pragu 21. stoletja. Za to je veliko razlogov. Eden najpomembnejših izidov hišnega obiska je tudi ocena družine in njenega delovanja, ki jo je mogoče narediti le z neposrednim opazovanjem med obiskom družine na domu (11).

**Literatura:**

1. Kersnik J, Švab I. Hišni obisk. *Med Razgl* 1996; 35: 397–403.
2. Urlep F. hišni obisk. V: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F. *Splošna medicina. Načela in tehnike*. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1992: 133–9.
3. Šučur M, Šučur Ž. Kučni poseti, liječenje, rehabilitacija, njega i pomoć u kući. V: Budak A (ured.). *Organizacija rada i izkustva iz prakse opće medicine*. Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu, 1990: 119–36.
4. Kersnik J. Oskrba na domu. V: Premik M, ured. *Zbornik strokovnega posveta Oskrba na domu: koordinacija dela med različnimi dejavnostmi*; 1997 Mar; Ljubljana. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Inštitut za socialno medicino, 1998; 7–15.
5. Vodopivec-Jamšek V. Sporazumevanje na hišnem obisku. V: Švab I (ured). *Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom*. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine 1995. Zbirka PiP. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995: 73–7.
6. Olesen F, Jolleys JV. Out of hours service: the Danish solution examined. *BMJ* 1994; 309: 1624–6.
7. Hallam L, Cragg D. Organisation of primary care services outside normal working hours. *BMJ* 1994; 309: 1621–3.
8. Toenies H. Hausbesuch. V: Kochen MM (Hrsg.). *Allgemeinmedizin*. Stuttgart: Hipokrates Verlag, 1992: 117–27.
9. Lattimer V, Smith H, Hungin P, Glasper A, George S. Future provision of out of hours primary medical care: a survey with two general practitioner research networks. *BMJ* 1996; 312: 352–6.
10. Majeed FA, Cook DG, Hilton S, Poloniecki J, Hagen A. Annual night visiting rates in 129 general practices in one family health services authority: association with patient and general practice characteristics. *Brit J Gen Practice* 1995; 45: 531–5.
11. Kersnik J. Ocenjevanje družine na hišnem obisku. V: Švab I, ured. *Družina v družinski medicini*. 14. učne delavnice za zdravnike splošne/družinske medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino Slovenskega zdravniškega društva, 1997; 43–60.

**Priporočena literatura:**

1. Kersnik J, Švab I. Hišni obisk. *Med Razgl* 1996; 35: 397–403.
2. Kersnik J. Oskrba na domu. V: Premik M, ured. *Zbornik strokovnega posveta Oskrba na domu: koordinacija dela med različnimi dejavnostmi*; 1997 Mar; Ljubljana. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Inštitut za socialno medicino, 1998; 7–15.
3. Kersnik J, Švab I. Zdravljenje bolnika na domu in hišni obiski: dileme in perspektive. V: Premik M, ured. *Zbornik strokovnega posveta Oskrba na domu; koordinacija dela med različnimi dejavnostmi*; 1997 Mar; Ljubljana. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Inštitut za socialno medicino, 1998; 63–6.
4. Urlep F. Hišni obisk. V: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F. *Splošna medicina. Načela in tehnike*. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1992: 133–9.