

Priporočila projekta – Nadgrajena celovita obravnava pacienta (CPC+)

ZD Ljubljana je 30.5.2016 zaključil izvajanje projekta Nadgrajene celovite obravnave pacienta financiranega iz Norveškega finančnega mehanizma v okviru Pobude za javno zdravje na področju Preprečevanja bolezni, povezanih z življenjskim slogom. Po izvedbi in evalvaciji projekta CPC+ podajamo v razmislek naslednja priporočila:

- **Prehranska obravnava na primarnem nivoju naj bo del tako preventivne kot klinične obravnave.**

Prehranska obravnava pomeni obravnavo bolnikov, ki se prehranjujejo napačno, kar lahko vodi do podhranjenosti, ne glede, da so bolniki s povečano telesno maso. Izraz podhranjenost lahko pomeni tako prekomerno prehranjenost kot tudi podhranjenost (ang. malnutrition). Podhranjenost je posledica nezadostnega prehranskega vnosa, tako energijskega, kot prenizkega vnosa beljakovin ali drugih hranilnih snovi. Škodljivo vpliva na rast in razvoj telesa (spremenjena sestava, velikost in oblika), njegovo delovanje in klinične izide zdravljenja bolezenskih stanj (Wedrychowicz et al., 2016, Yeh et al., 2016). Podhranjenost je največkrat posledica bolezni, vendar pa nanjo lahko vplivajo tudi nekateri socialni in mehanski dejavniki (npr. pomanjkljivo zobovje). Klinične posledice podhranjenosti so (BAPEN, 2016):

- oslavljen imunski odziv,
- zmanjšana mišična moč,
- slabše celjenje ran,
- okvara psiho - socialnih funkcij,
- slabše okrevanje po bolezni, operaciji.

Precej podhranjenih bolnikov je lahko med bolniki z respiratorno insuficienco (Chambellan et al., 2015) in podhranjeni bolniki so pogosto tudi debeli (Mauldin and O'Leary-Kelley, 2015).

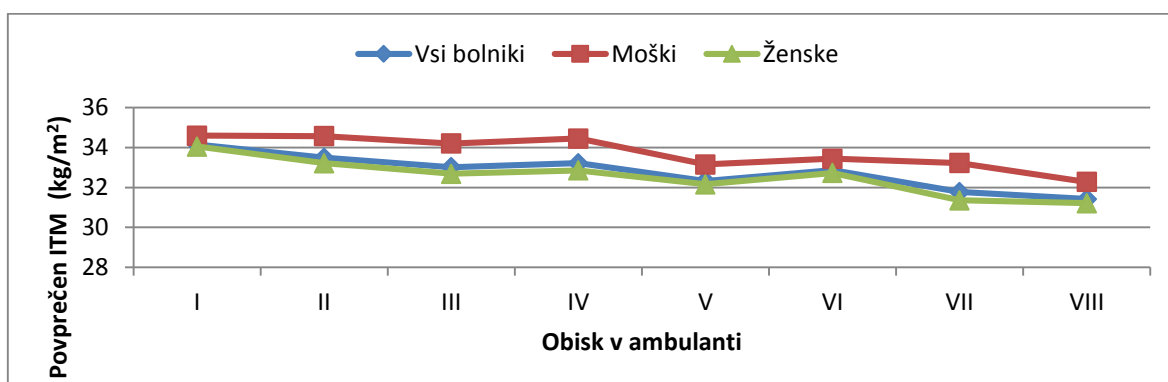
- **Družinska obravnava debelosti naj se vključi v osnovno zdravstveno dejavnost.**

Patronažne medicinske sestre kot tudi diplomirane medicinske sestre v referenčnih ambulantah družinske medicine so bile preko projekta izobražene s področja Družinske obravnave debelosti, v katerega so paciente skladno s protokolom tudi napotovale. Rezultati kažejo na uspešnost delavnic, saj se je povprečno gledano ITM pacientov v 8

obiskih znižal iz 34,2 na 31,4. Še znatnejši napredek pa smo lahko opazili pri mlajših od 50 let, pri katerih se je ITM v 8 obiskih znižal iz 35,7 na 31,5, pri starejših od 50 let pa iz 33,4 na 31,3.

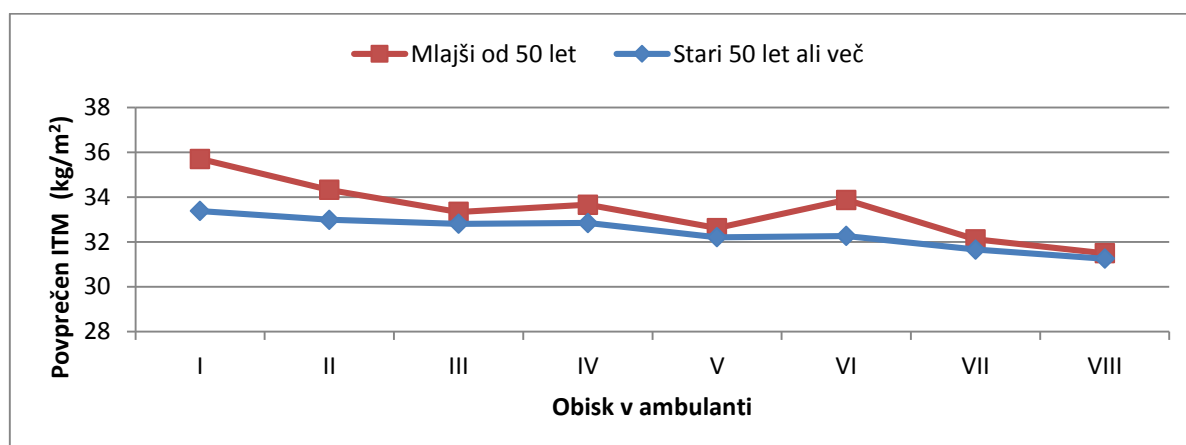
Navedeni rezultati dokazujejo uspešnost izvedenih delavnic in so izhodišče za naše priporočilo, da se družinska obravnava debelosti vključi v osnovno zdravstveno dejavnost.

Graf 1: Prikaz upada telesne teže pri ženskah, moških in skupno



Vir: lasten

Graf 2: Prikaz upada telesne teže pri starejših od 50 let in pri mlajših od 50 let



Vir: lasten

- **Presejanje za tveganje podhranjenosti z vprašalnikom MUST naj se implementira v vse referenčne ambulante družinske medicine.**

Prehransko ogroženost in podhranjenost lahko prepoznamo z uporabo MUST (ang. Malnutrition Universal Screening Tool), ki je pet-stopenjsko preverjeno presejalno orodje, ki se lahko uporablja v različnih okoljih in fazah zdravljenja, za ugotavljanje prehranske ogroženosti odraslih bolnikov. Seštevek točk iz posameznega stolpca poda tveganje: srednje tveganje (1 točka) pomeni, da je potrebno opazovanje s svetovanjem, visoko tveganje (2 in več točk) pomeni, da je potrebno poleg svetovanja tudi prehransko zdravljenje.

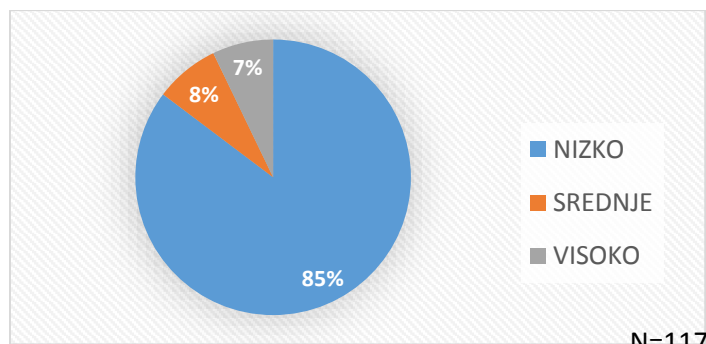
Tabela 1: MUST (ang. Malnutrition Universal Screening Tool)

ITM (kg/m ²)	Delež izgube telesne mase (nenačrtovana izguba telesne mase v zadnjih 3-6 mesecih)	Vpliv akutnega obolenja (navadno se ne pojavlja izven bolnišnic)
1	2	3
> 20kg/m ² 0 točk	<5% 0 točk	Če je bolnik zbolel za akutno boleznijo in 2 verjetno ne bo, ali že 5 točki dni ni zaužil hrane
18,5 – 20kg/m ² 1 točka	5-10% 1 točka	
<18,5kg/m ² 2 točki	>10% 2 točki	

Diplomirane medicinske sestre Referenčnih ambulant ZD Ljubljana so v sklopu projekta CPC+, prav tako kot patronažne medicinske sestre, skladno s pripravljenimi izobraževalnimi vsebinami, izpolnjevale vprašalnik MUST, ki identificira tako podhranjene bolnike, kot tudi tiste, ki so za podhranjenost ogroženi. Na podlagi pridobljenih rezultatov pa smo pridobili vpogled v stopnjo tveganja za podhranjenost pri posamezniku, katerega smo v nadaljevanju obravnavali skladno z zapisanimi smernicami orodja MUST. Delni rezultati patronažnega varstva so pokazali, da ima 7 % vseh pacientov visoko tveganje za podhranjenost, sledi 8 % pacientov s srednjim tveganjem in 85 % z nizkim tveganjem, torej tveganjem, kjer ukrepanje ni potrebno. Znatnejša tveganja pa opazimo pri kroničnih bolnikih, kjer ima kar 20 % kroničnih bolnikov visoko tveganje, sledi 17 % bolnikov s srednjim tveganjem, in le 63 % z nizkim tveganjem.

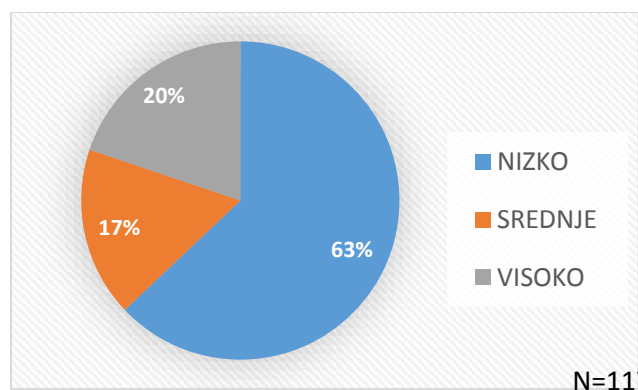
Pomembnost tovrstnega pristopa se je tako izkazala za ključno, saj smo s pomočjo predstavljenega orodja na enostaven način identificirali paciente, ki imajo znatno tveganje (srednje in visoko) in smo jih skladno z zapisanimi smernicami lahko tudi ustrezno obravnavali ter s tem preprečili poslabšanje kroničnih bolezni oziroma izboljšali zdravstveno stanje pacientov. Hkrati smo ustvarili pregled nad prehranjenostjo pacientov tako v referenčnih ambulantah družinske medicine kot v patronažnem varstvu in s tem pridobili pomembne podatke za ustrezno obravnavo nepravilno prehranjenih pacientov. Za posebej pomembnega pa se tako izkaže posnetek stanja prehranjenosti pacientov, ki ga na primarnem nivoju do sedaj še ni bilo, in dejstvo, da lahko z orodjem MUST odkrijemo podhranjenost tudi pri debelih pacientih.

Graf 3: Prikaz tveganja MUST pri vseh pacientih



Vir: lasten

Graf 4: Prikaz tveganja MUST pri kroničnih bolnikih



Vir: lasten

- **Patronažne medicinske sestre naj v kontekstu timskega dela referenčnih ambulant družinske medicine obravnavajo ljudi tako v sklopu preventive kot tudi v sklopu obravnave kroničnih bolnikov.**

ZD Ljubljana je v letu 2015 pričel v okviru projekta CPC+, financiranega s strani Norveškega finančnega mehanizma, z uvajanjem patronažne medicinske sestre (PMS) v delo v referenčnih ambulantah na način, da je slednja prevzela po vzoru dela v RADM v obravnavo tiste bolnike na njihovem domu, ki ne morejo k zdravniku zaradi različnih razlogov, ne glede na starost. Patronažne medicinske sestre predstavljajo novega člana tima, ki je po svoji profesiji prepoznan kot kader, ki zdravstveno dejavnost opravlja v bolnikovem domačem okolju in tako lahko prepozna tiste okoliščine, ki vplivajo na zdravje bolnika, ki jih tim v ambulanti ne more.

Kot navajajo druge študije (De Los Santos et al., 2014, Bourbeau and Saad, 2013), se je tudi v ZD Ljubljana dodatno izobrazilo 50 patronažnih medicinskih sester za nov način dela na terenu. V ta namen je bilo izvedenih sedem sklopov izobraževanj in sicer s področja preventivne obravnave pacientov, in obravnave nekaterih najpogostejših kroničnih bolezni: bolnikov z astmo, kronično obstruktivno boleznijo, arterijsko hipertenzijo in sladkorno boleznijo tip II na domu/terenu. Osnova za vsa prej omenjena izobraževanja so bili protokoli za diplomirane medicinske sestre v referenčnih ambulantah družinske medicine, ki so prilagojeni delu na terenu. S tem je bila zagotovljena poenotenost obravnave pacientov na domu (na terenu) s strani patronažne medicinske sestre z obravnavo pacientov pri diplomirani medicinski sestri v ambulanti družinske medicine ter tako omogočena enako kakovostna obravnava tudi tistim pacientom, ki ne morejo priti v ambulanto.

Patronažne medicinske sestre so bile v sklopu projekta Nadgrajena celovita obravnava pacienta izobražene s pomočjo 6 različnih modulov in s klinično potjo za sodelovanje med patronažno medicinsko sestro in diplomirano medicinsko sestro v referenčnih ambulantah družinske medicine. Sam proces izobraževanja je bil natančno opredeljen na podlagi enotne forme DNV. Pridobile so znanja s področja Obravnave bolnika s sladkorno boleznijo tip 2 na bolnikovem domu, Klinične poti in Presejanja za kronične nenalezljive bolezni na terenu, Arterijske hipertenzije, Obravnave bolnika z astmo in KOPB na domu, Vpliv družine na zdravje in zagotavljanje varnega okolja za starostnike ter Družinske obravnave debelosti.

S predstavljenim načinom dela smo se tako približali poenoteni obravnavi pacientov s strani patronažne medicinske sestre kot s strani diplomirane medicinske sestre. Prav tako pa smo timsko delo še itenzivirali, saj so patronažne medicinske sestre v referenčno ambulanto sporočale identificirana odstopanja, diplomirane medicinske sestre pa so patronažne medicinske sestre napotovale k dotičnim pacientom.

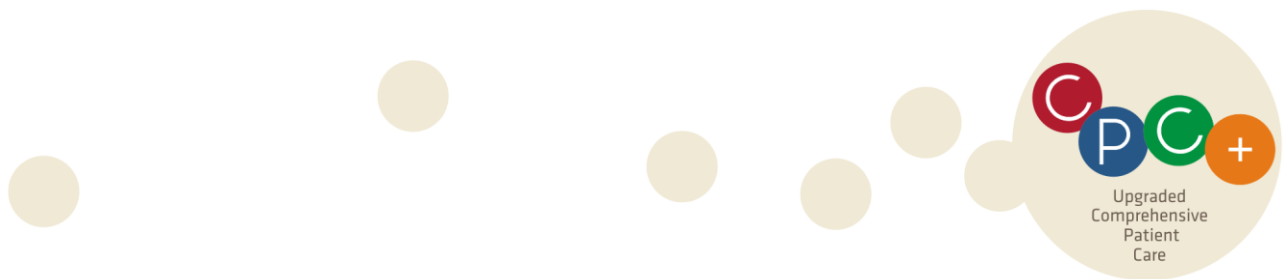
- **Simulacijske metode lahko postanejo del vsebin v zdravstveno-vzgojnih centrih.**

Pacienti, ki sami niso bili zmožni spremeniti življenjskega sloga so bili napoteni v SIM center, kjer so jih inštruktorji s pomočjo negativne izkušnje (težkega dihanja, otežene hoje, prekomerne teže...), pripravili do uvida, torej sposobnosti zavedanja možnih posledic bolezni ter potrebe po spremembi. Uvid je doseglo 97,0 % pacientov, kar pomeni, da je 97,0 % pacientov prenehalo bodisi s kajenjem, bodisi se je pričelo zdravo prehranjevati ali pa je znižalo telesno težo. Pri preverjanju dolgoročne spremembe življenjskega sloga pa je z zdravim življenjskim slogom nadaljevalo 66,7 % pacientov. Še pomembnejši podatek pa je ta, da kontrolna skupina, ki ni bila obravnavana v simulacijskem centru ni dosegla nobenih sprememb življenjskega sloga. Skladno z zapisanim lahko tako povzamemo, da se je nov pristop dela s simulacijami izkazal kot uspešnem model, katerega bi bilo smiselno kot del vsebin vpeljati v zdravstveno-vzgojne centre.

- **Priporočamo dopolnitev vsebin specializacij družinske medicine, po zgledu dela v referenčnih ambulantah družinske medicine, to je s poudarkom na timskem delu.**

V sklopu vsebin specializacij družinske medicine smo za potrebe projekta dopolnili obstoječe tematike z vsebino sladkorne bolezni, arterijske hipertenzije, astme, KOPB, motnjami hranjenja, delom z družino in timskim pristop, ki pa so se izvajali tako preko predavanj, dela v skupinah kot tudi samostojnega dela. Vsaka tematika je bila predstavljena v dveh sklopih, kar je omogočilo specializantom evalviranje izvedbe in podajanje povratne informacije, s pomočjo katere pa so nosilci lahko svoje delo prilagajali potrebam specializantov. Tovrstni pristop se je izkazal za učinkovitega, saj so bili vsi moduli dobro ocenjeni, opravljene naloge pa kakovostno pripravljene.

Z omenjenim pristopom izobraževanja so specializanti prejeli dodatna znanja za delo v referenčnih ambulantah družinske medicine, kar jim omogoča večjo kakovost obravnave kot tudi učinkovitejše zdravljenje polimorbidnih pacientov. Slednje pa je pomembno predvsem z vidika vpeljevanja referenčnih ambulant v osnovno zdravstvo, saj je bilo s



splošnim dogovorom sprejeto, da bodo do konca leta 2017 vse ambulante splošne medicine preoblikovane v referenčne ambulante družinske medicine.

- **Potrebno je krepiti vlogo obravnave bolnikov na domu kot tudi v sklopu hišnih obiskov.**

Skladno z idejo, da se obravnava pacientov na domu čim bolj poenoti z delom diplomiranih medicinskih sester v referenčnih ambulantah in da nudimo vsem pacientom, tudi tistim, ki v ambulanto ne morejo priti, enako kakovostno zdravstveno obravnavo smo patronažne medicinske sestre izobrazili za delo na terenu tudi za področje Presejanja za kronične nenalezljive bolezni na terenu. Delni rezultati presejanja so prikazali, da je bilo identificiranih kar 45 % kroničnih bolnikov, temu sledi 50 % ogroženih in le 5 % zdravih pacientov. Prednost obravnave patronažne medicinske sestre pa se je tako izkazala predvsem pri ozaveščanju pacienta na domu, v kakovostnejšem življenju pacienta zaradi izboljšanja njegovega odnosa do zdravstvenih težav ter tudi v možnosti napotitve bolnika k diplomirani medicinski sestri v referenčno ambulanto.

- **Potrebno se je zavedati, da je timsko delo, torej povezovanje različnih specialnosti v osnovnem zdravstvu v skrbi za istega bolnika, ključnega pomena.**

Timsko delo, torej povezovanje različnih specialnosti v osnovnem zdravstvu v skrbi za istega bolnika, se je izkazalo kot ključno. Podatki kažejo, da je bilo v raziskovanem obdobju projekta CPC+ 4,2 % pacientov napotenih iz referenčne ambulante k patronažnim medicinskim sestram. Patronažne medicinske sestre pa so kar 24,3 % pacientov napotile v obravnavo k diplomirani medicinski sestri v referenčno ambulanto družinske medicine in 10,0 % pacientov v SIM center, s tem pa so dosegli še učinkovitejše zdravljenje polimorbidnih pacientov in večjo kakovost obravnave.

Priporočila so 10.5.2016 predstavili v Mestni hiši Ljubljana:

Antonija Poplas Susič, Monika Ažman, Robertina Benkovič, Milena Blaž Kovač, Uroš Zafošnik, Daniel Grabar, Vesna Homar.

Pripravljena so kot rezultat dela na projektu CPC+ v sodelovanju vseh sodelujočih na projektu.