

# BOLNIK S SLADKORNO BOLEZNIJO V AMBULANTI SPLOŠNE MEDICINE

## DIABETES PATIENT IN A GENERAL SURGERY CLINIC

*Franci Božiček*

UDK/UDC 616.379-008.64

DESKRIPTORJI: *diabetes mellitus; splošna medicina; ambulantna oskrba*

DESCRIPTORS: *diabetes mellitus; family practice; ambulatory care*

*Izvleček – Zdravnik se v ambulanti splošne medicine lahko sreča s problematiko zvišanega krvnega sladkorja pri zdravih pacientih, pri takšnih, ki spadajo v rizično skupino za sladkorno bolezen in pri bolnikih s sladkorno boleznijo. Vedno mora ravnati po načelih stroke. Pomembno je preventivno delo. Vedno se mora zavedati, da ima pred sabo bolnika, ne le boleznijo. Ob delu se kažejo nekatere nedorečenosti v odnosu do diabetološkega dispanzerja, in nekateri problemi in potrebe. Na koncu ugotavlja, da bo šele optimalno sodelovanje splošne medicine in diabetologije ustvarilo pogoje, v katerih bo v resnici zaživel Saintvincentska deklaracija.*

*Abstract – The doctor in a general surgery clinic often encounters the problems related to heightened blood sugar in otherwise healthy patients, in patients belonging to the risk group for diabetes and in patients already having diabetes. The doctor should always follow the principles of the profession. Preventive work is very important, as is the realization that he primarily deals with the patient, not only a disease entity. The work is often accompanied by certain unresolved questions in relation to the diabetological dispensary, as well as by some problems and needs. In conclusion, the author ascertains that the conditions for the realization of Saint Vincent declaration will be fulfilled with the optimization of the cooperation between general medicine and diabetology.*

### Uvod

V ambulate splošne medicine prihajajo ljudje obeh spolov, različnih starosti, izobrazbe in poklica. V njihovih pritožbah se bolj kot v katerikoli drugi veji medicine prepletajo bolezen in njeno doživljanje, poklic, sorodstvene in družinske vezi, okolica, pa seveda upanje, strah in bolečina (1). Mnogi med njimi imajo težave, ki so povezane s sladkorno boleznijo (SB), saj ima le-to danes 3–6 % prebivalstva (2, 3). Naraščanje zbolewnosti zaradi nje in naraščanje zbolewnosti in umrljivosti zaradi njenih kroničnih zapletov in drugih bolezni, ki so z njo tesno etiološko povezane, so vzroki, ki so tako pomembni in zaskrbljujoči, da jim vse moderne družbe posvečajo posebno pozornost (3).

Bolnika s SB obravnava v ambulanti splošne medicine tim, ki ga sestavljata zdravnik in medicinska sestra. Oba se v delu dopolnjujeta, tesno pa sodelujeta še s patronažno in socialno službo ter bolnikovo družino in sosesko. Bistveni cilji njunega dela so: zmanjšanje zbolewnosti, odsotnost simptomov in znakov bolezni, preprečevanje akutnih zapletov bolezni, zmanjšanje smrtnosti, izboljšanje kvalitete življenja in normalna socialna usposobljenost bolnika (4).

Problematiko predstavljam s stališča zdravnika, ki dela v odročni zdravstveni postaji s celotno populacijo bolnikov.

### Problemi bolnikov s sladkorno boleznijo in vloga zdravnika splošne medicine pri njihovem reševanju

Ambulanta splošne medicine je mesto, kjer se bolnik običajno prvič sooči s problemom zvišanega krvnega sladkorja (KS). Zdravnik se lahko sreča s tem problemom pri vseh strukturah svojih pacientov, od otrok do starostnikov. V današnjem času, ko je pregled KS preiskava, dostopna vsem ambulantam, se diagnoza SB lahko v večini primerov z zanesljivostjo postavlja že v ambulanti splošne medicine, če le mislimo nanjo in bolnike kontroliramo.

Vendar problem včasih ni preprost. SB je na primer pri majhnih otrocih tako redka, da mora imeti zdravnik »srečo«, da v svoji praksi naleti na kakšen primer. Glede na klinično sliko pa je nujna, ne glede na postavljeno diagnozo, takojšnja napotitev v bolnišnico. To velja tudi nasploh za vse bolnike, ki imajo težave zaradi na novo nastale SB, predvsem SB 1.

Seveda je za bolnika in za zdravnika v ambulanti splošne medicine boljše, da sam ugotovi pomembno zvišanje KS in tako bo morda bolnik prišel v bolnišnico nekoliko prej, dobil bo pa tudi večje zaupanje do svojega zdravnika.

Pri bolnikih v kasnejših letih, predvsem pri starostnikih, se SB ne pojavlja sama, ampak z več drugimi kroničnimi boleznimi hkrati. Po mnenju nekaterih avtorjev jo pri starostniku pogosto zdravnik odkrije šele v stanju, ko so prisotni že vsi njeni kronični zapleti, ki ga opozorijo nanjo (5). Nanjo ga lahko opozorijo tudi razne okužbe (5). Lahko pa je bolnik s SB 2, ko jo odkrijemo, brez simptomov (6). Diferencialno-diagnostični problem ob zdravnikovem razmišljanju lahko delajo nekatere bolezni: akutni abdomen, pankreatitis, anoreksija, tireotoksikoza in malignomi pri SB 1, urinarni infekti, hiperplazija prostate, prolaps vagine, primarna polidipsija in diabetes insipidus pri SB 2 (6).

Glede na problematiko KS obiskujejo ambulante splošne medicine:

- bolniki, ki nimajo zvišanega KS oziroma jim ga še niso kontrolirali;
- bolniki, ki so v preteklosti imeli nenormalno toleranco za glukozo ali imajo potencialno nenormalno toleranco za glukozo;
- bolniki, pri katerih je KS zvišan in imajo bodisi moteno toleranco za glukozo (MTG) bodisi SB.

V prvo skupino, ki je najštevilčnejša, spadajo »zdravi« ali bolni pacienti, ki pridejo v ambulanto splošne medicine zaradi raznih opravkov, s prošnjo po kontroli KS, so naročeni na preventivni pregled, pa tudi zaradi najrazličnejših težav (za katerimi se morda skriva ravno na novo nastala SB, za katero pa niti zdravnik niti bolnik še ne vesta). Pri tej skupini zdravnik kontrolira KS zaradi različnih vzrokov. To je skupina, pri kateri mora ob sumljivih težavah pomisliti tudi na SB, da je ne prezre. Pri njej so največje rezerve ukrepov splošne medicine zaradi možnosti primarne preventive.

Pri bolnikih iz druge skupine ima zdravnik že osnovo ob diferencialnodiaagnostičnem razmišljanju in mora izvajati poleg primarne tudi sekundarno preventivo. Vedno mora misliti na SB in jo namerno iskati, še preden se pojavijo simptomi (2).

Osebnostni stik v ambulanti, kjer krepimo bolnikovo avtonomnost, ne pa odvisnosti, je tako zdravnikom kot bolnikom najbolj sprejemljiv (8).

Cilj preventivnega dela v ambulanti splošne medicine je med drugim tudi preprečevanje kroničnih nealezljivih bolezni. Glede na to poleg obravnave KS obravnavamo tudi holesterol, stanje prehranjenosti, telesno aktivnost, kajenje, pitje alkohola, stresne situacije – tako imenovane dejavnike tveganja, na katere moremo vplivati. (Po kriterijih študije na reprezentativnem vzorcu prebivalcev Ljubljane v okviru programa CINDI je 1990/1991 imelo normalen krvni tlak 61 %, normalen holesterol 36 %, normalen KS 43 %,

primerno telesno težo 46 %, primerno telesno dejavnih je bilo 34 % in redno je kadilo 36 % preiskovancev (8)).

Omejitve promocije zdravja ležijo v pripravljenosti človeka, da spremeni svoje navade. Ta pa prihaja počasi, kot odgovor na zunanje pobude in notranjo pripravljenost (8). Medicina ne more popraviti vsega in tudi ljudje ne morejo preprečiti vseh bolezni (8).

Tretja skupina je skupina, kjer gre za bolezen. 75 % bolnikov ima pravo SB (96 % SB 2, 3 % SB 3, 1 % sekundarno in gestacijsko SB), 25 % bolnikov pa MTG (10).

Zdravnik se mora držati navodil in meril Svetovne zdravstvene organizacije za opredelitev vrednosti KS. Preden bolniku komentira vrednost KS ali tudi morebitno diagnozo, mora KS natančno opredeliti. Upoštevati mora celo vrsto dejavnikov, med drugim tudi to, da pacient včasih ni popolnoma tešč itn. Ob pozitivnem izvidu brez kliničnih znakov mora preiskave ponavljati.

KS običajno določajo v osnovnem laboratoriju splošne ambulante, če je dislocirana, sicer v centralnem laboratoriju zdravstvenega doma. Oralni tolerančni test glukoze (OGTT) opravimo v lahko v enem ali drugem laboratoriju, pomembno je, da so vrednosti KS v obeh enake!

Bolnika z zvišano laboratorijsko vrednostjo KS, ki ima normalen izvid OGTT, zdravnik ne sme narediti za bolnega, pa tudi takšnega, ki ima MTG, ne sme narediti za bolnika s SB. Pacienti so zelo dovzetni za zdravnikov komentar in včasih je le majhna nepazljivost v besedni ali nebesedni komunikaciji dovolj, da pacient postane bolnik.

Potem ko zdravnik postavi diagnozo, jo mora bolniku povedati takoj (11).

Ob sumu na SB 1 in pri težjih oblikah SB 2 mora zdravnik bolnika takoj napotiti v ustrezno ustanovo (pogosto mimo diabetičnega dispanzerja kar v bolnišnico), prav tako pri gestacijski obliki SB in pri sumu na sekundarno SB.

Bolnik s SB 1 ostaja potem glede na SB pod redno kontrolo diabetičnega dispanzerja, če gre za otroka, pa Pediatrice klinike.

Nosečnice z gestacijsko SB obravnava ginekološki dispanzer, sekundarno obliko SB pa je potrebno diagnostično obdelati pri ustreznih specialistih.

Pri MTG je pomembno, da se bolnik počuti in se ima za zdravega in da ima takšen odnos do njega tudi njegov zdravnik, ki pa mora prepričati bolnika, da upošteva navodila zdravega načina življenja (izvaja primarno in tudi sekundarno preventivo).

Pri lažji SB2 začneja zdravnik v ambulanti splošne medicine zdravljenje stopenjsko. Osnova zdravljenja je široko področje sekundarne in terciarne preventive, ki traja do konca bolnikovega življenja in v bistvu pomeni živeti in delati dan na dan, leto za letom z vedno istimi – svojimi bolniki. To pa je največji izziv in preskušnja za zdravnika splošne medicine.

Le redko bolnik takoj in brez težav razume svoje novo stanje, običajno je v začetku negativističen, odklonilen in se brani izvajanja navodil. Sčasoma le začuti, da je za zdravljenje SB najpomembnejši on sam (11).

Zdravniku splošne medicine je znanje o bolniku prav toliko pomembno kot znanje o bolezni. Bolnikov zdravstveni problem gleda celostno. Ne upošteva le bolezni, temveč tudi bolnikovo doživljanje bolezni, bolnikovo delovno aktivnost in bolnikovo družino, pomembno pa je tudi, da spozna bolnikov odnos do bolezni in individualno zakoličeni prag tolerance, ki ga ima bolnik do določenih težav, preden jih sporoči okolici (1). Pogosto šele na takšen način spozna globlji pomen bolezni za bolnika in poleg somatskih tudi nekatere njegove psihosomatske korenine (12). Trditev, da ima lahko tudi bolezen svoj smisel (1) v luči celostne obravnave bolnika ni nesmiselna!

Bolniki s SB prihajajo v ambulanto splošne medicine zaradi naročenih kontrol, mnogokrat pa tudi ne načrtovano. Zdravstveni tim jim nudi ustrezne zdravstvene usluge glede na svojo strokovno usposobljenost, opremljenost in organizacijo dela v ambulanti, ki bi morale potekati po dispanzerski metodi dela. Slaba urejenost SB zaradi neupoštevanja navodil ni indikacija za spremembo zdravljenja (2). Pred uvajanjem višjestopenjskega zdravljenja mora zdravnik vselej preveriti rezerve dotedanjega (2). Po potrebi in tudi glede na predhodno zdravnik napoti bolnike v diabetološki dispanzer.

Zdravnik napoti bolnike tudi k ustreznim specialistom zaradi opredelitve sekundarnih okvar in zdravljenja le-teh. K okulistu na redne kontrole in ob poslabšanju, k nevrologu, nefrologu, kirurgu ob kakršnemkoli sumu na začetek zapletov SB.

Bolniki so sprva naročeni na kontrole pogosteje, kasneje glede na bolnika in na urejenost njegovega KS oziroma drugih parametrov urejenosti SB na 1 ali na 3 mesece, lahko pa po potrebi tudi pogosteje. Nekateri prihajajo radi tudi vmes, ko niso naročeni, zaradi tega ali onega.

## Odnos med ambulanto splošne medicine in diabetološkim dispanzerjem

Vodenje SB bolnika s SB 2 je večkrat razpeto med ambulanto splošne medicine in diabetološkim dispanzerjem.

Pri bolnikih z lažjo SB 2 zdravnik v ambulanti splošne medicine lahko dopolnjuje zdravstveno oskrbo in edukacijo bolnikov z občasnim pošiljanjem bolnika v diabetološki dispanzer, kamor se zateka po strokovno pomoč.

V odnosu med zdravnikom splošne medicine in diabetološkim dispanzerjem je odprtih nekaj nedorečenosti:

- Nekateri bolniki z lažjo SB 2 obiskujejo diabetološki dispanzer zgolj zaradi rutinskih kontrol, ki bi jih lahko opravljali pri svojem zdravniku.
- Potem ko gre bolnik na posvet v diabetološki dispanzer, bi bil lahko pogosteje napoten nazaj k svojemu zdravniku oziroma je pogosto naročen kar na ponovno kontrolo zopet v dispanzer.
- Bolnik včasih obiskuje diabetološki dispanzer, ne da bi bil njegov osebni zdravnik o tem obveščen s kakšnim izvidom (razen kartona sladkornega bolnika, ki ga ima le-ta običajno v zdravstveni knjižnici).
- V primerih, ko je potrebno redno vodenje bolnika v diabetološkem dispanzerju, bi stik le-tega z bolnikovim osebnim zdravnikom pozitivno vplival na odnos med bolnikom in njegovim zdravnikom.

Delitev dela na način, ki ga je v preteklosti postavila zdravstvena politika (zdravniki, ki po večini niso delali v splošni medicini), je postala palica, ki je udarila tako osnovno zdravstvo, saj je zavrla njegov strokovni razvoj, kakor na določen način tudi same specialiste (1).

Za dobro organizirano zdravstveno varstvo je značilno dobro sodelovanje med bolnišnično in splošno medicino (1), nekam vmes med obe pa spada diabetološki dispanzer. Bolnik vedno potrebuje oboje, specialiste in zdravnike splošne medicine; ugled in uspešnost enim in drugih pa raste le z dobrim sodelovanjem (1).

Osebni zdravnik, ki po več letih dela z isto populacijo dodobra spozna svoje bolnike in njihove družine, z leti postopno vodi vse več bolnikov s SB, vsekakor pa svoje odločitve sprejema odgovorno, saj se zaveda, da sam nosi posledice začasnih in zasilnih rešitev (1).

## Problemi, obremenitve in izzivi, ki jih čuti zdravnik v ambulanti splošne medicine ob delu s sladkornimi bolniki

- Morda bi bilo prav, če bi v prihodnje vsakega bolnika, pri katerem odkrijemo SB 2, napotili v diabetološki dispanzer, ki bi opravljal svoje delo na svetovni, specialistični ravni. Po realni presoji dispanzerskega zdravnika bi bilo svetovno vodenje in kontrola tu ali tam. V tem bi bilo vsekakor treba upoštevati oddaljenost bolnika od dispanzerja. Predvsem bo morala zaživeti komunikacija med dispanzerskim in osebnim zdravnikom. Danes ima vsak bolnik svojega osebnega zdravnika, ki je »nekdo« z imenom in priimkom in med njima je tesnejša vez kot je bila nekoč.
- Zdravnik splošne medicine bi se moral načrtneje in pogosteje izobraževati na področju SB, kar pa je povezano z organizacijo takšnega izobraževanja, s stroški in morebitnimi krajšimi odsotnostmi. To so bremena, ki bi jih glede na velik pomen SB za družbo le-ta morala na neki način prevzeti na svoja ramena.

- Zdravnik v ambulanti splošne medicine mora obvladati znanje urgentne medicine, saj se ob vsakem bolniku s SB lahko sreča z njenimi akutnimi zapletmi. Mednje štejemo življenjsko nevarna metabolna iztirjenja pri sladkornem bolniku, ki zahtevajo takojšnjo zdravniško pomoč (13). Hipoglikemija je lahko določljiv vzrok nezavesti, hipoglikemična koma je edina koma, ki jo je možno v večini primerov kjerkoli spoznati in odpraviti v nekaj minutah, brez zahtevnih postopkov in opreme (14). Srečanje z hiperglikemično komo je bistveno redkejše, vendar moramo vselej upoštevati tudi to možnost. Vselej je za zdravniško torbo smiselno izbrati tudi tista zdravila, ki jih bo lahko uporabil na terenu, če se bo znašel v nepredvideni situaciji in bo moral nuditi nujno medicinsko pomoč (15). Vanjo spadajo med drugim tudi testni trakovi ali aparat za določanje KS.
- Problem nastane pri starejših bolnikih s SB, ki živijo sami; nekateri med njimi so tudi inzulini. Nekateri niso mobilni in ne morejo v ambulanto, kaj šele v oddaljeni dispanzer. Lahko tudi zbolijo za različnimi infekti. Pri njih je bolj kot pri drugih bolnikih pomembno vključevanje patronažne in socialne službe in soseske ter pogosti obiski na njihovem domu s pogostejšimi kontrolami KS. A vedno jim grozi hipoglikemična koma, tudi ko ostanejo sami!
- Ambulante splošne medicine bodo morale, v kolikor tega še ne počno, voditi interni register bolnikov s SB. V praksi pogosto uporabljajo označevanje zdravstvenih kartonov bolnikov.
- Tudi zavarovalnica bo prej ali slej morala realno ovrednotiti storitve, ki jih v ambulanti splošne medicine nudijo bolniku s SB, tako na kurativnem kot na preventivnem področju

### Sklep

Nanizal sem le nekaj problemov, dejstev in razmišljanj, s katerimi se srečuje zdravnik v ambulanti splošne medicine ob bolnikih s SB. Prav vsi so njegovi

pacienti, vendar zaradi poteka in nevarnosti SB nekatere v obvladovanju le-te vodi diabetološki dispanzer. To pa je že druga – specialistična raven, kamor se zdravnik lahko in se tudi mora zatekati po strokovno pomoč. Šele v medsebojnem optimalnem teoretičnopraktičnem sodelovanju se bodo optimizirali pogoji, da bo v njih lahko v resnici zaživela Saintvincentska deklaracija.

### Literatura

1. Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F. Splošna medicina, načela in tehnike. Ljubljana: Sekcija splošne medicine Zveze zdravniških društev-SZD, 1992.
2. Koselj M, Medvešček M, Mrevlje F. Sladkorna bolezen tipa II. V: Zdravljenje notranjih bolezni. Algoritmi odločanja in ukrepanja. Ljubljana: Med Razgl 1992: 7.9–7.14.
3. Koselj M. Preventiva sladkorne bolezni in njenih zapletov. V: Preventiva v interni medicini. Ljubljana: Med Razgl 1991: 249–53.
4. Mrevlje F. Zdravljenje sladkorne bolezni. V: Kociančič A, Mrevlje F. Interna medicina. Ljubljana: DZS, 1993: 509–20.
5. Koselj M. Sladkorna bolezen v starosti. V: Posebnosti bolezni v starosti. XXXI. Tavčarjevi dnevi. Ljubljana: Med Razgl 1989: 175–9.
6. Woolliscroft OJ. Handbook of current diagnosis and treatment. A quick reference for the general practitioner. Philadelphia: Mosby, 1996: 100–9.
7. European NIDDM policy group. Namizni priročnik za oskrbo bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2. Bruselj: International Diabetes Federation, 1993.
8. Švab I. Etični pogledi na preventivo. V: Preventiva v splošni medicini: 13. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD. Zbirka PIP, 1996: 53–8.
9. Bulc M. Primarna preventiva v ambulanti splošne medicine. V: Preventiva v splošni medicini: 13. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD. Zbirka PIP, 1996: 1–6.
10. Medvešček M. Sladkorna bolezen. Uvod. V: Kociančič A, Mrevlje F. Interna medicina. Ljubljana: DZS, 1993: 499–502.
11. Koselj M. Epidemiologija in socialno medicinski problemi sladkorne bolezni. V: XXV. Tavčarjevi dnevi. Ljubljana: Med Razgl 1983: 93–100.
12. Luban-Plozza B, Poldinger W, Kroger F. Psihosomatski bolnik v splošni ambulanti in njegovo zdravljenje. Ljubljana: DZS, 1993, 81–3.
13. Medvešček M. Akutni zapleti sladkorne bolezni. V: Kociančič A, Mrevlje F. Interna medicina. Ljubljana: DZS 1993: 526–9.
14. Švab I, Lokar J, Petrin J et al. Nujna stanja. V: Košir T, Kersnik J. Oprema. Sekcija za splošno medicino SZD. Zbirka PIP, 1994.

### POPRAVEK

V prejšnji številki Obzornika zdravstvene nege (5/6, 1996) je v članku »Zdrava prehrana in sladkorna bolezen« na strani 200 prišlo do napake pri posredovanju informacij o maščobah.

Pravilno stališče je sledeče:

»Ghee maslo ni priporočljivo za sladkorne bolnike. Novejše raziskave so pokazale da vsebuje podobno razmerje maščobnih kislin kot surovo maslo, ki prav tako ni priporočljivo za sladkorne bolnike. Sladkorni bolnik naj rajši uživa margarino, ki je rastlinskega izvora«.

Milena Bohnec, vms. prof. soc. ped.