

PREVENTIVA

ŠOLA HUJŠANJA – PRIMER DOBRE PRAKSE

Jana Govc - Eržen *

Izvleček

Svetovna zdravstvena organizacija je leta 1997 opredelila debelost kot kronično presnovno bolezen, za katero je značilno prekomerno kopičenje maščob v telesu. Število prekomerno prehranjenih in debelih ljudi iz leta v leto narašča in postaja pomemben zdravstveni problem v razvitih deželah, prav tako tudi v Sloveniji. Prekomerna telesna teža in debelost predstavljata pomemben dejavnik tveganja za nastanek številnih kroničnih bolezni med katerimi so na prvem mestu bolezen srca in žilja. Izguba telesne teže predstavlja za vsakega posameznika izjemen napor, še večji napor pa predstavlja ohranjanje telesne teže. Leta 2002 smo v Sloveniji pričeli z izvajanjem preventivnega programa za odraslo populacijo, ki je usmerjen predvsem k obvladovanju dejavnikov tveganja za nastanek srčno žilnih bolezni in vključuje tudi zdravstveno vzgojno delo. V sklop zdravstveno vzgojnih delavnic je vključena tudi delavnica »Zdravo hujšanje«, ki je med bolniki še posebej priljubljena in obiskana. Po načelih zdravega hujšanja poteka v Celju že četrto leto tudi delavnica »Zdravo hujšanje« v sodelovanju z lokalnimi mediji. Namen te delavnice je, da bi vedenje o načelih zdravega hujšanja približali čim širšemu krogu prekomerno prehranjenih in debelih ljudi v celjski regiji, ki bi s pomočjo vsebin v časopisu in radiu tudi sami zmogli na zdrav način izgubiti odvečne kilograme.

Ključne besede: debelost; hujšanje, sekundarna preventiva, delavnica

Uvod

Prekomerna prehranjenost in debelost nastopata kot pomembna dejavnika tveganja za nastanek številnih kroničnih bolezni. Zavedanje o resnosti problema postaja v sodobnem času pomemben izziv za zdravstvene delavce, ki se ukvarjajo s področjem primarne preventive in promocije zdravja. Cilji in metode ukrepanje na področju zdravega hujšanja so danes jasno zastavljeni, izsledki številnih raziskav pa predstavljajo pripomoček s katerim lahko posameznika ali celotno skupnost seznanimo, da je normalna telesna teža predpogoj za dobro zdravje.

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije je bilo leta 2005 na svetu 1,6 milijarde prekomerno prehranjenih in 400 milijonov debelih ljudi, starejših od petnajst let. Če se bodo trendi naraščanja prekomerne prehranjenosti in debelosti nadaljevali z dosedanjim tempom, potem bo leta 2015 2,3 milijarde prekomerno prehranjenih in 700 milijonov debelih ljudi na svetu.

* Prim. asist. Jana Govc Eržen, dr.med., specialistka splošne medicine, ZP Vojnik, Keršova 1, Vojnik

Podatki kažejo, da je prevalenca hipertenzije pri moških, ki imajo ITM (indeks telesne mase) med 25 in 27 22,1%, pri tistih, ki imajo ITM med 27 in 30, pa je delež tistih s povišanim krvnim tlakom 27%. Podobno je tudi pri ženskah, kjer je bila prevalenca hipertenzije 27,7% v skupini žensk z ITM od 25 do 27, pri ženskah z ITM med 27 in 30 pa kar 32,7%.

Umrljivost zaradi debelosti narašča predvsem pri tistih prebivalcih, katerih ITM presega 30. Pri debelih ljudeh je po izsledkih večine raziskav tveganje za smrt vseh vzrokov kar za 50 do 100 % večja kot pri ljudeh z normalno telesno težo (ITT 20 – 25), pri čemer so na prvem mestu smrti zaradi srčno žilnih obolenj. Pričakovana življenjska doba pri debelih ljudeh je krajša za 2 do 5 let. (1) Debeli ljudje imajo prav tako povišan sistolični kot diastolični krvni pritisk, povišano koncentracijo trigliceridov v krvi in zvišan krvni sladkor na tešče.(2)

Debelost pa ne vpliva samo na razvoj hipertenzije, temveč predstavlja tudi močno povečano tveganje za nastanek akutnega miokardnega infarkta pri moških na vzhodnem Finskem. (3)

Tudi v Sloveniji predstavlja debelost resen problem. Prevalenca prekomerne prehranjenosti med petletnimi dečki znaša 18,4%, med deklicami pa 20,9%, med mladostniki je 17,1% prekomerno prehranjenih fantov in 15,4% prekomerno prehranjenih deklic.(4)

V Sloveniji je bilo leta 2001 po podatkih raziskave »Z zdravjem povezan vedenjski slog« 50% odraslih moških, ki so bili prekomerno prehranjeni (ITM 25 – 29,9) in 16,5% debelih moških (ITM \geq 30). Odstotek prekomerno prehranjenih žensk je znašal 30,9, debelih pa 13,8.(5)

Cilji obvladovanja prekomerne telesne teže in debelosti

Glede na velik vpliv debelosti in prekomerne telesne teže na zdravje ljudi, sta bila v sodelovanju s CINDI Slovenija opredeljena dva cilja:

- V petih letih zmanjšati število ljudi, ki imajo prekomerno telesno težo in so debeli za 10 %
- V petih letih povečati število ljudi z zdravo telesno težo za 10 %

Tako zahtevne cilje je mogoče doseči samo z ustrezno načrtovanim zdravstveno vzgojnim delom, namenjenim osebam s prekomerno telesno težo in debelim. To dokazujejo tudi dosežki drugih, ki so se tega problema lotili organizirano že pred leti.(6) Zaradi uspešnosti teh metod dela, smo se v Sloveniji odločili za zdravstveno vzgojno delo z izbrano populacijo odraslih. Delavnice zdravega hujšanja so namenjene vsem odraslim, katerih indeks telesne mase presega vrednost 30.

Prikaz primera:

ZV delavnica »Zdravo hujšanje« z Novim tednikom in Radiom Celje 2007

Delavnica Zdravo hujšanje z Novim tednikom in Radiom Celje poteka v organizaciji regijske odgovorne zdravnice na področju primarne preventive, ki je k sodelovanju

pritegnila Zavod za zdravstveno varstvo Celje, sodelavce iz medijskih hiš, sodelavce fitness studia in številne druge strokovnjake, ki so sodelovali pri izvedbi posameznih delavnic in celotnega programa. Zaradi odmevnosti, izjemnega povpraševanja in uspešnosti izvedenih delavnic, smo se odločili, da bodo delavnice postale tradicionalne, tako je letošnja delavnica Zdravo hujšanje z Novim tednikom in Radiom Celje že četrta zapovrstjo.

Glavni cilj delavnice zdravega hujšanja je, da bi udeleženci spremenili svoj vedenjski slog, spremenili nezdravo prehranjevanje in vključili v svoj vedenjski slog tudi telesno aktivnost, udeleženci pa naj bi v povprečju znižali svojo telesno težo za 5% in več. Z zdravim načinom prehranjevanja in stopnjevanjem telesne aktivnosti smo želeli, da bi udeleženci hujšali v povprečju 1,5 – 2 kilograma na teden.

Mesec dni pred začetkom delavnice zdravega hujšanja je lokalni časopis dvakrat tedensko objavil prijavnice za delavnico zdravega hujšanja. Ob objavi prijavnice je v časopisu in na radiu potekala tudi predstavitev vsebin in namena delavnic. Izmed 300 prispelih prijavnice smo izbrali 21 udeležencev, ki so izpolnjevali pogoje za sodelovanje na delavnici zdravega hujšanja. Vsi udeleženci so imeli indeks telesne mase večji od 30. Z vsemi izbranimi udeleženci smo opravili individualen razgovor, s katerim smo želeli izvedeti za želje, motiviranost in pripravljenost sodelovati v programu hujšanja od začetka do konca delavnice. Seznanili smo jih z vsebinami posameznih delavnic in s termini poteka delavnic, saj je večina udeležencev zaposlenih in so morali prisotnost na delavnici prilagoditi svojim obveznostim na delovnem mestu.

Delavnico zdravega hujšanja so vodili za to posebej usposobljeni strokovnjaki, ki so svoje znanje pridobili na delavnicah »Šola za promocijo zdravja in obvladovanje kroničnih bolezni«, dodatna, poglobljena znanja pa še na delavnicah za vodenje uspešnega in zdravega hujšanja na CINDI Slovenija. Pri izvajanju delavnic so sodelovali: zdravniki, medicinske sestre, profesorica športne vzgoje, kozmetičarka, kuharji.

Skupina je imela 14 srečanj enkrat tedensko, dvakrat tedensko so imeli skupinsko telesno vadbo. Imeli so tudi prost vstop v fitness studio in pred pričetkom vadbe v fitness studiu posvet z vaditeljem fitnesa, ki je med vadbo spremljal njihov napredek in prilagajal program vadbe napredku posameznika. Pred pričetkom delavnice in po njej so opravili test hoje na 2 kilometra s katerim smo ocenili njihovo telesno zmogljivost ter respiratorno in kardiovaskularno zmogljivost. Pred pričetkom delavnice in po njej so si udeleženci pri osebem zdravniku določili vrednosti krvnega sladkorja in celokupnega holesterola. Na vsakem srečanju v skupini smo jim izmerili telesno težo in telesno višino ter obseg pasu, določili smo jim indeks telesne mase. Vsakemu posamezniku smo na osnovi podatkov o spolu, starosti, telesni dejavnosti in vrednosti indeksa telesne mase določili tudi načrt hujšanja in višino dnevnih energijskih potreb.

Srečanja v skupini so potekala po vnaprej pripravljenem programu, vsebovale pa so naslednje vsebine: zdrava prehrana in zdravo hujšanje, pomen zdrave prehrane in izgube odvečne telesne teže za zdravje, pomen telesne dejavnosti za zdravje in uspešno izgubo telesne teže, o pomenu krepitev samopodobe in povezanosti debelosti z drugimi kroničnimi boleznimi, tudi z depresijo. Izbiro in nakup zdrave prehrane smo prikazali praktično z obiskom lokalne veleblagovnice, demonstracijo priprave zdrave prehrane, ki je primerna za hujšanje pa smo izvedli s pomočjo učiteljev kuhanja v Srednji šoli za gostinstvo in turizem.

Udeleženci so imeli tudi predavanja in praktični prikaz pomena pravilne nege kože obraza in telesa v procesu hujšanja.

V lokalnem časopisu so tedensko objavljali vsebine delavnic in tudi osebne izkušnje posameznikov, ki so bili vključeni v šolo hujšanja. Tedensko so v lokalni radijski postaji v tematski oddaji poudarjali pomen zdravega hujšanja in predstavljali vsebine delavnice zdravega hujšanja. Promocijo zdravega hujšanja smo zaključili s prireditvijo v trgovskem centru, na kateri so v podporo projektu nastopili znani slovenski pevci. Udeleženci so z obiskovalci prireditve delili svoje izkušnje v procesu hujšanja.

Od 20 udeležencev, ki so stopili v program zdravega hujšanja je delavnico uspešno zaključilo 19 udeležencev. Delavnica je potekala 3 mesece in v tem času je skupina v celoti izgubila 275,4 kilogramov, povprečna izguba telesne teže je znašala 14,5 kilogramov. Maksimalna izguba telesne teže je znašala 20,4 kilograme, minimalna pa 5,6 kilogramov.

Zaključek

Zdravstveno vzgojno delo predstavlja zelo pomembno metodo pri obvladovanju številnih dejavnikov tveganja za nastanek srčno žilnih obolenj, posredno pa vpliva na ohranjanje in izboljšanje zdravja, na zmanjševanje stopnje obolevanja, nastanka invalidnosti in na zmanjšanje stopnje umrljivosti.

Zdravstveno vzgojna delavnica »Zdravo hujšanje« z Novim tednikom in Radiom Celje predstavlja uspešen projekt promocije zdravega vedenjskega sloga in zdravega hujšanja v lokalni skupnosti. S pomočjo medijev smo dejavnosti povezane z vsebinami delavnice prenesli na celotno celjsko regijo in s tem zagotovili, da je vsakdo, ki je zainteresiran za zdrav način življenja in hujšanja prišel do ustreznih in strokovnih informacij.

Literatura

1. www.diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/statistics/index.htm
2. Whitelaw D, O' Kane M, Wales JK, Barth JH. Risk factors for coronary heart disease in obese non – diabetic subject. *Int J Obes* 2001; 25: 1042 – 6.
3. Tuomilehto J, Salonen JT, Marti B, Jalkanen L, Puska P, Nissinen A, Wolf E. Body weight and risk of myocardial infarction and death in the adult population of eastern Finland. *Br Med J* 1987; 295: 623 – 7.
4. Avbelj M, Saje-Hribar N, Seher Zupančič M et al. Prevalenca čezmerne prehranjenosti in debelosti med pet let starimi otroki in 15 oziroma 16 let starimi mladostnicami in mladostniki v Sloveniji. *Zdrav vestn* 2005; 74: 753-9.
5. Zaletel Kragelj L, Fras Z, Mavčec Zakotnik J. Tvegana vedenja povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. 3. Zdravstvena stanja. *CINDI Slovenija* 2004; 572-573.
6. Anton Garcia F, Maiques Galan A, Franch Taix M, Aleixandre Marti E, Gomez Ortega AB, Sotoca Cobaleda R. Effectiveness of cardiovascular prevention in primary care. *Aten Primaria* 2001; 28: 642 – 7.

KREPITEV DUŠEVNEGA ZDRAVJA NA CELJSKEM Z VIDIKA JAVNEGA ZDRAVJA – PRIMER IZ PRAKSE

Nuša Konec Juričič*

Izvleček

Duševno zdravje je poleg telesnega zdravja nujen pogoj za uspešno delovanje posameznika, pa tudi skupnosti in družbe kot celote. Težave duševnega zdravja v sodobni družbi naraščajo. Med najpogostejšimi sta tudi pri nas depresija in tesnoba, najbolj izstopajoč javno zdravstveni kazalec stanja duševnega zdravja v naši državi je samomorilnost. Pa vendar izkušnje kažejo, da je za krepitev, ohranitev in povrnitev duševnega zdravja in na drugi strani za uspešno obvladovanje duševnih motenj in samomora mogoče marsikaj storiti. Pričujoči prispevek opisuje delovanje na področju krepitev duševnega zdravja na Celjskem z vidika javnega zdravja.

Ključne besede: Duševno zdravje, promocija, depresija, samomor, povezovanje, spletno svetovanje, izobraževanje

Uvod - duševno zdravje

Duševno zdravje je integralni del zdravja, je osnova za kakovostno življenje in je tudi družbena dobrina. Je mnogo več, kot le odsotnost duševne motnje. Duševno zdravje opredeljujejo človekovo notranje psihično stanje, njegovi odnosi z drugimi in njegovo delovanje ter sposobnost, da obvladuje svoje življenje in se uspešno sooča z različnimi situacijami, obremenitvami in težavami.

Že v 12. cilju programa Svetovne zdravstvene organizacije Zdravje za vse do leta 2000, ki ga lahko označimo za eno največjih gibanj v zgodovini javnega zdravstva, je bilo zapisano, da bi do leta 2000 morali doseči trajno in nenehno zmanjševanje pojavnosti duševnih motenj, izboljšanje kvalitete življenja ljudi s tovrstnimi motnjami in doseči zmanjševanje naraščajočih trendov samomora in poskusa samomora (1). Smo cilje dosegli? Žal ne. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije težave duševnega zdravja še vedno naraščajo. Po ocenah strokovnjakov naj bi bila depresija leta 2020 eden glavnih javno zdravstvenih problemov. Okoli milijon ljudi po svetu se vsako leto znajde v situaciji, iz katere ne vidi izhoda in svoje življenje konča s samomorom (2). Med najpogostejšimi težavami

* Nuša Konec Juričič, dr. med., spec. socialne medicine, Zavod za zdravstveno varstvo Cele, Ipavčeva 18, Celje

duševnega zdravja v Sloveniji sta depresija in tesnoba, najbolj izstopajoč javno zdravstveni kazalec stanja duševnega zdravja v naši državi je samomorilnost (3).

Težave duševnega zdravja so torej prisotne v veliko večji meri, kot bi pričakovali. Mnogo ljudi o duševnih težavah spregovori veliko težje, kot o telesnih. Razlogi se skrivajo v stigmatizaciji duševnih motenj, v prepričanju, da so duševne težave naša osebna stvar, v občutku, da se ne da pomagati, v negativnih preteklih izkušnjah, v strahu pred izgubo zdravega razuma in še bi lahko naštevali. Pa vendar izkušnje tako pri nas kot v tujini kažejo, da je za krepitev in ohranitev duševnega zdravja in na drugi strani za uspešno obvladovanje duševnih motenj mogoče marsikaj storiti.

Varovanje duševnega zdravja vključuje tri medsebojno povezane in delno prekrivajoče se komponente: promocija (krepitev) duševnega zdravja, preprečevanje motenj in zdravljenje motenj. Ravnotežje med promocijo, preprečevanjem in zdravljenjem mora graditi na zgodovinskih, kulturnih, strukturalnih in etičnih dejavnikih in okoliščinah, izhajajočih iz aktualnih okoliščin (4).

Pristop k duševnemu zdravju z vidika javnega zdravja

Zavod za zdravstveno varstvo Celje je eden izmed devetih regionalnih zavodov na področju javnega zdravja v Sloveniji. Njegovo osnovno poslanstvo je preučevanje zdravstvenega stanja, problemov in potreb populacije ter njenih posameznih skupin. Na tej osnovi iščemo možne pristope za obvladovanje problemov, pripravljamo in koordiniramo aktivnosti, povezujemo možne partnerje ter spremljamo in vrednotimo ukrepe. Z delom na področju duševnega zdravja smo intenzivneje pričeli v letu 2000, upoštevajoč izhodišča, omenjena v uvodu prispevka.

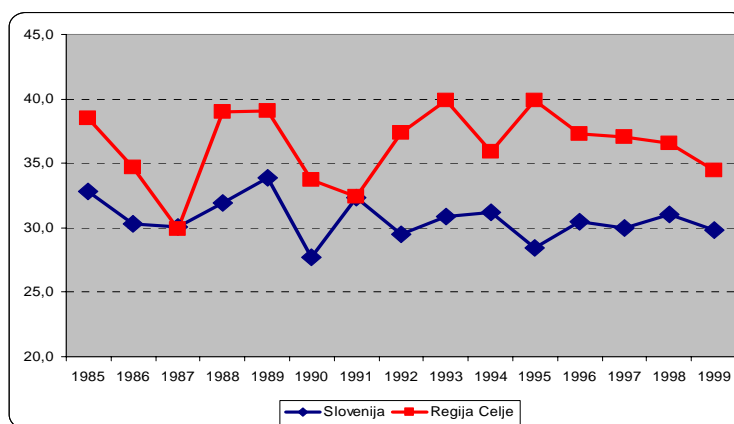
Prva faza dela - opredelitev problema

Oprli smo se na nekatere podatke iz rednih zdravstvenih statistik in nekaterih raziskav. Po številnih podatkih o zdravju prebivalstva regija Celje odstopa od slovenskega povprečja v negativnem smislu. Eden takšnih negativnih kazalcev v regiji je visoka stopnja samomora. V letu 2001 smo iz Baze podatkov o umrlih opravili podrobnejšo analizo samomorov v obdobju od leta 1985 do 1999. V navedenem obdobju je v regiji samomor naredilo 1641 ljudi. Stopnja incidence samomora (razmerje med številom umrlih zaradi samomora in številom prebivalcev na določenem območju, preračunano na 100.000 prebivalcev), je bila praktično v celotnem prikazanem obdobju močno nad slovensko. V povprečju je za regijo znašala 36,4/100.000 prebivalcev, za Slovenijo 30,6/100.000 prebivalcev (Slika 1).

Obremenjenost s samomorom je bila višja tudi glede na preostale regije v Sloveniji, z izjemo ravenske, mariborske in murskosoboške, kar kaže na regionalno, vzhodno zahodno porazdelitev samomora v naši državi. V vseh prikazanih letih se tako v regiji kot v celotni Sloveniji kažejo nekatere značilnosti v pojavljanju samomora. Med umrlimi zaradi samomora v regiji Celje je bilo trikrat več moških kot žensk. Največ zaradi samomora umrlih moških je bilo starih med 45 do 49 let, žensk med 55 in 64 let. Med mladimi od 15 do 19 let jih je nad življenjem obupalo 45. Glede na doseženo stopnjo izobrazbe je bila v prikazanem obdobju stopnja incidence samomora najvišja med umrlimi z zabeleženo končano in nedokončano osnovno šolo, najnižja pa med umrlimi s končano višjo oziroma

visoko šolo. Pri izračunu stopnje incidence samomora glede na zakonski je bila le ta najvišja pri osebah, ki so ovdovele in bile razvezane. Incidenca samomora je bila pri vdovcih 6,5 krat višja kot pri vdovah, med razvezanimi moškimi pa 5,5 krat višja kot med razvezanimi ženskami.

Slika 1. Stopnja incidence samomora na 100.000 prebivalcev v regiji Celje in Sloveniji, 1985 - 1999



Pri pregledu Baze podatkov zunaj bolnišnične in bolnišnične statistike smo ugotovili, da so pri pregledih v osnovnem zdravstvu med najpogosteje zabeleženimi duševnimi motnjami zabeležene druge anksiozne motnje, depresivna epizoda, sledijo druge nevrotske motnje ter reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje.

V raziskavi, ki smo jo na zavodu opravili v letu 2000 med 900 mladimi v regiji Celje, starimi od 13 do 17 let smo ugotovili, da je za več kot tretjino mladih preobremenjenost s šolo velik problem, skoraj tri četrtine jih je menilo, da šola in starši od njih preveč zahtevajo. Zlasti srednješolci so navajali strah pred neuspehi. Več kot tretjina jih je navajala nizko samopodobo, med njimi je bilo več deklet. Pomanjkanje samozavesti je navajala polovica mladih, malo manj kot polovici vprašanih je manjkalo optimizma. Dobra tretjina jih je navajala strah pred drogami, več kot četrtina vprašanih pa se je strinjalo z navedbo, da življenje nima smisla (5).

Druga faza dela - povezovanje partnerjev in ustanovitev Regijske skupine za preprečevanje samomora na Celjskem



2001, ob svetovnem dnevu duševnega zdravja, smo zgoraj omenjene rezultate predložili strokovnim, pedagogskim, socialnim in zdravstvenim delavcem in predstavnikom društev ter organizacij. Odziv udeležencev je bil zelo pozitiven. Strinjali smo se, da bomo na področju krepitve duševnega zdravja in preprečevanja samomora delovali bolj uspešno. V decembru 2001 smo ustanovili Regijsko skupino za preprečevanje samomora, ki deluje pod sloganom Tu smo zate. V njej se združujemo vsi zgoraj naštetih predstavniki.

Cilji skupine so destigmatizacija duševnih motenj, raziskovanje, izobraževanje, razvoj preventivnih programov za krepitev duševnega zdravja ter sodelovanje z mediji. Ti cilji so združeni v programu Krepitev duševnega zdravja in zmanjševanje problematike samomora v regiji Celje.

Tretja faza dela – izvajanje programa Krepitev duševnega zdravja in zmanjševanje problematike samomora v regiji Celje

V prvem obdobju, od leta 2001 do 2005, smo se usmerili k strokovnim javnostim. Za različne skupine smo pripravili izobraževanja o prepoznavanju depresije in samomorilne ogroženosti, o obravnavi in zdravljenju depresije ter načinih krepitev veščin za delo s človekom v hudi duševni stiski. Izvedli smo več kot 40 osnovnih seminarjev in delavnic, ki se jih je udeležilo več kot 850 zdravstvenih, pedagoških in socialnih delavcev, strokovnih delavcev v zavodih za zaposlovanje ter v policiji in zaporih, ter strokovnih delavcev iz nevladnih organizacij in društev iz celjske regije. Skupne ugotovitve na podlagi anketiranja udeležencev so naslednje: predstavljene vsebine ocenjujejo kot zelo pomembne za svoje delo, poudarjajo potrebo po dodatnem izobraževanju na področju duševnega zdravja ter potrebo po novih znanjih in praktičnih veščinah za delo z ljudmi v stiski. Udeleženci so zadovoljni, ker se na seminarjih osebno seznanijo s strokovnjaki, na katere se po srečanjih laže obračajo po pomoč. Poudarjajo, da bi vsebine seminarjev in delavnic s področja duševnega zdravja morale biti kot obvezne uvrščene v dodiplomska in podiplomska izobraževanja vseh strokovnjakov omenjenih in tudi drugih strok.

V drugem obdobju, od leta 2005 naprej, smo se intenzivneje usmerili k splošni javnosti, izhajajoč iz spoznanja, da strokovnjaki in tudi laiki lahko pomagajo ljudem šele takrat, kadar le ti izrazijo težave in potrebo po pomoči (6). Pri delu s splošno javnostjo se usmerjamo v osveščanje o pomenu duševnega zdravja, v informiranje o najpogostejših duševnih motnjah in načinih pomoči človeku v hudi duševni stiski ter v krepitev veščin posameznika za prilagajanje dinamiki današnjega življenja. Za splošne javnosti smo izpeljali številna krajša predavanja in delavnice v okviru krajevnih skupnosti, društev, v zadnjem času tudi v okviru delovnih organizacij.

V letu 2006 smo pričeli z delavnicami za ljudi, ki že imajo depresijo in njihove svojce. Cilj delavnic je ljudi seznaniti z njihovo boleznijo in tako povečati njihovo sodelovanje v procesu zdravljenja in rehabilitacije ter jih usmeriti v tista področja delovanja, ki jih lahko sami uspešno nadzorujejo.

Na osnovi izkušenj iz teh delavnic ter na osnovi izraženih potreb iz skupnosti smo ob podpori društva Dam iz Ljubljane v letu 2007 v Celju ustanovili Skupino za samopomoč za ljudi z depresijo in anksioznostjo. Skupina posamezniku ponuja varnost ter sprejetost, omogoča mu srečevanje z osebami s podobnimi izkušnjami in izmenjavo le teh.

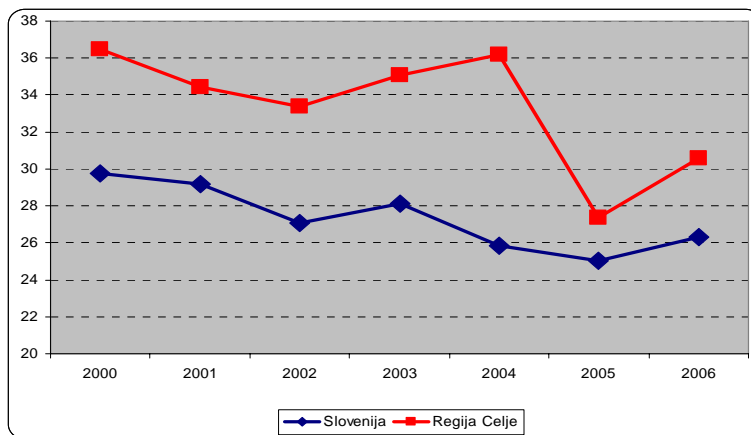
Za splošno javnost smo pripravili in izdali dve brošuri. Prva, *Kadar nas je strah, da bi si kdo lahko vzel življenje*, predstavlja znake depresije in dejavnike tveganja za samomor. Bralca spodbuja k aktivnemu poslušanju človeka v stiski, k iskanju ustrezne strokovne pomoči in ga opogumlja, da tudi iz najhujših stisk vodijo poti. V drugi, z naslovom *Zakaj molčimo*, spregovorimo o prepričanjih in mitih na področju duševnega zdravja, o depresiji ter o virih pomoči ljudem v duševni stiski na Celjskem.

S ciljem krepitve pozitivne samopodobe mladostnikov in preprečevanja neželenih vedenj med mladostniki, na zavodu že šesto leto uspešno deluje mladinski projekt promocije zdravja To sem jaz. Spletna svetovalnica na naslovu www.tosemjaz.net je varno mesto, ki mladostnikom omogoča brezplačno, anonimno in hitro dostopno posvetovanje z več kot tridesetimi strokovnjaki. Ti so mladim v šestih letih odgovorili na več kot 13.000 vprašanj in dilem. Gre za inovativen pristop, v katerem smo od osveščanja in informiranja prešli v neposredno komunikacijo z mladimi z orodjem, ki jim je blizu. Drugi del projekta poteka v šolah. Izvajajo ga učitelji, ki se za izvajanje delavnic o samopodobi izobražujejo v okviru vsakoletnih seminarjev, organiziranih v okviru projekta. Projekt je priznan tako v domači kot tuji strokovni javnosti.

V vseh fazah dela veliko pozornosti posvečamo delu z mediji. Preko tiskanih medijev, radijskih in televizijskih oddaj, med katerimi so nekatere že stalne, dosegamo številne javnosti, ki se na ponujene vsebine dobro odzivajo.

V letih 2005 in 2006 se je stopnja samomora v regiji Celje značilno znižala (Slika 2). V povprečju je samomor storilo 20 do 30 oseb na leto manj, kot leta poprej, kar hkrati pomeni 20 do 30 manj osebnih in družinskih stisk ter veliko ohranjenih let življenja. Ta podatek ter izkušnje in evalvacija aktivnosti programa so spodbuda, da bomo pri njegovem nadaljevanju vztrajali.

Slika 2. Stopnja incidence samomora na 100.000 prebivalcev v regiji Celje in Sloveniji, 2000 - 2006



Povzetek značilnosti programa Krepitev duševnega zdravja in preprečevanje samomorilnosti na celjskem

Program izhaja iz potreb regije. Izvaja ga povezana skupina strokovnjakov, ki se pri delu poslužuje medsektorskega in interdisciplinarnega mrežnega pristopa. Izvajalci so strokovnjaki številni področij iz regije Celje in izven, katerih delo je v okviru matičnih ustanov že v osnovi namenjeno krepitvi duševnega zdravja in pomoči ljudem v stiski. Program zapolnjuje določene vrzeli na področju osveščanja širše strokovne in laične javnosti ter prinaša nekatere novosti zlasti na področju dela z mladimi. Usmerjen je v

izobraževanje ciljnih skupin in medijsko promocijo s ciljem ohranjanja in krepitve duševnega zdravja ter krepitve obstoječe mreže podpore in pomoči. Evalvacija programa poteka na izvedbenem nivoju. Vloga regionalnega zavoda za zdravstveno varstvo je v razvoju, koordiniranju, pridobivanju sredstev ter evalvaciji programa. Delo vseh izvajalcev v programu je prežeto z veliko mero entuziazma.

Zaključek

Sodobno življenje označujejo hitro spreminjajoče se okoliščine, ki zahtevajo tudi hitro prilagajanje posameznika in družbe kot celote. Pričakovanja do posameznika so velika in raznolika, včasih ne dovolj jasna. Večina posameznikov se na te zahteve odziva z mobilizacijo svojih rezerv, z dodatnim učenjem in delom. Za mnoge pa so sodobne zahteve prehude, potiskajo jih v nezadovoljstvo, stres ter druge težave telesnega in duševnega zdravja in v vedno pogostejše iskanje pomoči.

Za dobro duševno zdravje in s tem napredek družbe smo odgovorni vsi - vsi posamezniki v vsakodnevnih situacijah, v katerih bi moral biti prostor in čas za človeško in čustveno toplino, za razvoj dobre samopodobe, za pristne stike s soljudmi, s širšim okoljem in z naravo; nadalje načrtovalci izobraževanj, delodajalci in politiki za zagotavljanje takšnih delovnih, učnih in bivalnih okolij, ki bodo spodbujala optimalen razvoj posameznika; strokovnjaki različnih področij pa predvsem pri osveščanju javnosti, odkrivanju problemov ter zagotavljanju pravočasne in optimalne oblike pomoči človeku v duševnih in drugih stiskah.

Učinkovito delovanje na področju krepitve duševnega zdravja in preprečevanja samomora sloni na usklajenih pristopih in stališčih različnih disciplin, ustanov in države, zato v Sloveniji nujno potrebujemo Nacionalni program za duševno zdravje in preprečevanje samomora (7). Le ta naj opredeli cilje, pristojnosti in odgovornosti ključnih akterjev za področje duševnega zdravja. V njegove akcijske načrte bi že v tem trenutku lahko strnili številne primere dobre prakse na področju duševnega zdravja v Sloveniji.

Literatura:

1. Plan zdravstvenega varstva Republike Slovenije do leta 2000. Ljubljana: Ministrstvo za zdravstvo, 1993.
2. An Initiative of the international association for suicide prevention (IASP) (2007): World Suicide Prevention day. Suicide prevention across the life span. Dosegljivo 30.8.2007 na URL: <http://www.med.uio.no/iasp/>
3. Marušič A (2001). Kako svetla je lahko prihodnost na področju duševnega zdravja? Svetovni dan duševnega zdravja. Zdrav Var; 40: 11-13.
4. Mikuš Kos A (2006). Kaj je svetovalni center za otroke, mladostnike in starše prispeval k varovanju duševnega zdravja otrok v skupnosti?. In: Mozaik našega delovanja. Zbornik prispevkov ob 50-letnici svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše Ljubljana. Ljubljana; 2006 120-143.

5. Podkrajšek D, Lekić K, Kopač Vidmar T (2001). To sem jaz. In to potrebujem. Rezultati anketiranja mladih celjske regije o problemih odraščanja. Mladostnik in zdravje. Tretji kongres šolske in visokošolske medicine Slovenije. Novo Mesto, Zdrav Var 40, Suppl. 2001.
6. Rihmer Z (1996). Strategies of suicide prevention: focus on health care. J affect Disorders; 39: 83-91.
7. Grad O, Zvasnik A (1995). Proposals for a national programme for suicide prevention in Slovenia. V Grad O.T. (ur). How to reduce suicide in Slovenia? Proposals for a national programme for suicide prevention in Slovenia. National and international perspectives. WHO regional office for Europe; 3-18.

DRŽAVNI PROGRAM ORGANIZIRANEGA PRESEJANJA IN ZGODNJEGA ODKRIVANJA RAKA NA DEBELEM ČREVESU IN DANKI

Jožica Maučec Zakotnik, Dominika Novak Mlakar*

Izvleček

Rak debelega črevesa in danke (RDČD) je drugi najpogostejši vzrok smrti zaradi raka v Sloveniji, njegova incidenca je v zadnjem desetletju v porastu. Kljub temu da se relativno petletno preživetje bolnikov s to boleznijo daljša, je še vedno največ odkritih primerov, ko je bolezen že v napredovali obliki in je prognoza slabša. Bolezen odkrita v napredovali obliki vodi k visokim stroškom zdravljenja, slabšemu preživetju ter visoki stopnji umrljivosti. Omenjeni epidemiološki kazalci in dejstvo, da je RDČD ozdravljiva bolezen, če ga odkrijemo in zdravimo v zgodnji razvojni stopnji, narekujejo sistemske ukrepe v Sloveniji. Svet Evropske unije je leta 2003 priporočil uvajanje organiziranega presejanja za RDČD vsem državam članicam. Priporočena, populacijsko sprejemljiva in učinkovita metoda presejanja je uporaba testa na prikrito krvavitev. Podatki kažejo, da ima imunokemični test boljše razmerje med občutljivostjo in specifičnostjo in boljše napovedno vrednost v primerjavi z gvajak testom. S presejalnim testom, preiskavo blata na prikrito krvavitev, in endoskopijo debelega črevesa pri bolnikih s pozitivnim testom, lahko zmanjšamo umrljivost za RDČD za 18-33%.

Zdravstveni svet pri Ministrstvu za zdravje je decembra 2006 potrdil organiziran državni program presejanja za RDČD, z njegovo implementacijo bomo začeli v letu 2008. Program presejanja bo ciljno populacijo moških in žensk v starosti 50- 69 let vabil in ji pošiljal teste na prikrito krvavitev po pošti, odčitavanje in interpretacija rezultatov testov pa bo potekalo v centralnem laboratoriju. V primeru pozitivnega testa na prikrito krvavitev bo testiranec napoten na kolonoskopijo.

Program bo vzpostavil centralno upravljanje vseh postopkov načrtovanja, vabljenja in ponovnega vabljenja, spremljanja, nadzora, evalvacije in koordinacije znotraj organiziranega presejanja ter obravnav RDČD. Da bomo dosegli pričakovane rezultate, zmanjšanje umrljivosti in incidence RDČD, večji delež bolezni odkrite v zgodnji fazi in s tem zmanjšanje stroškov zdravljenja, izboljšanje preživetja in kakovosti življenja bolnikov z RDČD, moramo zagotoviti odzivnost ciljne populacije vsaj v 50% v prvem presejalnem krogu, ki pa mora ostati visoka tudi v naslednjih presejalnih krogih. Hkrati moramo zagotoviti visoko kakovost celotnega programa.

Ključne besede: rak debelega črevesa in danke, preprečevanje, presejanje

* Jožica Maučec Zakotnik, dr.med., Dominika Novak Mlakar, dr.med., CINDI Slovenija, Zdravstveni dom Ljubljana, Ulica Stare pravde 2, 1000 Ljubljana. Elektronska pošta: dnovak_mlakar@t-2.net

Uvod

Rak debelega črevesa in danke (RDČD), MKB C18-C20, je bolezen z visoko obolevnostjo in umrljivostjo, kar predstavlja velik in resen javnozdravstveni problem. Okoli 90% bolnikov z RDČD zboli po 50. letu starosti, lahko pa se bolezen pojavi že prej. Klinični znaki, ki opozarjajo na RDČD, so neznačilni. Odvisni so od mesta tumorja, njegove velikosti, razširjenosti ter zapletov, ki jih tumor povzroča. Med najpogostejše znake sodijo bolečine v trebuhu, spremembe ritma odvajanja blata (pogostost odvajanja, konsistenca blata), krvavitev iz črevesa, slabokrvnost, nenamenska izguba telesne teže, utrujenost. Znano je tudi, da se v 90% primerov RDČD razvije iz prej nastalih adenomatoznih polipov, ki se lahko z endoskopskimi tehnikami odkrijejo in odstranijo. Žal so številni bolniki brez težav, saj se RDČD razvija počasi in večinoma mine nekaj let pred pojavom simptomov, zato se bolezen odkrije šele, ko je že v napredovali razvojni stopnji (1,2,3,4).

RDČD je ozdravljiv, če je odkrit dovolj zgodaj, ko se še ni razširil iz črevesa v bezgavke ali drugod po telesu. Bolezen odkrita v napredovalem stadiju vodi k visokim stroškom zdravljenja, slabšemu preživetju ter visoki stopnji umrljivosti (5).

Visoka pojavnost bolezní v našem okolju in odkrivanje bolezní v že napredovali obliki narekujejo sistemske ukrepe za zmanjševanje ogroženosti za razvoj RDČD in zgodnjega odkrivanja (presejanja) med prebivalstvom na splošno (1). Pregledovanje le simptomatskih bolnikov, brez nadzora in neorganizirano, pri obvladovanju bremena RDČD ne daje ustreznih rezultatov, kar se v Sloveniji kaže v osnovnih epidemioloških kazalnikih: nizkem deležu bolezní odkrite v omejenem stadiju, slabšem preživetju in visoki umrljivosti. Zato v Sloveniji nujno potrebujemo uvedbo presejanja za RDČD, kar pomeni uvedbo organiziranega programa presejanja pri asimptomatski populaciji v starosti 50 do 69 let na vsaki dve leti z uporabo testa na prikrito krvavitev v blatu. Udeležence presejanja s pozitivnim testom, prisotno krvjo v blatu, se napoti na kolonoskopijo. V prispevku so navedene aktivnosti, ki so v Sloveniji potrebne za postopno vzpostavitev organiziranega presejalnega programa za RDČD.

Za presejalno metodo se je izkazal primeren test na prikrito krvavitev v blatu. Ta med odraslimi, ki so brez kliničnih težav odkrije tiste, pri katerih je velika verjetnost, da imajo neinvazivno ali zgodnjo invazivno obliko raka. Vsi, pri katerih s testom odkrijemo prisotno kri v blatu, potrebujejo nadaljnje diagnostične preiskave za razjasnitev narave teh sprememb (6,7,8,9).

Merilo za učinkovitost presejanja je zmanjšanje umrljivosti med redno pregledovano populacijo. Organizirano presejanje poteka množično in je potrebno povabiti na preventivni (presejalni) pregled vse odrasle v določeni starostni skupini. Učinek presejanja se s populacijskega vidika lahko pokaže samo, če je redno pregledovan zadosten delež preiskovancev v določenih starostnih skupinah. Pričakovati je, da ima organizirano presejanje večji javnozdravstveni učinek kot pregledovanje simptomatskih bolnikov, če ga spremlja primeren nadzor kakovosti vseh postopkov, od presejalnega pregleda, do zdravljenja pri presejanju odkritih sprememb. Presejanje ima poleg številnih prednosti namreč tudi pomembne pomanjkljivosti, med katere sodijo napačno pozitivni in napačno negativni izvidi. Prav zato, da bi bilo teh čim manj, je treba zagotoviti primerno kakovost postopkov, kar pa je mogoče le v organiziranem programu.

Obvladovanje zdravstvenega problema v Evropi in drugod po svetu

Mednarodna agencija za raziskovanje raka (IARC) je leta 1997, za države EU, objavila oceno števila novih primerov raka, ki je bila 1.594.379, od katerih je bilo 1.4% raka materničnega vratu, 14% raka dojke, 14% RDČD in 9% raka prostate. RDČD je v državah Evrope eden izmed najpogostejših rakov (5,10,11). Razlike v prevalenci in umrljivosti med državami so odraz različnega vedenjskega sloga in prevalence drugih prisotnih malignih obolenj. Umrljivost ni odvisna samo od prevalence bolezni ampak tudi od zdravstvenih razmer in razpoložljivih zdravstvenih storitev posamezne države, kamor spada ozaveščenost zdravnikov in populacije, uporaba presejalnega programa, diagnostičnih metod za simptomatske bolnike, razpoložljivost ustrezne in moderne kirurške ter onkološke obravnave in prisotnost drugih predhodnih bolezenskih stanj, ki vplivajo na preživetje (12).

Primarna preventiva RDČD, ki zajema spremembe v prehrani in vedenjskem slogu, cilja na znižanje bremena raka preko izpostavljenosti dejavnikom tveganja, kar pa ni dovolj za zmanjševanje bremena raka v populaciji. RDČD je eden od rakov, ki so dostopni sekundarni preventivi, torej odkrivanju predkliničnih lezij. Sekundarna preventiva, ki je usmerjena v znižanje umrljivosti z zgodnjim odkrivanjem raka preko populacijskega presejanja, omogoča odkrivanje premalignih lezij s pomočjo testa na prikrito krvavitev v blatu, ki je v svetu na voljo že vsaj 30 let. Dobro organizirano populacijsko presejanje je bolj učinkovito kot presejanje simptomatskih bolnikov in je zato ključni element preventive, ki je strokovno utemeljen, ima pozitivno stroškovno učinkovitost (cost effectiveness) in temelji na primerih dobre prakse (9,10,12).

V Evropi in drugod po svetu, se populacijsko presejanje za RDČD izvaja kot del javnozdravstvenega pristopa pri obvladovanju bremena raka. Naj omenimo le nekatere: Anglija, Avstralija, Avstrija, Češka Republika, Finska, Francija, Italija, Izrael, Japonska, Kanada, Nemčija, Poljska, Slovaška, Španija (Katalonija), Združene države Amerike (12,13,14,15,16,17,18,19,20,21).

Leta 2003 je Evropska komisija EU izdala priporočila za uvedbo populacijskega presejanja za raka dojke, za raka materničnega vratu in za RDČD v vseh državah članicah. Presejanje za RDČD se priporoča odraslim v starosti od 50 do 74 let po izsledkih iz literature na dve leti z uporabo testa na prikrito krvavitev v blatu (10).

Mednarodne raziskave kažejo, da je organiziran postopek presejanja z izvajanjem preiskave blata na prikrito krvavitev s primernim diagnostičnim spremljanjem in zdravljenjem po odkritju polipov ali malignih sprememb zmanjšal smrtnost RDČD od 15% do 33% odvisno od uporabljene metode presejanja. Raziskave na Danskem in v Angliji, v katerih so spremljali udeležence v programu presejanja v obdobju desetih let, so pokazale, da je bilo 9-11% več primerov odkrite bolezni v omejenem stadiju in za 4-7% manj primerov bolezni v napredovalem stadiju v primerjavi z udeleženci, ki se presejanja niso udeležili. (22,23,24,25).

Za namene presejanja RDČD države uporabljajo različne metode: hematest z gvajakom, imunokemični test ali dražje preiskave kot so fleksibilna sigmoidoskopija z/brez hematesta, enkratna kolonoskopija in rentgensko slikanje z uporabo kontrastnega sredstva. Med najbolj razširjene sodita hematest z gvajakom in imunokemični test. Oba testa

izpolnjujeta merila za populacijsko presejanje, ki jih je priporočila Svetovna zdravstvena organizacija: »presejalni test mora biti poceni, hiter, preprost, njegov namen ni postavljanje končne diagnoze, bolniki s pozitivnim testom so napoteni na dodatne diagnostične preiskave in zdravljenje mora biti uspešno«.

Hematest z gvajakom izkorišča peroksidazno dejavnost hema, ki se po stiku z gvajakom obarva modro. Test je relativno poceni, preprost za izvedbo, vendar ni primeren za avtomatično odčitavanje rezultata, torej ima slabost subjektivne ocene odčitane testa in po nekaterih strokovnih člankih se zgreši preveč napredovalih polipov in karcinomov. Poleg tega test ni specifičen le za krvavitve iz področja debelega črevesa in danke ampak zazna krvavitve iz celega prebavnega trakta. Tri dni pred testiranjem morajo preiskovanci upoštevati primerno dieto brez rdečega mesa ali živil bogatih s krvjo, saj ti lahko zvišujejo delež lažno pozitivnih testov, uživati morajo prehrano bogato z vlakninami (žitarice, sadje in zelenjava), kar pripomore k aktiviranju tihih lezij. Dnevno naj ne bi uživali preparatov vitamina C v večjih količinah od 250 mg., vključujoč količine zaužite s hrano. Velike količine zaužitega vitamina C zvišujejo delež lažno negativnih testov, nesteroidni antirevmatiki ali antikoagulacijska zdravila pa lahko izzovejo krvavitve in zvišujejo delež lažno pozitivnih testov. Največja pomanjkljivost testa z gvajakom je v njegovi premajhni občutljivosti in specifičnosti za RDČD (26,27,28).

Imunokemični test zazna protitelesa, ki so specifična za človeški hemoglobin. Test omogoča avtomatično odčitavanje rezultata, kar pomeni obdelavo velikega števila testov naenkrat ob standardnih pogojih in zagotavljanje visoke kakovosti. V primerjavi z gvajak testom zazna večji delež polipov in karcinomov, čemur je presejanje tudi namenjeno v smislu zgodnjega odkrivanja patologije. Poleg tega je test bolj specifičen za prikrito krvavitev v predelu debelega črevesa in danke. Od udeleženca presejanja test ne zahteva dodatnih predpriprav v smislu diete in ni prepovedi uživanja zdravil.

Strokovna javnost se vse bolj nagiba k uporabi imunokemičnega testa za namene presejanja za RDČD, saj ima v primerjavi z gvajakom boljše razmerje med občutljivostjo in specifičnostjo testa, kar omogoča odkrivanje tistih udeležencev presejanja, ki imajo večjo verjetnost malignih sprememb. V večjem deležu se zmanjša tudi umrljivost (16,26,27,28,29,30,31,32). Imunokemične teste v namene presejanja RDČD uporabljajo na Japonskem in Avstraliji, na uvedbo se pripravljajo tudi v Franciji, Angliji in Kanadi (33).

Mednarodne analize stroškovnega izkoristka (cost benefit) kažejo, da se je presejalni test na prikrito krvavitev v blatu iz vidika stroškov v primerjavi z ostalimi presejalnimi metodami, kot so fleksibilna sigmoidoskopija, enkratna kolonoskopija in rentgensko slikanje z uporabo kontrastnega sredstva, izkazal kot najbolj primeren za zgodnje odkrivanje RDČD. Z uporabo statističnih modelov v zdravstveni ekonomiji se je ocenilo, da stane presejanje s testom na prikrito krvavitev v blatu 8.900 EUR/prihranjeno leto življenja v primerjavi s situacijo brez presejanja. Ocenjeni strošek presejanja je bistveno nižji v primerjavi s 30.000 EUR, kot jih je večina evropskih držav pripravljena plačati za prihranjeno leto življenja (34,35,36,37,38).

Ocena sedanjega obvladovanja zdravstvenega problema v Sloveniji

Breme RDČD je v Sloveniji velik javnozdravstveni problem kar je razvidno iz visoke incidence, prevalence in stopnje umrljivosti ter slabšega pet letnega preživetja bolnikov v primerjavi z državami EU.

Po podatkih Registra raka Slovenije je bilo leta 2003 odkritih 1198 novih primerov RDČD kar je s 13,4% tretji najpogostejši rak pri moških in z 10,6% tretji najpogostejši rak pri ženskah. Leto poprej je bilo 1176 novih bolnikov z RDČD. Incidenca RDČD narašča (tabela 1 in 2) že od leta 1950, ko so začeli v registru beležiti novo odkrite primere (39, 40,41).

Tabela 1. Incidenčna stopnja raka debelega črevesa (MKB C18) na 100.000.

LETO	MOŠKI	ŽENSKE
1983-87	12,9	14,8
1993-97	24,4	23,2
1999-2003	35,0	27,5
Napoved za 2006	38,6	30,0

Tabela 2. Incidenčna stopnja raka danke (MKB C19-C20) na 100.000.

LETO	MOŠKI	ŽENSKE
1983-87	18,2	16,1
1993-97	25,2	19,8
1999-2003	30,0	20,9
Napoved za 2006	32,7	22,4

Število vseh živih bolnikov (prevalenca) RDČD se z leti veča: leta 2001 je bilo z rakom debelega črevesa 2585 bolnikov, z rakom danke 2379, leta 2003 je bilo z rakom debelega črevesa 2985 bolnikov in z rakom danke 2557 (39,40).

V državah Evrope in pri nas je RDČD drugi najpogostejši vzrok smrti zaradi rakave bolezni. Leta 2001 je v Sloveniji umrlo za RDČD 579 bolnikov, od tega 317 moških in 262 žensk, leta 2003 je umrlo skupaj 711 bolnikov, od tega 382 moških in 329 žensk (5,39,40).

Podatki Registra raka Slovenije iz let 1993-97 potrjujejo, da je več kot 80 % bolnikov z rakom debelega črevesa in 70% bolnikov z rakom danke odkritih, ko se je rak razširil iz črevesne stene v bezgavke (regionalni stadij) ali pa so bili prisotni že zasevki (napredovali stadij oziroma razsejana bolezen). Delež primerov RDČD v omejeni obliki bolezni se pri obeh spolih bistveno ne spreminja. Leta 2001 so v lokalno omejeni obliki odkrili samo

11% raka debelega črevesa in 19% raka danke, leta 2003 12% raka debelega črevesa in 16% raka danke (39,40,41).

Relativno 5-letno preživetje je bilo po podatkih raziskave EUROCORE 3, ki je obravnavala podatke 1.800.000 bolnikov, zbolelih v obdobju 1990 - 1994 v 20 evropskih državah in regijah, v Sloveniji 38% za raka debelega črevesa in 34,5% za raka danke, kar je za 13% pod evropskim povprečjem (42).

Odstotek relativnega 5-letnega preživetja je pri bolnikih z napredovalo boleznijo bistveno slabši v primerjavi s tistimi bolniki, kjer je RDČD odkrit v lokalno omejeni obliki. Za obdobje 1993-1999 je bilo relativno 5-letno preživetje bolnikov z RDČD v regionalnem stadiju 55%, v napredovalem stadiju le 10% in kar 75% v lokalno omejeni obliki bolezni.(43). Podatki sicer potrjujejo, da se relativno 5-letno preživetje bolnikov z RDČD postopoma izboljšuje na račun večjega odstotka zdravljenih bolnikov, izboljšanja operacijske tehnike in po-operativne nege ter zdravljenja, stadij ob diagnozi pa ostaja nespremenjen, prav tako umrljivost, ki v Evropi sodi v sam vrh (5,44). V Sloveniji organiziranega programa presejanja za RDČD doslej še nismo imeli.

Program presejanja za RDČD v Sloveniji

Za učinkovito in kakovostno implementacijo presejalnega programa je potrebno vzpostaviti ustrezno podporno organizacijsko ter informacijsko strukturo na nacionalni in lokalni ravni. Izkušnje iz tujine kažejo, da je z vidika stroškovne učinkovitosti in zagotavljanja kakovosti potrebno vzpostaviti centralno upravljanje nacionalnega presejalnega programa. Zagotavljanje kakovosti izvajanja presejalnega programa in vseh postopkov, od presejanja do diagnostike in zdravljenja, je temelj uspešnosti in doseganja ciljev presejalnega programa.

Udeležba v programu presejanja bo v Sloveniji za ciljno populacijo, v starosti 50-69 let brezplačna. Sredstva za izvajanje programa presejanja za RDČD se bodo zagotavljala iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Program organiziranega presejanja in zgodnjega odkrivanja RDČD v Sloveniji se bo imenoval »Državni program Svit«.

Velikost vzorca ciljne populacije je določena s pomočjo javno dostopnih podatkov o populaciji v Sloveniji na dan 31.12.2006 (45). Iz programa presejanja bomo pred začetkom programa izključili bolnike, ki so že zboleli za RDČD in so v obravnavi ali spremljanju pri specialistu.. V času izvajanja presejalnega programa bodo iz presejalnega programa izključeni tudi tisti posamezniki, pri katerih bodo pri opravljeni kolonoskopiji odkriti polipi ali druga patologija. Tudi ti bodo v nadaljevanju vključeni v redno spremljanje s s kolonoskopijo, za kar bosta skrbela izbrani zdravnik in gastroenterolog. Zaželjena optimalna odzivnost v presejalnem programu je sicer 70%, vendar je v prvem presejalnem krogu verjetno ne bomo dosegli, zato načrtujemo vsaj 50% odzivnost kot najnižjo oziroma kot sprejemljivo 60% odzivnost..

Optimalno odzivnost populacije (70%) sicer lahko pričakujemo z leti ob hkratnem večanju ozaveščenosti splošne javnosti ter še posebno ciljne populacije, kar bomo lahko dosegli z obsežno kontinuirano medijsko aktivnostjo in vsesplošnim ozaveščanjem populacije ter podporo programu s strani strokovne javnosti, predvsem v osnovni zdravstveni dejavnosti.

Ciljna skupina za presejanje je asimptomatična populacija v starosti 50-69 let, kar pomeni za obdobje enega ciklusa presejanja dveh let na nacionalni ravni 481.627 preiskovancev (45).

Posamezniki iz ciljne populacije v starosti od 50- 70 let bodo iz centralne enote presejalnega programa Svit prejeli vsaki dve leti povabilo za udeležbo v programu. Skupaj s povabilom bo vsak vabljeni v program prejel tudi obrazec za informiran pristanek za sodelovanje v programu, ki ga bo tisti, ki želi sodelovati v programu Svit, podpisal in vrnil v centralno enoto. Tisti, ki bodo podpisali pristanek, bodo v nekaj dneh prejeli na dom komplet imunokemičnih testov na prikritokrvavitev. Od udeležencev v presejalnem programu se pričakuje aktivno sodelovanje na način, da bodo odvzeli dva zaporedna vzorca svojega blata in ga v posebni embalaži po pošti odposlali v centralni laboratorij. Centralni laboratorij bo izvajal analize testov na prikrito krvavitev (imunokemičnih testov) s pomočjo aparata za avtomatično odčitavanje rezultatov (46). Centralni laboratorij bo deloval znotraj centralne enote, ki bo skrbela za vse postopke v programu presejanja: pridobivanje vzorca populacije, pošiljanje vabil in testov, laboratorijsko odčitavanje testov, zbiranje podatkov presejanja in rezultatov preiskav, obveščanje udeležencev in izbranih zdravnikov v osnovnem zdravstvenem varstvu o rezultatih presejanja ter naročanje na kolonoskopije pri posameznikih s pozitivnim testom na prikrito krvavitev. Hkrati bo centralna enota koordinirala izvajanje celotnega programa, vzpostavitev in delovanje informacijskega sistema ter baze podatkov presejalnega programa in skupaj z vsemi izvajalci presejalnega programa skrbela za zagotavljanje kazalcev kakovosti programa.

Po literaturi je ob uporabi imunokemičnega testa pričakovati 4-6% pozitivnih testov. Osebe s pozitivnim testom se napoti na kolonoskopijo, ki jo strokovna literatura priporoča kot diagnostično metodo za zgodnje odkrivanje premalignih lezij in hkrati omogoča takojšnjo odstranitev prisotnih polipov in po potrebi biopsijo (47,48). Po posvetu z gastroenterologi pričakujemo v Sloveniji v presejalnem programu 6% pozitivnih imunokemičnih testov. V tabeli 3 je za Slovenijo prikazano število kolonoskopij na leto, ki bi jih v že obstoječih centrih za izvajanje kolonoskopij, v bolnišnicah in pri zdravnikih zasebnikih s koncesijo, gastroenterologi bili sposobni dodatno opraviti. Porazdelitev potreb dodatnih kolonoskopij po posameznih zdravstvenih regijah predstavlja tabela 4.

Ciljna populacija vstopa v program vsaki dve leti. Enaka obremenitev zdravstvenega sistema kot v prvem letu se pričakuje tudi v drugem letu presejalnega programa ob domnevi, da je populacija stabilna. Generacija 50 letnikov, ki vsako leto vstopa v program presejanja ne obremenjuje dodatno sistema saj hkrati generacija 70 letnikov izstopa iz programa. Delež potrebnih imunokemičnih testov se z leti trajanja programa zmanjšuje na račun deleža negativnih kolonoskopij, ki zahtevajo ponovno testiranje z imunokemičnim testom šele čez 10 let. V Franciji, ki je izvedla presejanje za RDČD z uporabo imunokemičnega testa v Normandiji na populaciji 7421 odraslih v starosti 50 do 74 let, je bilo 44% opravljenih kolonoskopij brez patologije, pri 56% izvedenih kolonoskopij pa je bila prisotna sledeča patologija: 20% adenomov manjših kot 1 cm, 30% adenomov večjih kot 1 cm in 6% karcinomov. Delež odkritih karcinomov v populaciji, ki so se udeležila presejanja je bil 0,3%; to je hkrati delež bolnikov, ki je potrebovali nadaljnje zdravljenje (15). Osebe z odkrito patologijo se v skladu s strokovnimi smernicami in klinično prakso napotijo na dodatne diagnostične preiskave in zdravljenje (47,48).

Osebe vključene v program presejanja bodo vabljeni v program vsaki dve leti. To pomeni, da bo nekdo, ki je ob vstopu v presejanje star 50 let do svojega 69 leta vabljen v presejalni

program deset krat.. Kljub priporočilom Evropske komisije, da se organizirani program presejanja za RDČD izvaja za populacijo v starosti 50-74 let, se je delovna skupina programa Svit odločila za izvajanje presejalnega programa za RDČD v Sloveniji v prvi fazi za starostno skupino 50-69 let.

Tabela 3. Število dodatnih kolonoskopij/leto, ki bi jih lahko dodatno opravili v že obstoječih centrih za kolonoskopije po zdravstvenih regijah (vir: prof.dr. Borut Štabuc dr.med., predstojnik Kliničnega oddelka za gastroenterologijo, Klinični center Ljubljana).

Zdravstvena regija	Dodatne kolonoskopije
Celje	2275
Koper	582
Kranj	935
Ljubljana	2633
Maribor*	1020
Murska Sobota	450
Nova Gorica	640
Novo mesto	338
Ravne na Koroškem	660
SKUPAJ	9533

*Številka ni dokončna

Tabela 4. Ciljna populacija za program presejanja RDČD v starosti 50-69 let in ocena števila potrebnih dodatnih kolonoskopij v okviru presejalnega programa za obdobje enega leta na nacionalni ravni. Vir podatkov: SURS populacija na dan 31.12. 2006

Zdravstvena regija	50-69 let	60% starih 50-69 let/ 2 leti	60% starih 50-69 let/leto	6% pozitivni FOBT 60% starih 50-69 let/leto
Celje	70.574	42.344	21.172	1.270
Koper	35.800	21.480	10.740	644
Kranj	46.640	27.984	13.992	840
Ljubljana	145.853	87.512	43.756	2.625
Maribor	80.271	48.163	24.081	1.445
Murska Sobota	29.816	17.890	8.945	537
Nova Gorica	25.302	15.181	7.591	455
Novo mesto	29.885	17.931	8.966	538
Ravne na Koroškem	17.486	10.492	5.246	315
SKUPAJ	481.627	288.976	144.488	8.669

V kolikor se bo izkazalo, da je program presejanja izvedljiv in imamo dovolj veliko kapacitet za izvedbo dodatnih potrebnih kolonoskopij, se bo presejalni program razširil še na starostno skupino 70-74 let, ka je sicer z epidemiološkega vidika smiselno, saj incidenca RDČD s starostjo raste in je največja po 70. letu starosti. Ob 60% odzivnosti ciljne populacije v programu Svit in 6% pozitivnih imunokemičnih testih bo potrebno opraviti letno na nacionalni ravni 8.669 dodatnih kolonoskopij.

Časovni in vsebinski načrt predlagane novosti

Zdravstveni svet pri Ministrstvu za zdravje RS je decembra 2006 potrdil predlog državnega programa organiziranega presejanja za RDČD in ga predlagal v prednostno financiranje v letu 2007 ter pozval Ministrstvo za zdravje k odpravi administrativnih ovir za izvajanje programa presejanja. V letu 2007 potekajo priprave na vzpostavitev programa presejanja: vzpostavitev centralne enote za vodenje in upravljanje programa presejanja za RDČD, priprava strokovnih smernic in kazalcev kakovosti programa, izdelava in implementacija informacijskega sistema za spremljanje kazalcev kakovosti izvajanja programa ter rezultatov presejalnega programa, komuniciranje s ciljnim javnostmi za doseganje optimalne odzivnosti ciljne populacije v programu, zagotovitev organizacijske in informacijske infrastrukture, priprava vzorca ciljne populacije, priprava centralnega laboratorija, nabava testov in strojne opreme za avtomatsko odčitavanje testov, informiranje in izobraževanje ključnih strokovnjakov in partnerjev vključenih v program presejanja. V letih 2008-2009 bo sledilo izvajanje prvega ciklusa programa presejanja. Vsaki dve leti se bo ciklus programa presejanja ponovil.

Izvajanje programa presejanja na nacionalni ravni bo zahtevalo vzpostavitev in spremljanje kakovosti na vseh ravneh izvajanja programa, vključno z izvajanjem presejanja, diagnostike in zdravljenja bolezni. Na osnovi strokovnih smernic je potrebno definirati kazalce kakovosti, ki bodo opredeljevali kdo in pod kakšnimi pogoji lahko izvaja postopke diagnostike in zdravljenja. Samo z zagotavljanjem elementov kakovosti v celotnem sistemu izvajanja programa, ki vključuje optimalni delež ciljne populacije ter zagotavlja zadostno specifičnost in senzitivnost presejalnega testa in posamezniku s pozitivnim testom nudi kakovostne diagnostične in terapevtske storitve v časovno opredeljenem intervalu, lahko dosežemo cilje presejalnega programa. Primarni cilj presejalnega programa je zmanjšanje umrljivosti zaradi RDČD in zaradi odkrivanja in odstranjevanja polipov tudi zmanjšanje incidence RDČD. Sekundarni, vendar pomembni cilji programa pa so vsekakor večji delež bolnikov z RDČD, odkritih v zgodnji fazi bolezni, zmanjšanje stroškov zdravljenja bolezni, izboljšanje kakovosti življenja ljudi, ki zbolijo za RDČD ter zadovoljstvo ljudi, ki vstopajo v presejalni program.

Postopek presejanja

Po izkušnjah držav, ki imajo organiziran program presejanja za RDČD, kot so Finska, Francija, Anglija, Španija (Katalonija) in Izrael bomo tudi v Sloveniji državni program presejanja organizirali, izvajali in upravljali s centralnega mesta. Centraliziran pristop k presejanju za RDČD je nujen, ker je potrebno organizirano presejanje načrtovati, spremljati, nadzorovati in evalvirati, vključno z učinkovitostjo programa.

Centralna enota programa Svit bo skrbela za nabor ciljne populacije, obveščanje in vabljenje ciljne populacije v program presejanja, zbiranje podatkov o rezultatih testov in nadaljnjih preiskav ter zdravljenja, obveščanje o rezultatih testa preiskovance in njihove izbrane zdravnike. Analiza testov na prikrito krvavitev v blatu bo potekala v centralnem laboratoriju znotraj centralne enote Svit, saj je s tem možno zagotoviti enako in visoko kakovost preiskav za vse vzorce blata, ki bodo testirani. Centralna enota Svit bo s svojo epidemiološko enoto skrbela tudi za spremljanje kazalcev kakovosti in uspešnosti presejanja za RDČD.

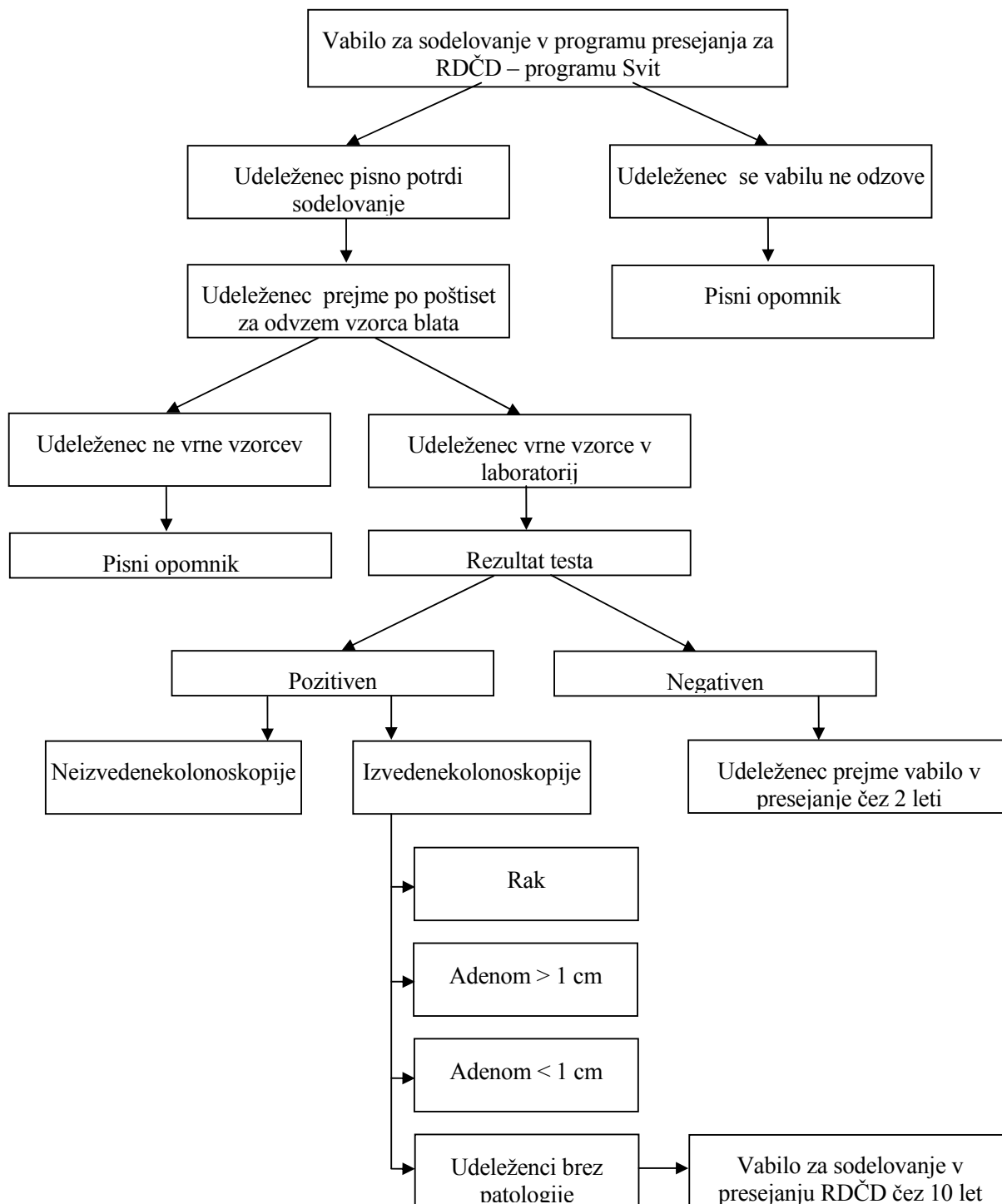
Ministrstvo za zdravje je septembra 2007 izdalo pravilnik, ki opredeljuje državni program organiziranega presejanja za RDČD, nosilca programa in njegova pooblastila, ter programski svet državnega programa Svit, minister za zdravje pa je na predlog Zdravstvenega sveta imenoval kot nosilca programa Svit Zdravstveni dom Ljubljana, Preventivno enoto Cindi Slovenija. Job sodelovanju strokovnih sodelavcev različnih specialnosti (gastroenterologi, izbrani zdravniki na nivoju osnovnega zdravstvenega varstva, predstavniki območnih Zavodov za zdravstveno varstvo, kirurgi, onkologi,...), ter nacionalnih, regionalnih in lokalnih institucij (Ministrstvo za zdravje, Zavod za zdravstveno zavarovanje RS, Register raka RS,...), nevladnih organizacij in medijev. Finančna sredstva za izvajanje nacionalnega programa presejanja za RDČD se bodo zagotavljala s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje RS.

Ustrežno sodelovanje zdravnikov družinske/splošne medicine, medicinskih sester osnovnega zdravstvenega varstva in sodelavcev v zdravstveno vzgojnih centrih zdravstvenih domov je eden od pomembnih elementov uspešnosti programa presejanja, saj bodo imeli pomembno vlogo pri dosegu čim večje odzivnosti vabljene populacije v program presejanja. Vloga zdravnikov družinske/splošne medicine bo v ozaveščanju opredeljene populacije varovancev o prednostih presejanja in motiviranju za vključevanje v program, ko le ta prejme vabilo za udeležbo v programu. Motivacija za vključevanje ciljne populacije v presejanje RDČD bo sestavni del že obstoječega preventivnega programa za srčno žilne in druge kronične bolezni odraslih v ambulantah splošnih/družinskih zdravnikov. Zdravniki družinske/splošne medicine bodo vključeni tudi v pripravo bolnikov s pozitivnim testom na prikrito krvavitev na kolonoskopije ter v napotitve na nadaljnjo diagnostiko, zdravljenje in spremljanje pri varovancih z diagnosticiranim rakom. Pomembno vlogo pri informiranju, ozaveščanju in motiviranju ciljne populacije za vključevanje v presejalni program bodo imeli tudi strokovnjaki javnega zdravja v obstoječi mreži javno zdravstvenih ustanov.

Postopek organiziranega programa presejanja prikazuje slika 1:

- izbrane v ciljni skupini se povabi k sodelovanju v programu Svit,
- tistim, ki potrdijo sodelovanje v programu, se pošlje komplet za izvedbo testa na prikrito krvavitev (FOBT)
- preiskovanci pošljejo vzorce blata v centralni laboratorij,
- če je test negativen se testiranje ponovi čez 2 leti,
- če je test pozitiven je potrebna napotitev na kolonoskopijo v skladu s protokolom programa presejanja,
- če je kolonoskopija negativna se testiranje s testom ponovi čez 10 let,
- če je kolonoskopija pozitivna je potrebna obravnava v skladu s strokovnimi smernicami in klinično prakso.

Slika 1. Protokol programa presejanja za raka debelega črevesa in danke



Zaključek

Ocenili smo, da stane zdravljenje bolnika z RDČD odkritega v omejeni obliki 10.253 EUR, zdravljenje bolnika z rakom odkritim v napreduvali/razsejani obliki bolezni pa 29.955 EUR. V izračun povprečnih stroškov zdravljenja so bili zajeti stroški kolonoskopije, diagnostičnih postopkov pred operacijo, operacije, onkološkega zdravljenja brez obsevanja danke (stroške obsevanja nam ni uspelo pridobiti), specialistične ambulantne dejavnosti, zdraviliškega zdravljenja, obiskov v osnovni zdravstveni dejavnosti, nadomestila plače – bolniška odsotnost in stroški paliativnega zdravljenja (49). Za leto 2003 pomeni to za bolnike, katerih bolezen je bila odkrita v omejeni obliki (14,7% bolnikov) 1.712.274 EUR porabljenih sredstev za zdravljenje, za bolnike z napreduvalo/razsejano obliko bolezni (85,3% bolnikov) pa 29.116.780 EUR.

Z uvedbo organiziranega presejanja lahko, po literaturi, pričakujemo zmanjšanje umrljivosti zaradi RDČD za 15 do 33% ali več ter pomemben premik stadija odkrite bolezni od razširjene/razsejane oblike raka v smer omejenega stadija, ki ima boljše prognozo in nižje neposredne stroške zdravljenja in posredne stroške bolezni.

S presejanjem lahko po petih letih pričakujemo povečanje deleža raka, odkritega v omejenem stadiju, iz 14,7% na 30%, po desetih letih na 50%. Posledično se bodo po petih letih v obratnem razmerju povečali skupni stroški zdravljenja raka v omejeni obliki na 3.506.573 EUR/leto oziroma na 5.839.161 EUR/leto po desetih letih. Znatno pa se bodo zmanjšali skupni stroški zdravljenja razširjenega/razsejanega raka, po petih letih na 23.874.561 EUR/leto oziroma na 17.059.677 EUR/leto po desetih letih. Na ravni države bomo na ta način prihranili 3.447.920 EUR/leto po petih letih oziroma 4.482.296 EUR/leto po desetih letih izvajanja programa. Izračunan predviden letni prihranek zaradi zmanjšanih stroškov zdravljenja na račun izvajanja organiziranega programa presejanja za RDČD je, ob upoštevanju sedanjih stroškov zdravljenja, vsaj za četrtno večji kot predstavljajo letni stroški presejalnega programa. Prihranki bodo zelo kmalu seveda veliko večji ob uvajanju zelo dragih bioloških zdravil v dopolnilno zdravljenje RDČD.

Poleg prihrankov zaradi zmanjšanih stroškov zdravljenja imamo opravka tudi s prihranki na ravni posrednih stroškov v obliki 39 ohranjenimi življenj/leto pred 65. letom starosti, ob predpostavki, da se umrljivost za RDČD zmanjša za 25%. V petih letih pomeni to 194 ohranjenih življenj pred 65. letom starosti ter dodatnih 14.555.312 EUR prihranjenega denarja na račun dohodka oseb, ki preživijo zaradi presejanja in so v starostni skupini 50. do 64. let. Glede na podatke Registra raka RS o številu umrlih za RDČD, pri vseh starostnih skupinah v letu 2003 bi ob predpostavki, da se umrljivost zmanjša za 25% ohranili 175 življenj.

RDČD je poleg raka materničnega vratu in raka dojke, tretji rak, pri katerem je smiselno uvesti organizirano sekundarno preventivo (presejanje). S tem ukrepom bi zmanjšali njegovo pojavnost in umrljivost. Večanje deleža odkritih primerov bolezni v omejenem stadiju bi bistveno zmanjšalo stroške zdravljenja, podaljšalo preživetje in kakovost življenja bolnikov z RDČD. Z ozirom na velik javno zdravstveni problem, povezan z incidenco in umrljivostjo zaradi RDČD v Sloveniji in z oziromna na ugodne podatke o zmanjšani umrljivosti in pojavnosti RDČD v državah, ki so organizirano presejanje za RDČD uvedle, je potrebno v Sloveniji ob ustrezni politični in finančni podpori razviti strokovne pristope organiziranega presejanja za RDČD in

vzpostaviti, nadzirati, spremljati in evalvirati standarde kakovosti vseh postopkov presejanja ciljne populacije ter diagnostike in zdravljenja bolnikov z RDČD.

Literatura

1. Screening for colorectal cancer. V: Stewart BW, Kleihues P, editors. World Cancer Report. IARC Press. Lyon, 2003: 163-66.
2. Crespi M, Stigliano V, Assisi D. Current trends in screening and secondary prevention of colorectal cancer. *Hepatogastroenterology* 2001; 48: 1635-40.
3. Gastrointestinal cancers. V: The Burden of Gastrointestinal Diseases. American Gastroenterological Association, 2001: 51-59. Pridobljeno 9.6.2006 s spletne strani:
<http://www.gastro.org/user-assets/Documents/burden-report.pdf>
4. Rhodes JM. Colorectal cancer screening in the UK: Joint Position Statement by the British Society of Gastroenterology, the Royal College of Physicians and the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. *Gut* 2000; 46: 746-68.
5. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. *Globocan 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*. IARC CancerBase No. 5. version 2.0, IARC Press, Lyon, 2004.
6. Sholefield JH. ABC of colorectal cancer: Screening. *BMJ* 2000; 321: 1004-6
7. Hobbs FDR. ABC of colorectal cancer: The role of primary care. *BMJ* 2000; 321: 1068-70.
8. Crespi M, Lisi D. Is colorectal cancer screening by fecal occult blood feasible? *Annals of Oncology*, 2002; 13: 47-50.
9. Pignone M, Rich M, Teutsch SM, Berg AO, Lohr KN. Screening for Colorectal Cancer in Adults at Average Risk: A Summary of the Evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, 2002; 137: 132-41.
10. Proposal for a Council Recommendation on Cancer Screening. Commission of the European Communities. 2003/0093(CNS). Pridobljeno 9.6.2006 s spletne strani:
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/documents/com_2003_0230_en.pdf
11. Boyle P, Ferlay J. Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. *Annals of Oncology*, 2005; 16: 481-88.
12. Rozen P. Colorectal Cancer in Europe – The Size of the Problem and Screening Practices. Pridobljeno 9.6.2006 s spletne strani:
<http://www.touchbriefings.com/pdf/1134/ACF1A8D.pdf#search=%22rozen%20colorectal%20cancer%20in%20europe%22>
13. Herbert C, Launoy G, Thezee Y, Maurel J, Richir B, Reaud JM, et al. Participant's characteristics in a French colorectal cancer mass screening campaign. *Prev Med*, 1995; 24(5): 498-502.
14. Launoy G, Herbert C, Vallee JP, Desoubeaux N, Reaud JM, Ollivier V, et al. Mass screening for colorectal cancer in France. Experience in 165.000 people in the department of Calvados. *Gastroenterol Clin Biol*, 1996; 20(3): 228-36
15. Launoy GD, Bertrand HJ, Berchi C, Talbourdet VY, Guizard AVN, Bouvier VM, et al. Evaluation of an immunochemical fecal occult blood test with automated

- reading in screening for colorectal cancer in a general average-risk population. *Int J Cancer*, 2005; 115: 493-96.
16. Guittet L, Bouvier V, Mariotte N, Vallee JP, Arsene D, Boutreux S, et al. Comparison of guaiac-based and an immunochemical fecal occult blood test in screening for colorectal cancer in a general average-risk population. *Pridobljeno 8.8.2006 s spletne strani: <http://www.gut.bmjournals.com>*
 17. Atkin W. Implementing screening for colorectal cancer. *BMJ*, 1999; 319: 1212-13.
 18. UK Colorectal Cancer Screening Pilot Group. Results of the first round of a demonstration pilot of screening for colorectal cancer in the United Kingdom. *BMJ*, 2004;329: 133-35.
 19. Malila N, Annttila A, Hakama M. Colorectal cancer screening in Finland: details of the national screening programme implemented an Autumn 2004. *J Med Screen*, 2005; 12: 28-32.
 20. Gnauck R. Screening for colon cancer in Germany. *Tumori*, 1995;81(3):30-7.
 21. Segnan N, Senore C, Andreoni B, Arrigoni A, Bisanti L, Cardelli A, et al. Randomized Trial of Different Screening Strategies for Colorectal cancer: Patient Response and Detection Rates. *Journal of the National Cancer Institute*, 2005; 97(5): 347-57.
 22. Mandel JS, Bond JH, Church TR, Snover DC, Bradley M, Schuman LM, et al. Reducing mortality for colorectal cancer by screening for fecal occult blood. *N Eng J Med* 1993; 328: 1365-71.
 23. Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MHE, Moss SM, Amar SS, Balfour TW, et al. Randomised controlled trial of fecal occult blood screening for colorectal cancer. *Lancet* 1996; 348: 1472-7.
 24. Kronborg O, Fenger C, Olsen J, Jørgensen OD, Søndergaard O. Randomised study of screening for colorectal cancer with fecal – occult - blood test. *Lancet* 1996; 348: 1467-71.
 25. Sholefield JH, Moss S, Sufi F, Mangham CM, Hardcastle JD. Effect of fecal occult blood screening on mortality from colorectal cancer: results from a randomised controlled trial. *Gut*, 2002; 50:840-44.
 26. Young GP. Fecal immunochemical tests (FIT) vs. office – based guaiac fecal occult blood test (FOBT). *Pridobljeno 9.6.2006 s spletne strani: <http://www.practicalgastro.com/pdf/june04/youngarticle.pdf>*
 27. Crespi M, Stigliano V, Assisi D. Current trends in screening and secondary prevention of colorectal cancer. *Hepatogastroenterology* 2001; 48: 1635-40.
 28. Simon JB, Fletcher RH. Should all people over the age 50 have regular fecal occult blood tests? *N Eng J Med* 1998; 338:1151-5.
 29. Young GP, Rozen P. Fecal immunochemical tests (FITs) for Hemoglobin: a paradigm shift in noninvasive fecal screening tests for colorectal cancer. *World Gastroenterology News*, 2006; 11: 22-24.
 30. Saito H, Soma Y, Koeda J, Wada T, Kawaguchi H, Sobue T, et al. Reduction in risk of mortality from colorectal cancer by fecal occult blood screening with immunochemical hemagglutination test. A case-control study. *Int J Cancer*, 1995; 61: 465- 69.
 31. Saito H, Soma Y, Nakajima M, Koeda J, Kawaguchi H, Kakizaki R, et al. A case-control study evaluating occult blood screening for colorectal cancer with Hemoccult test and an immunochemical hemagglutination test. *Oncology reports*, 2000; 7: 815-19.

32. Morikawa T, Kato J, Yamaji Y, Wada R, Mitsushima T, Shiratosi Y. A comparison of the immunochemical fecal occult blood test and total colonoscopy in the asymptomatic population. *Gastroenterology*, 2005; 129: 422-28.
33. Allison JE. Colon Cancer Screening Guidelines 2005: The Fecal Occult Blood Test Option Has Become a Better FIT. *Gastroenterology*, 2005; 129: 745-48.
34. Tengs TO, Adams ME, Pliskin JS, Safran DG, Siegel JE, Weinstein MC, et al. Five-Hundred Life-Saving Interventions and Their Cost Effectiveness. *Risk Analysis*, 1995; 15(3): 369-90.
35. Steele RJC, Gnauck R, Hrcak R, Kronborg O, Kuntz C, Moayyedi P, et al. Methods and Economic Considerations. Report from the ESGE/UEGF workshop on colorectal cancer screening. *Endoscopy*, 2004; 36: 349-53.
36. Berchi C, Bouvier V, Reaud JM, Launoy G. Cost-effectiveness analysis of two strategies for mass screening for colorectal cancer in France. *Health Economics*, 2004; 13: 227-38.
37. Haug U, Brenner H. A Simulation Model for colorectal cancer screening: potential of stool tests with various performance characteristics compared with screening colonoscopy. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2005; 14(2): 422-28.
38. Frazier AL, Colditz GA, Fuchs CS, Kuntz KM. Cost-effectiveness of screening for colorectal cancer in the general population. *JAMA*, 2000; 284(15): 1954-61.
39. Incidenca raka v Sloveniji 2001. Ljubljana: Onkološki inštitut, Register raka za Slovenijo, 2004.
40. Incidenca raka v Sloveniji 2003. Ljubljana: Onkološki inštitut, Register raka za Slovenijo, 2006.
41. Pompe – Kirn V, Zakotnik B, Zadnik V. Preživetje bolnikov z rakom v Sloveniji 1983 – 1997. Ljubljana: Onkološki inštitut, Register raka za Slovenijo, 2003.
42. Coleman MP, Gatta G, Verdecchia A, Estève J, Sant M, Storm H, et al. Eurocare-3 summary: cancer survival in Europe at the end of the 20th century. *Ann of Oncol* 2003; 14 (5): 128-49.
43. Markovič S, Repše S, Heijnen S. Obvladovanje kolorektalnega karcinoma. Nacionalna klinična smernica. Projekt razvoja sistema upravljanja zdravstvenega varstva. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2002.
44. Pompe Kirn V. Epidemiološke značilnosti raka širokega črevesa in danke v Sloveniji. V: Repše S. Kirurgija širokega črevesa in danke. Zbornik simpozija. Ljubljana: Klinični center, Kirurške klinike, Kirurška šola, 1996: 79-85.
45. Statistični urad Republike Slovenije. Pridobljeno 9.6.2006 s spletne strani: http://www.stat.si/tema_demografsko.asp
46. Prezelj M. Priporočeni postopki za transport krvnih in drugih diagnostičnih vzorcev. Ljubljana, Slovensko združenje za klinično kemijo, 2006.
47. Rak širokega črevesa in danke. V: Gadžijev EM, Markovič S, Orel J, Pegan V, Repše S, Štabuc B, Vovk M. Priporočila za celostno obravnavo bolnikov z rakom prebavil. Ljubljana: Ministrstvo za zdravstvo Republike Slovenije, 1997.
48. Markovič S, Repše S, Heijnen S, Pegan V, Primic Žakelj M, Salobir U, Štabuc B et al. Management of colorectal cancer. A national clinical guideline. Ljubljana: Ministry of Health of the Republic of Slovenia, 2003.
49. Bagari N. Izračun stroškov uvedbe in izvajanja nacionalnega programa presejanja raka debelega črevesa in danke ter izračun stroškov in koristi izvajanja presejanja raka debelega črevesa in danke na nacionalnem nivoju v Sloveniji. Ljubljana: CINDI Slovenija, Priloga k dokumentaciji za Zdravstveni svet, 2006.

RAZŠIRJENOST AKTIVNEGA IN PASIVNEGA KAJENJA TER OBLIKE POMOČI PRI OPUŠČANJU KAJENJA

Dominika Novak Mlakar*

Izvelek

Tobačni dim poleg nikotina vsebuje preko 4.000 sestavin v obliki plinov ali delcev. Vsaj 60 od teh so poznani karcinogeni oziroma obstaja sum, da so karcinogeni za človeka. Nikotin povzroča hitro razvijajočo se telesno in psihično odvisnost. Tako aktivno kot pasivno kajenje prizadene skoraj vse organe v telesu in je dejavnik tveganja za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni, ki so pogosto neposreden vzrok smrti. Javno mnenjska raziskava o izpostavljenosti pasivnemu in aktivnemu kajenju polnoletnih prebivalcev Slovenije je leta 2006 pokazala, da redno kadi 22,8% odraslih. Tobačnemu dimu je izpostavljenih 62,9% vseh polnoletnih prebivalcev in 55,6% polnoletnih nekadilcev. Opustitev kajenja ima številne kratkoročne in dolgoročne koristi za zdravje, ne glede na leta kajenja, ne glede na predhodno število poskusov opustitve kajenja in ne glede na število dnevno pokajenih cigaret. Kadilci, ki želijo opustiti kajenje lahko izbirajo med različnimi oblikami strokovne pomoči kot so svetovalni telefon za pomoč pri opuščanju kajenja, skupinsko ali individualno svetovanje, mednarodna akcija, ki promovira opuščanje kajenja, na voljo pa so tudi zdravila.

Ključne besede: kajenje, odvisnost, epidemiologija, zdravljenje

ŠKODLJIVI VPLIVI KAJENJA NA ZDRAVJE

Tobačni izdelki vsebujejo nikotin, ki povzroča hitro razvijajočo se telesno in psihično odvisnost. Po mednarodni klasifikaciji bolezni se kajenje uvršča med bolezni odvisnosti z oznako F17.2 in abstinenčni sindrom z oznako F17.3. Farmakološki in vedenjski procesi, ki določajo nikotinsko odvisnost, so podobni procesom odvisnosti od drugih opojnih substanc kot so alkohol, heroin, kokain in kafein. Odvisnost pri posamezniku opredeljujeta dovzetnost centralnega živčevja za nikotin in njegova presnova v jetrih. Posameznikovo kajenje določajo njegova osebnost, življenjsko okolje, starost ob začetku kajenja, izobrazba, zaposlitev ter druge demografske in družbenoekonomske determinante (1,2,3,4,5).

* Dominika Novak Mlakar, dr. med., CINDI Slovenija, Zdravstveni dom Ljubljana, Ulica Stare pravde 2, 1000 Ljubljana. Elektronska pošta: dnovak_mlakar@t-2.net

Tobačni dim poleg nikotina vsebuje preko 4.000 sestavin v obliki plinov ali delcev. Vsaj 60 od teh so poznani karcinogeni oziroma obstaja sum, da so karcinogeni za človeka. Tobačni dim, je produkt nepopolnega izgorevanja in vsebuje veliko število raznolikih strupenih plinov in delcev, ki jih vdihava tako kadilec, kot nekadilec v njegovi bližini (6,7,8,9,10,11). Tobačni dim sestavljata glavni dim, ki ga kadilec vdihuje preko filtra cigarete naravnost v pljuča in stranski dim, ki ga vdihava tako kadilec kot nekadilec in ki se širi v prostor s konca tleče cigarete. Stranski dim ima v primerjavi z glavnim dimom nižjo temperaturo, zaradi česar lažje oddaja mnoge karcinogene in strupene substance v večjih količinah kot glavni dim. Stranski dim tako na primer vsebuje več ogljikovega monoksida, amoniaka, benzena, nikotina in karcinogenov na količino zgorlega tobaka v primerjavi z glavnim dimom (8,9,10,12,13). Delci, ki so prisotni v stranskem dimu (0,01 - 0,1 mikrona) imajo velikost ene desetine delcev v glavnem dimu (0,1 – 1 mikron) in zaradi male velikosti lahko dosežejo tudi najbolj oddaljene predele pljuč, od koder jih le stežka odstranimo (8,9,10,12,13). Tobačni dim spada med glavne onesnaževalce zraka zaprtih prostorih (85% stranskega dima, 15% glavnega dima) (7,8,10,14).

Ni varne cigarete in ne varnega načina kajenja. Tako aktivno kot pasivno kajenje prizadene skoraj vse organe v telesu in je dejavnik tveganja za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni, ki so pogosto neposreden vzrok smrti. Škodljiv vpliv kajenja je nesporno dokazan pri boleznih srca in ožilja, astmi, kronični obstruktivni pljučni bolezni in različnih rakih (ustne votline, grla, žrela, požiralnika, želodca, trebušne slinavke, sečnega mehurja, ledvic, materničnega vratu, levkemije in pljuč). Škodljivo vpliva na reproduktivno zdravje žensk (menstrualne težave, težave z zanositvijo) in moških (slabša kvaliteta sperme, pojav impotence), zelo nevaren je tudi vpliv na še nerojenega otroka. Kajenje oslabi imunski sistem aktivnih in pasivnih kadilcev, ki so bolj dovzetni za prehladna obolenja, proces okrevanja po raznih boleznih pa je pri njih dolgotrajnejši (15).

RAZŠIRJENOST AKTIVNEGA IN PASIVNEGA KAJENJA MED PREBIVALCI SLOVENIJE

Inštitut za varovanje zdravja RS in Center za raziskovanje javnega mnenja (Fakulteta za družbene vede) sta leta 2006 izvedla raziskavo o razširjenosti aktivnega in pasivnega kajenja med polnoletnimi prebivalci Slovenije. Med polnoletnimi prebivalci je kadilo 22,8%. Med ženskami je bil delež kadilk 19,5%, med moškimi pa 26,5%. (16). Podatki Slovenskega javnega mnenja iz preteklih let kažejo, da delež kadilcev med polnoletnimi prebivalci upada. V letih 1974/75 je po podatkih Slovenskega javnega mnenja kadilo 39,7% polnoletnih prebivalcev in v letu 2000 25,9% polnoletnih prebivalcev (17,18). Raziskava o izpostavljenosti pasivnemu kajenju polnoletnih prebivalcev Slovenije je leta 2006 pokazala, da je tobačnemu dimu izpostavljenih 62,9% vseh polnoletnih prebivalcev in 55,6% polnoletnih nekadilcev, seveda različno pogosto in v različnem trajanju. Povprečno trajanje izpostavljenosti tobačnemu dimu ob dnevih, ko je posameznik izpostavljen je znašalo približno eno uro. Vsak dan je bilo pasivnemu kajenju izpostavljenih 15,2% polnoletnih prebivalcev. V povprečju so preživeli v zakajenem okolju 2,6 ure dnevno (16).

OPUSTITEV KAJENJA

Model spreminjanja

Opustitev kajenja je pomembna osebna odločitev vsakega posameznika. Ni zgolj enkraten dogodek, ampak je proces prilagajanja na drugačen življenjski slog. Posamezne stopnje tega procesa povzemam po modelu spreminjanja Prochaske in DiClementeja iz leta 1983. Kadilec na vsaki stopnji razmišlja in čuti o spreminjanju drugače (19,20):

- prekontemplacija: kadilec se ne zaveda, da je kajenje problem, in ne razmišlja, da bi kajenje opustil,
- kontemplacija (razmišljanje): kadilec se zaveda škodljivih učinkov kajenja na zdravje, lahko ga celo skrbijo, pa vendar še ni dovolj pripravljenosti na spremembo,
- priprava: kadilec načrtuje opustitev kajenja v majhnih korakih, preverja razne oblike odvajanja,
- akcija (spreminjanje): kadilec si prizadeva za vidne spremembe vedenja, mnogi v tej fazi poiščejo pomoč zdravstvenega delavca ali skupine za samopomoč,
- vzdrževanje: nekdanji kadilec se vzdržuje kajenja, utrjuje začasno spremembo vedenja, dokler se novo vedenje ne ustali,
- relaps: kdor novega vedenjskega vzorca ne utrdi dovolj, začne kaditi znova.

Zdravstvene koristi opustitve kajenja

Opustitev kajenja ima številne kratkoročne in dolgoročne koristi za zdravje, ne gleda na leta kajenja, ne glede na predhodno število poskusov opustitve kajenja in ne glede na število dnevno pokajenih cigaret ali drugih tobačnih izdelkov:

- po 20 minutah se krvni tlak in srčni utrip znižata, telesna temperatura okončin se normalizira,
- po 8 urah se normalizira vrednost ogljikovega monoksida v krvi,
- po 20 minutah začne upadati ogroženost s srčnim infarktom,
- po 2 dneh se začneta izboljševati voh in okus,
- po 3 dneh se relaksirajo stene bronhijev, kar olajša dihanje in poveča pljučno zmogljivost,
- po 3 tednih se zmanjša nastajanje sluzi v pljučih, izboljša se krvni obtok,
- po 2 mesecih se izboljša prekrvavitev okončin,
- po 3 mesecih se zmanjša kašelj,
- po 1 letu se skoraj za 50% zmanjša ogroženost s srčnim infarktom,
- po 5 letih se za 50% zmanjša ogroženost s pljučnim rakom,
- po 10 letih je ogroženost s srčnim infarktom ali možgansko kapjo skoraj enako kot pri nekadilcu, nevarnost raka signifikantno upade (21).

Odtegnitveni simptomi

Opustitev kajenja spremljajo odtegnitveni simptomi, ki nastanejo zaradi pomanjkanja nikotina v telesu. So lahko bolj ali manj izraženi in so pri prenekaterem poskusu opustitve kajenja vzrok za relaps. Najpogostejši odtegnitveni simptomi so razdražljivost, slaba volja,

depresija, tiščanje v prsih, izkašljevanje, želja po nikotinu/tobaku, motnje koncentracije, glavobol, suh jezik, povečan apetit, zaprtje, nespečnost. Pojavijo se 2 uri do 12 ur po »zadnji« cigareti. Najintenzivnejši so po enem do treh dneh. V povprečju trajajo tri do štiri tedne. Za blaženje odtegnitvenih simptomov se lahko uporablja nikotinska nadomestna terapija, avtogeni trening ali druge sprostitvene tehnike, antidepresivi in anksiolitiki. O morebitni potrebi po farmakoterapiji naj presoja zdravnik v dogovoru z bolnikom (22,23).

Kajenje in telesna teža

Nikotin pospešuje bazalni metabolizem celic in zmanjšuje apetit. Ko v telesu nikotin ni več prisoten, se bazalni metabolizem celic upočasni in apetit se poveča. Po dveh dneh nekajenja se izboljšata čutili za voh in okus zato abstinentom hrana bolje diši in ima boljši okus. S tem, ko se abstinenti odpovejo kajenju pogosto iščejo zadovoljitev drugje. Običajno je to hrana bogata z maščobami, soljo in sladkorjem. Kadilca, ki je v fazi razmišljanja, da bi kajenje opustil oziroma že abstiniira je potrebno seznaniti z možnostjo povečanja telesne teže. Priporočite mu zdravo prehrano z veliko sadja in zelenjave ter telesno aktivnost, ki po eni strani pomaga obvladati telesno težo in po drugi strani sprošča kar pa pomaga blažiti abstinenco krizo. Šest do dvanajst mesecev po opustitvi kajenja se lahko pričakuje povečanje telesne teže, pri moških v povprečju za 2,8 kg in pri ženski za 3,8 kg. Za več kot 13 kg se zredi 10% moških in 13% žensk. (4, 22, 24).

OBLIKE POMOČI PRI OPUŠČANJU KAJENJA, KI SO NA VOLJO V SLOVENIJI

Slovenija je bila prva evropska država, ki ji je leta 1996 uspelo sprejeti strog protitobačni zakon, ki pa se v praksi žal ni izvajal dosledno. S 5. avgustom 2007 je začel veljati dopolnjen zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov, ki je kajenje odpravil iz zaprtih javnih in delovnih prostorov, zaščitil vse zaposlene pred pasivnim kajenjem in zmanjšal dostopnost mladoletnim osebam do tobačnih izdelkov (Uradni list RS 60/2007). Hkrati je to nova priložnost, da kadilci kajenje opustijo. Zdravstveni delavci jim pri tem lahko svetujemo in jih v spremembi vedenjskega sloga podpiramo.

Ob odločitvi prenehati s kajenjem je pomembno, da ima kadilec na voljo več oblik pomoči, med katerimi lahko izbere tisto za katero meni, da mu bo v pomoč. Kadilci potrebujejo zdravljenje, kadar kajenja sami ne zmorejo opustiti. K večjemu uspehu pripomore lastna odločitev posameznika torej motiviranost in strokovna pomoč. V nadaljevanju sledi predstavitev organiziranih oblik brezplačne pomoči, ki se izvajajo pod okriljem CINDI Slovenija, kot so svetovalni telefon za pomoč pri opuščanju kajenja, pomoč zdravstvenih delavcev v osnovnem zdravstvenem varstvu v obliki individualnega svetovanja ali skupin za odvajanje od kajenja in akcija »Opusti kajenje in zmagaj«, ki promovira opustitev kajenja med polnoletnimi prebivalci.

Priprava na opustitev kajenja, nasveti

Nasveti, ki jih zdravstveni delavci lahko ponudimo kadilcem, ki o opustitvi kajenja šele razmišljajo in jim tako pomagamo pri pripravi na odločilni korak, so:

- Določite si datum kdaj boste nehali kaditi. Od takrat nobene cigarete več! Odstranite vse predmete, ki vas spominjajo na kajenje: škatlice cigaret, pipo, vžigalnik, pepelnik.
- Svojim najbližjim, prijateljem in sodelavcem povejte, da boste prenehali kaditi. Pri tem jih prosite za pomoč.
- Če kajenja ne zmorete opustiti sami se lahko odločite za strokovno pomoč v obliki skupinskih delavnicah za pomoč pri opuščanju kajenja »Da, opuščam kajenje«, v obliki individualnega svetovanja ali pa pokličete na svetovalni telefon za pomoč pri opuščanju kajenja.
- Razmišljajte pozitivno: vsak dan brez cigarete je vaš uspeh! Na svojo odločitev bodite ponosni.
- Ob opustitvi kajenja se vam lahko poveča telesna teža. Izogibajte se hrani, ki je bogata z maščobami in ima veliko kalorij. Izogibajte se nezdravim prigrizkom.
- Uživajte čim več tekočine, najbolje vodo ali nesladkane sokove in čaje.
- Čim več se gibajte. Gibanje koristi vaši kondiciji, postavi in vas sprošča.
- Izogibajte se krajem, ki vas spominjajo na kajenje kot so vrtovi gostinskih lokalov in trgovina, kjer ste kupovali cigarete. Spremenite svoje navade, presenetite samega sebe in počnite nekaj popolnoma novega.
- Odpovejte se »občasni cigareti, ki po vašem mnenju ne more škoditi«. V takem početju se skriva velika nevarnost, da postanete ponovno redni kadilec.
- Nagradite se za svoj uspeh! Kdor ne kadi, prihrani denar. Izpolnite si svoje drobne želje kot je obisk gledališke ali filmske predstave, morda obisk pri frizerju ali kakšno potovanje.

Svetovalni telefon »CINDI pomoč pri opuščanju kajenja«

Vzpostavitev svetovalnih telefonov za pomoč pri opuščanju kajenja se je izkazala kot učinkovita dopolnitev k ostalim metodam opuščanja kajenja. Porast števila svetovalnih telefonov je opaziti zlasti po letu 1990. Svetovanje lahko poteka v dveh oblikah, kot:

reaktivno svetovanje: kadilec sam pokliče svetovalno telefonsko linijo,

proaktivno svetovanje: svetovalec pokliče kličočega kadilca v dogovorjenem terminu in mu nudi kontinuirano podporo (25,26,27).

V Evropi se je 20 držav z že vzpostavljeno svetovalno linijo povežalo v » European Network of Quitlines«, ki je začela delovati leta 2001, z namenom poenotiti protokole svetovanja, izboljšati kakovost obstoječih linij, usmeriti in prilagoditi svetovanje ciljnim populacijam ter izmenjati izkušnje preko primerov dobre prakse posameznih držav. Raziskave so pokazale, da želi 70% kadilcev s kajenjem prenehati in je zato pomembno, da imajo na voljo informacijo kam po pomoč dobesedno pri roki, torej na tobačnem izdelku. Vsi, ki želijo kajenje opustiti se namreč vselej ne obrnejo po pomoč na zdravnike ali druge zdravstvene delavce. Vloga zdravnikov in zdravstvenih delavcev se s tem ne zmanjšuje, jim pa svetovalni telefon dodatno pomaga pri promociji zdravja.

V Sloveniji je svetovalni telefon »CINDI pomoč pri opuščanju kajenja« na telefonski številki 01 230 73 70 začel delovati 3. aprila 2006. Deloval je ob ponedeljkih, sredah in petkih od 17.00 do 20.00 ure. V prvem mesecu delovanja smo na telefonu zabeležili 94 klicev, med katerimi je bilo 78,3% dnevnih kadilcev. Med klicanci je izstopala starostna

skupina 35 – 44 let z 32,2%, sledili sta starostni skupini 45 – 54 let s 23,7% in 25 – 34 let s 16,9%. Po primerjavi podatkov z udeleženci v skupinah za odvajanje od kajenja, ki potekajo v zdravstvenih domovih ugotovljamo, da so na svetovalni telefon klicali 10 let mlajši v primerjavi z udeleženci v skupinah, kjer jih je večina v starostni skupini 45 – 54 let. Do konca leta 2006 smo prejeli 182 klicev.

Dopolnjen zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov (Uradni list RS 60/2007), ki je začel veljati 5. avgusta letos ima v 3. členu zapisano novost in sicer, da se na vseh tobačnih izdelkih navede številka svetovalnega telefona za pomoč pri opuščanju kajenja, ki ga določi Minister za zdravje. Pravila delovanja novega svetovalnega telefona opredeljuje Pravilnik o delovanju svetovalnega telefona za opuščanje kajenja, ki je bil objavljen v Uradnem listu RS številka 80/2007. Svetovalni telefon bo začel delovati novembra 2007 na telefonski številki 080 2777, deloval bo ob delovnikih med 17.00 in 20.00 uro. Svetovanje bo za klicalce brezplačno, finančna sredstva za delovanje svetovalnega telefona bo zagotavljalo Ministrstvo za zdravje. Svetovalni telefon je namenjen kadilcem, ki se v organizirane oblike programov odvajanja od kajenja ne želijo vključiti vendar iščejo dodatno strokovno pomoč v obliki anonimnega svetovanja. Informacije, ki jih bodo svetovalci na telefonu nudili so:

- informacije o škodljivostih aktivnega in pasivnega kajenja,
- informacije o prednostih nekajenja,
- informacije o metodah odvajanja od kajenja, ki so v Sloveniji na voljo,
- kam se obrniti po pomoč,
- nasvet kako opustiti kajenje,
- izvajanje podpore v času odvajanja od kajenja in
- izvajanje podpore v času vzdrževanja abstinence.

Telefon je primerno orodje in način za doseganje mlajših kadilcev, ki kadijo več in so bolj odvisni v primerjavi s starejšimi. Se pa mlajši težje odločajo za organizirane oblike pomoči pri opuščanju kajenja kot je to razvidno iz podatkov o udeležencih v delavnicah, ki se izvajajo v zdravstveno vzgojnih centrih in kar podpirajo izkušnje iz tujine in strokovni članki. Abstinenca, ki traja več kot 6 mesecev ob pomoči svetovalnega telefona je po navedbah strokovne literature do 4%. Številka svetovalnega telefona je na tobačnih izdelkih že objavljena v Avstraliji, na Finskem, na Madžarskem, na Malti, v Nemčiji (številka telefona bo na škatlici cigaret z letom 2007), na Poljskem, v Švici, v Veliki Britaniji in v Združenih Državah Amerike.

Pomoč zdravstvenih delavcev

Zdravstveni delavec mora prepoznati stopnjo pripravljenosti, na kateri se posameznik nahaja, če mu želi dati optimalno spodbudo in pravo podporo pri opuščanju kajenja. Informacije o tem, kako prenehati s kajenjem, je potrebno podpreti z materialom za samopomoč, ki naj bo na voljo v vsaki ambulanti (zloženke, knjižice) (19,20,28,29).

Skupine za pomoč pri opuščanju kajenja in individualno svetovanje v zdravstvenih domovih

Sodelovanje v skupini za pomoč pri opuščanju kajenja, ki jo vodi zdravstveni delavec, lahko izboljša uspeh opuščanja kajenja v primerjavi s samopomočjo ali kratkim

priložnostnim svetovanjem zdravnika. V zdravstveno vzgojnih centrih potekajo brezplačne skupinske delavnice »Da, opuščam kajenje«. Uspeh opustitve kajenja med udeleženci delavnic se spremlja od leta 2002. S širjenjem mreže zdravstveno vzgojnih centrov, ki izvajajo delavnice za pomoč pri opuščanju kajenja se je od leta 2002 povečalo tudi število izvedenih delavnic in s tem posledično število udeležencev. Število udeležencev v delavnicah leta 2002 je bilo 392, leta 2003 553 in leta 2004 738 udeležencev. Do konca leta 2004 je delavnico izvajala že polovica zdravstveno vzgojnih centrov, od skupaj 61. Delavnic »Da, opuščam kajenje« so se v večjem številu udeležile ženske (leta 2002 56,0%, leta 2003 52,5% in leta 2004 55,9%). Med udeleženci delavnic je v največjem deležu zastopana starostna skupina 45-54 let (leta 2002 43,1%, leta 2003 45,2% in leta 2004 44,0%). Sledita starostni skupini 35-44 let (leta 2002 21,9%, leta 2003 20,3% in leta 2004 21,5%) in 55-64 let (leta 2002 21,9%, leta 2003 23,2% in leta 2004 20,5%) v približno enakem deležu. To je razumljivo in pričakovano saj je v »Navodilih o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni« objavljenih v Uradnem listu RS številka 67/2001, zapisano, da se na preventivni pregled vabi moške v starosti od 35. do 65. let in ženske od 45. do 70. let. To potrjuje tudi dejstvo, da se starejši pogosteje odločajo za spremembe življenjskega sloga, ki koristijo zdravju. Ena izmed sprememb življenjskega sloga za katero se odločijo je med drugim tudi opustitev kajenja. To je potrdila tudi presečna raziskava »Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije« izvedena leta 2001, ki je ugotovila, da razširjenost kajenja med Slovenci po 40. letu pada, še izrazitejši pa je upad po 50. letu (30).

Eden najpomembnejših podatkov, ki se zbirajo v delavnici »Da, opuščam kajenje« je delež udeležencev, ki so uspeli opustiti kajenje do zaključka delavnice. Če upoštevam v izračunu vse udeležence, ki so se udeležili prvega srečanja delavnice je uspešnost opustitve kajenja ob koncu delavnice leta 2002 51,5%, leta 2003 39,5% in leta 2004 38,2%. Četudi ta način prikaza podatkov ni povsem korekten, ker nimam vseh podatkov o kadilskem statusu udeležencev pa najverjetneje ni povsem zgrešen saj so vsi udeleženci ob vstopu v delavnico bili kadilci. V praksi se je namreč pokazalo, da so udeleženci, ki niso vztrajali v delavnici do konca, običajno kadilci, ki se na evalvacijo kadilskega statusa ne odzivajo in zanje nimamo podatkov o dejanskem kadilskem statusu. Dejanski delež opustitve kajenja ob koncu delavnice med responderji, torej osebami, o katerih imamo podatke je višji, leta 2002 61,0%, leta 2003 48,1% in leta 2004 44,3%. Delež abstinentov eno leto po delavnici je bil med responderji leta 2002 44,8%, leta 2003 37,6% in leta 2004 33,7%.

Za pomoč pri opuščanju kajenja v obliki individualnega svetovanja lahko kadilci zaprosijo izbranega osebnega zdravnika. Pomoč je na voljo v obliki brezplačnega svetovanja 5 krat po 15 minut. Po podatkih Zavoda za zdravstveno varstvo RS se je v letu 2006 za to obliko pomoči odločilo 531 odraslih.

Mednarodna akcija »Quit and win«

To je akcija opuščanja kajenja za odrasle od 18. leta naprej. Ljudje z vsega sveta se za štiri tedne, to je od 2. do 29. maja, skušajo vzdržati kajenja. Med udeležence, ki jim uspe vzdržati v ne-kajenju se razdelijo nagrade v kolikor je test ne-kajenja (urinski kotininski test ali meritev vsebnosti ogljikovega monoksida v izdihanem zraku) negativen. Akcija poteka vsaki dve leti in je pozitiven ter učinkovit način, s katerim je mogoče zmanjšati kajenje med prebivalstvom. Akcijo so zasnovali in prvič izvedli na Finskem leta 1994. V zadnjih 12. letih je akcija, ki v Sloveniji poteka pod imenom OPUSTI KAJENJE IN

ZMAGAJ, dosegla mednarodno razsežnosti s sodelovanjem 71 držav in z več kot 700.000 vključenimi kadilci v letu 2004. Akcija združuje ljudi neodvisno od njihove starosti, spola, etnične, verske in socialne pripadnosti. Sedež koordinacijskega centra je na Inštitutu za javno zdravje (KTL) na Finskem, www.quitandwin.org. Akcijo podpira Svetovna zdravstvena organizacija.

Leta 2006 se je akcije v Sloveniji udeležilo 1355 kadilcev in kadilk. Ob koncu akcije se je, od vseh prijavljenih v akcijo 40 % udeležencev opredelilo za nekadilce. Eno leto po zaključku akcije bo po izkušnjah preteklih akcij abstinentov do 18 %, kar je primerljivo z drugimi državami, od koder poročajo o deležu abstinence od 10 do 30% (31).

ZDRAVILA ZA ZDRAVLJENJE ODVISNOSTI

Za zdravljenje odvisnosti od nikotina je na našem tržišču na voljo zdravilo nikotinska nadomestna terapija in nenikotinski zdravili kot sta bupropion ter vareniklin. Zdravila so plačljiva.

Nikotinska nadomestna terapija

Nikotinska nadomestna terapija (NNT) je namenjena blaženju simptomov abstinence krize, ki s svojim delovanjem ne daje enakega občutka ugodja kot kajenje. Je učinkovita in varna terapija zlasti, če je del ustreznega programa. Na voljo je v lekarnah in specializiranih trgovinah, brez recepta, v obliki žvečilnega gumija z 2 in 4 mg nikotina in v obliki šestnajst urnega transdermalnega obliža s 5,10 in 15 mg nikotina. Hitro sproščanje nikotina iz cigarete še najbolj posnema uporaba žvečilnega gumija z nikotinom, ki se uporablja predvsem za takojšnjo odpravo neustavljive želje po kajenju. Transdermalni obliži predstavljajo pasivno obliko terapije, ki zagotavlja stalen nivo nikotina v krvi in s tem preprečuje nastanek simptomov abstinence krize. Obe obliki NNT je možno kombinirati med seboj. Za vse oblike NNT velja, da se ne uporabljajo pri nosečnicah, doječih materah, pri mlajših od 18. let in pri kadilcih, ki pokadijo manj kot 10 cigaret dnevno. Kontraindikacije za uporabo NNT je miokardni infarkt v zadnjih 3 mesecih, nestabilna angina pectoris, huda srčna aritmija, zelo visok krvni tlak in akutna možganska kap. Neželjeni učinki, ki se pojavijo ob uporabi NNT so vrtoglavica, glavobol in slabost. Terapija naj traja od 3 mesecev do največ enega leta. Ob uporabi NNT se odsvetuje hkratno kajenje (29,32,33).

Bupropion

Zdravilo je bilo najprej v uporabi kot antidepresiv, pozneje pa se je pokazalo, da zmanjša željo po kajenju in je uspešno pri odvajanju od kajenja. Je atipični antidepresiv, ki zavira ponoven privzem dopamina, noradrenalina in serotonina v centralnem živčnem sistemu. Je nekompetitivni antagonist nikotinskih receptorjev $\alpha 3\beta 2$ in $\alpha 4\beta 2$. Prednost bupropiona je v tem, da ne vpliva na povečanje telesne teže, kar je lahko moteč dejavnik pri opustitvi kajenja. Jemanje zdravila se priporoča že teden pred začetkom opuščanja kajenja v odmerku 150 mg na dan, sedmi dan zdravljenja se odmerek poveča na 2 x 150 mg na dan. Terapija naj traja največ osem tednov. Zdravilo je kontraindicirano pri epileptikih, bolnikih s tumorjem centralnega živčnega sistema ali poškodbo glave v anamnezi, bulimijo,

anoreksijo nervozo, bipolarno motnjo, zlorabo alkohola ali v primeru sočasnega uživanja enega od zdravil kot so antipsihotiki, antidepresivi, tramadol, teofilin, kinoloni in sistemski steroidi. Med pogostimi stranskimi učinki se navajajo suha usta, nespečnost in preobčutljivostne reakcije kože (34).

Vareniklin

Zdravilo je na našem tržišču na voljo od spomladi letos. Je učinkovito, bolj varno in z manj stranskih učinkov v primerjavi z do sedaj znanimi zdravili za opuščanje kajenja. Je delni agonist in antagonist na 4β nikotinskih receptorjih. Na receptorje se veže z veliko selektivnostjo in sprošča manj dopamina v primerjavi z vezavo nikotina na receptorje. Z zasedbo receptorjev vareniklin hkrati prepreči vezavo nikotina. S svojim delovanjem ublaži željo po kajenju in občutek odtegnitve. S tem, ko prepreči vezavo nikotina na receptorje zmanjša s kajenjem povezan občutek ugodja. Raziskave so pokazale enkrat večjo učinkovitost v primerjavi z bupropionom. Zdravljenje traja do 12 tednov, v primeru neuspeha ga ni smiselno podaljševati. Neželjeni učinki so slabost, glavobol in nespečnost (35).

USPEŠNOST RAZLIČNIH PRISTOPOV ODVAJANJA OD KAJENJA

Uspeh opustitve kajenja je večji, če se med seboj kombinirajo različne oblike zdravljenja, tabela 1 (36).

Tabela 1. Uspešnost prenehanja kajenja ob uporabi različnih metod zdravljenja.

INTERVENCIJA	CILJNA POPULACIJA	uspešnost prenehanja kajenja za 6 mesecev in več (95% CI)
Kratek priložnostni nasvet zdravnika	kadilci, ki pridejo v ambulanto	2% (1 - 3%)
Intenzivna vedenjska podpora zdravnika specialista	hudi kadilci, ki poiščejo pomoč	7% (3 - 10%)
Intenzivna vedenjska podpora zdravnika specialista	kadilci, ki so napoteni v bolnišnico	4% (0 - 8%)
NNT* z delno vedenjsko podporo	hudi kadilci, ki poiščejo pomoč	5% (4 - 7%)
NNT* z intenzivno vedenjsko podporo	hudi kadilci, ki poiščejo pomoč	8% (6 - 12%)
Bupropion	hudi kadilci, ki so deležni intenzivne vedenjske podpore	9% (5 - 14%)
Proaktivno telefonsko svetovanje	kadilci, ki poiščejo pomoč, brez osebnega srečanja s svetovalcem	2% (1 - 4%)
Pisni materiali za samopomoč	kadilci, ki poiščejo pomoč	1% (0 - 2%)

*NNT = nikotinska nadomestna terapija

LITERATURA

1. Benowitz NL et al. Nicotine safety and toxicity. New York: Oxford University Press, 1998.
2. Julien RM. Psychostimulans: caffeine and nicotine. V: Julien RM. A primer of drug action. A concise, nontechnical guide to the actions, uses, and side effects of psychoactive drugs. New York: W. H. Freeman and Company, 1995: 158-185.
3. Lopez DL, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 1994; 3: 242-247.
4. Aghi M et al. Initiation and maintenance of tobacco use. V: Samet JM, Yoon S-Y, editors. Initiation and maintenance of tobacco use. Women and the tobacco epidemic, challenges for the 21st century. WHO, Geneva 2001: 49-68.
5. Henningfield JE, Benowitz NL. Pharmacology of nicotine addiction. V: Boyle P, Gray N, Henningfield J, Seffrin J, Zatonski W, editors. Tobacco and public health: science and policy. New York: Oxford University Press, 2004: 129-147.
6. Ludbrook A et al. International Review of the Health and Economic Impact of the Regulation of Smoking in Public Places. Health Economics Research Unit and Department of Public Health, University of Aberdeen, 2005.
7. British Medical Association. Towards smoke – free public places. Board of Science and education & Tobacco Control Resource Center, 2002.
8. Tobacco or Health in European Union. Past, Present and Future. The ASPECT Consortium. Luxemburg: European Communities, 2004.
9. US Department of Health and Human Services. Environmental Tobacco Smoke. 11th Report on Carcinogens. Official Citation: Report on Carcinogens, Eleventh Edition; U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Toxicology Program.
10. Report on the health effects of environmental tobacco smoke in the workplace. Health and Safety Authority, Office of Tobacco Control, 2002.
11. WHO Regional Office for Europe. Air Quality Guidelines. Chapter 8.1. Environmental Tobacco Smoke.
12. US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Smoking: a report of the Surgeon General. Washington DC: Office on Smoking and Health, 1986 (DHHS Publication no. (CDC) 87-8398).
13. State of California, Air Resources Board. Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke As a Toxic Air Contaminant, Part A – Exposure Assessment. California Environmental Protection Agency, Office of Environmental Health Hazard Assessment, 2005.
14. Smoke Free Partnership. Lifting the Smokescreen: 10 reasons for a smoke free Europe. ERSJ Ltd, 2006.

15. McNeill A. Tobacco use and effects on health. V: Tobacco or health in the European Union. Past present and future. The ASPECT Consortium. Luxemburg: European Communities, 2004: 25-68.
16. Inštitut za varovanje zdravja RS. Obseg pasivnega kajenja med polnoletnimi prebivalci RS, 2006. Neobjavljeno.
17. Toš N. Slovensko javno mnenje. Ljubljana, Fakulteta za družbene vede, 1974/1975.
18. Toš N. Slovensko javno mnenje. Ljubljana, Fakulteta za družbene vede, 2000.
19. Guideline Group Appointed by the Finnish Association for General Practice. Smoking, nicotine addiction and addiction treatment. The Finnish medical journal. Helsinki 2003; 27-29: 2986–2993.
20. WHO. Helping smokers change. A resource pack for training health professionals. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 2001.
21. Burnside G, Spiers A, Winckles W. Help Smokers Quit Kit. Ulster Cancer Foundation, Northern Ireland. V: Ireland – a smoke free zone. Towards a tobacco free society. The Department of Health and Children. Dublin: Government of Ireland, 2000: 15-18.
22. Hughes JR et al. Nicotine withdrawal versus other drug withdrawal syndromes: similarities and dissimilarities. *Addiction* 1994; 89: 1461-1470.
23. Čakš T. Opustite kajenje in zmagajte. Ljubljana: CINDI Slovenija, 2004.
24. Nordström BL et al. Long-term effects of nicotine gum on weight gain after smoking cessation. *Nicot Tobacco Res* 1999; 1: 259-268.
25. Zhu SH, Tedeschi GJ, Anderson CM, Pierce JP. Telephone counseling for smoking cessation: what's in a call? *Journal of counseling & development* 1996;75: 93 – 102.
26. Zhu SH, Anderson CM, Tedeschi GJ, Rosbrook B, Johnson CE, Byrd M, Gutierrez – Terrell E. Evidence of real-world effectiveness of a telephone quitline for smokers. *N Engl J Med* 2002; 347: 1087-1093.
27. Telephone Quitlines. A resource for development, implementation and evaluation. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.
28. Anderson JE, Jorenby DE; Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence. An evidence based clinical practice guideline for tobacco cessation. *CHEST* 2002; 121: 932-941.
29. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2000.
30. Zaletelj Kragelj L, Čakš T, Novak Mlakar D. Kajenje. V: Zaletelj Kragelj L, Fras Z, Maučec Zakotnik, uredniki. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. II tvegana vedenja. Ljubljana, CINDI Slovenija, 2004: 149-190.

31. Treatment of tobacco dependence and smoking cessation methods. V: Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence. Tools for public health. WHO, 2003; 15-40.
32. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals, un update. Thorax, 2000; 55: 987-999.
33. Sweeney CT, Fant RV, Fagerstrom KO, et al. Combination nicotine replacement therapy for smoking cessation: rationale, efficacy and tolerability. CNS Drugs, 2001; 15: 453-467.
34. Roddy E. Bupropion and other nonnicotine pharmacotherapies. BMJ, 2004; 328: 509-511.
35. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, et al. Varenicline phase 3 study group. Efficacy of Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. Jama, 2006; 296: 56-63.
36. Efficacy of treatments for tobacco dependence. Pridobljeno 13.5.2006 s spletne strani: www.treatobacco.net/efficacy/slide_kit.cfm

VAROVANJE BOLNIKOVIH PODATKOV

DILEME ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE PRI RAVNANJU Z ZDRAVSTVENO DOKUMENTACIJO IN PRI VAROVANJU OSEBNIH PODATKOV

Ksenija Tušek Bunc, Janko Kersnik*

Povzetek

Zdravnik družinske medicine se pri svojem delu srečuje poleg ostalega še z številnimi dilemami pri vodenju in ravnanju z zdravstveno dokumentacijo in seveda tudi z varovanjem njemu zaupanih medicinskih podatkov, ki veljajo še za posebej občutljivo obliko osebnih podatkov. Avtorja v svojem prispevku spregovorita o vrstah zdravstvene dokumentacije in o zdravstvenem kartonu v ambulanti zdravnika družinske medicine. Zdravstveni kartoni so v družinski medicini sintetični zbirniki lastnih zabeležk zdravnika, diagnostičnih in terapevtskih ukrepov, izvidov in zapisov drugih medicinskih strok ter druge relevantne dokumentacije, potrebne za zdravstveno oskrbo posameznika po biopsihosocialnem modelu. Zdravnik družinske medicine je upravljavec kompleksne zbirke občutljivih podatkov o posamezniku, ustvarjene z namenom zagotavljanja najboljše možne oz. najbolj optimalne vseživljenske zdravstvene oskrbe. Zdravnik družinske medicine je torej skrbnik in lastnik nosilcev zdravstvenih podatkov o osebah, ki so ga izbrale za svojega osebnega zdravnika. Bolnik ima v skladu z Zakonom o varovanju osebnih podatkov pravico do vpogleda v zdravstveno dokumentacijo, dovoljeni pa so tudi prepisi izvirkov ali drugačen prenos izvorne vsebine podatkov, ne pa izvernih nosilcev podatkov. Vpogleda v podatke in zahteve po predpisu ali prenosu vsebine upravičencu ni potrebno utemeljevati in je upravljavec/zdravnik ne sme z ničemer pogojevati. Zdravnik pa lahko v redkih primerih, v nekem obsegu omeji vpogled v zdravstveno dokumentacijo, če oceni, da bi to škodljivo delovalo na bolnikovo zdravstveno stanje. Nadalje avtorja spregovorita o pomislekih zdravnika družinske medicine pri posredovanju zdravstvene dokumentacije za potrebe Medicine dela prometa in športa in predlagata možne rešitve ter razpravljata še o dilemah v zvezi dedovanjem zdravstvene dokumentacije. Na teh področjih je še veliko nedorečenega, svoje bo morala reči stroka, potrebno pa bo poseči zlasti na področje zakonodaje, ki bo ta razmerja ustrezno uredila.

Ključne besede: zdravstvena dokumentacija, osebni podatki, zdravnik družinske medicine

* Prim. asist. Ksenija Tušek Bunc dr. med., Prof. dr. Janko Kersnik, dr. med Katedra za družinsko medicino, Medicinske Fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

Everyone has the right to respect for his private and family life, his home and his correspondence (European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental freedoms)

Uvod

Zdravnik družinske medicine se pri svojem delu srečuje poleg ostalega še z številnimi dilemami pri vodenju in ravnanju z zdravstveno dokumentacijo in seveda tudi z varovanjem njemu zaupanih medicinskih podatkov, ki veljajo še za posebej občutljivo obliko osebnih podatkov. Zdravstvena dokumentacija je eden najpomembnejših podpornih stebrov v procesu zdravljenja slehernega bolnika. Zdravstveni kartoni so v družinski medicini zbirniki lastnih zdravnikovih zapisov, diagnostičnih in terapevtskih ukrepov, izvidov in zapisov drugih medicinskih strok ter druge relevantne dokumentacije, potrebne za zdravstveno oskrbo posameznika po biopsihosocialnem modelu. Zdravnik družinske medicine je torej skrbnik in lastnik nosilcev zdravstvenih podatkov o osebah, ki so ga izbrale za svojega osebnega zdravnika. Ni naključje, da jo večina urejenih držav v svojih zakonodajah obravnava posebej. Urejena zdravstvena dokumentacija je namreč neprecenljivega pomena in temeljni kamen za ustrezno zdravljenje bolnika, za spremljanje bolezni, za primerno ukrepanje, ko se bolnik po dolgih letih odsotnosti vrača k svojemu zdravniku, za ocenjevanje epidemioloških razmer ter ugotavljanje nacionalne patologije in ne nazadnje za različne primere finančnih in strokovnih nadzorov ali za dokazovanje ustreznosti (ali neustreznosti) diagnostičnih in zdravlilnih ukrepov pred sodiščem, torej za sodnomedicinsko presojo takrat, ko kdorkoli zdravniku očita napačno ravnanje – torej v kazenskem ali civilnem postopku.

Vodenje, shranjevanje in varovanje zdravstvene dokumentacije in podatkov v njej je vedno aktualna in »vroča« tema, tako za laično javnost, politiko, informacijske pooblaščenice, pravne in medicinske strokovnjake in nenazadnje tudi za zdravstvene delavce vseh strok in profilov. Bolnik ima v skladu z Zakonom o varovanju osebnih podatkov pravico do vpogleda v zdravstveno dokumentacijo, dovoljeni pa so tudi prepisi izvirkov ali drugačen prenos izvorne vsebine podatkov, ne pa izvirkov nosilcev podatkov. Vpogleda v podatke in zahteve po predpisu ali prenosu vsebine upravičencu ni potrebno utemeljevati in je upravljavec/zdravnik ne sme z ničemer pogojevati. Zdravnik pa lahko v redkih primerih, v nekem obsegu omeji vpogled v zdravstveno dokumentacijo, če oceni, da bi to škodljivo delovalo na bolnikovo zdravstveno stanje.

S pojmom »zdravstveni karton« ali »zdravstveni zapis« (angl. health record) označujemo zdravstveno dokumentacijo, ki jo zdravstveni delavci vodimo o posvetih z bolniki oz. uporabniki zdravstvenih storitev. Zdravstveni podatki o posamezniku so tako v domači (1), kot tudi v zakonodaji EU (2) opredeljeni, kot »občutljivi osebni podatki« (angl. sensitive data). Tovrstni podatki se, na podlagi določil Direktive Evropske komisije in Zakona o varovanju osebnih podatkov posredujejo tretjim osebam le v izjemnih primerih (2) in sicer:

- ob izrecni in prostovoljni privolitvi (angl. explicit consent) lastnika osebnih podatkov (ne lastnika nosilca vsebine!);
- uporaba podatkov s strani drugih zdravstvenih delavcev pod vnaprej opredeljenimi pogoji;
- zaradi izrazitega javnega interesa, ko je ta opredeljen v drugih zakonih;

- če je obdelava nujno potrebna za varovanje življenja ali telesa posameznika, na katerega se osebni podatki nanašajo.

36. člen Kodeksa medicinske etike o tem pravi takole: “Zdravnik je razrešen poklicne molčečnosti, če na to pristane bolnik ali če je to nujno potrebno za dobrobit bolnika, njegovo družino ali družbo, oziroma, če tako določajo z zakonom sprejete posebne določbe. V primerih, ko bolnik zdravnika odveže dolžnosti poklicne molčečnosti, bo zdravnik pretehtal, kaj od sporočenega bi bolniku lahko škodovalo in katere podatke bo zadržal v tajnosti” (4).

Vrste medicinske dokumentacije

Zakon iz leta 1978 je ločil zdravstveno dokumentacijo glede na mesto nastanka na bolnišnično dokumentacijo, ambulantno dokumentacijo in dokumentacijo nastalo v zavodih, ki so samo posredno povezani z zdravljenjem. Ta ločitev je zelo pomembna, saj v ambulantni npr. družinske medicine skrbi za zdravstveno dokumentacijo posameznik, v bolnišnicah pa nastaja na več mestih in pri številnih zdravnikih. Slednje že samo po sebi otežuje dostop do celotne dokumentacije, kar ima lahko resne posledice za pravno varstvo bolnikov ali za njihovo nadaljnje zdravljenje.

S stališča časovne vrednosti zdravstvene dokumentacije je omenjeni zakon ločil aktivno zdravstveno dokumentacijo, polaktivno zdravstveno dokumentacijo in pasivno zdravstveno dokumentacijo. Zakon je določal, kako dolgo morajo biti shranjeni posamezni dokumenti glede na čas nastanka. Po črki tega zakona iz prejšnje države se morajo splošni ambulantni kartoni, torej tudi zdravstvena kartoteka, ki jo vodi zdravnik družinske medicine hraniti trajno, da se specialistični kartoni hranijo najmanj devet let, popisi bolezni s selektiranimi prilogami v primarni obliki dvajset let in pomembni popisi bolezni trajno.

S stališča nosilca vsebine informacij je zakon ločil konvencionalne dokumente (nastale na papirju), rentgenske posnetke in biozapise. Takratni zakon ni predvideval, da je nosilec informacije tudi kakšen drug medij (računalniški zapis, laserske plošče, elektronske osebne kartice, različni magnetni nosilci ipd.). Sodobna evropska in anglosaksonska pravna praksa pri obravnavanju pravic bolnikov do vpogleda v svoje podatke strogo ločita lastništvo vsebine informacij od lastništva do nosilca informacij.

Končno je zakon poznal tudi razliko med primarnim in sekundarnim dokumentom. O primarnem dokumentu govorimo takrat, ko je le-ta nastal v neposrednem odnosu med zdravnikom in bolnikom (kot torej zdravstveni karton v družinski medicini). O sekundarnem dokumentu je govoril takrat, ko je ta nastal kot sinteza različnih primarnih dokumentov. Takratni zakon ni dal jasnih navodil, kako ravnati z zdravstveno dokumentacijo in kako jo voditi, kar lahko pripelje do zelo anarhične prakse in protislovnih navodil različnih ustanov, zlasti zavarovalnic ali zasebnikov, zlasti odvetnikov in tudi do številnih vprašanj, ki zadevajo tudi zdravnika družinske medicine (ZDM) (5):

- Katero medicinsko dokumentacijo je zdravnik dolžan voditi?
- Kolikšna naj bosta njen najmanjši obseg in vsebina?
- Kdo je lastnik zdravstvene dokumentacije (kdo nosilca in kdo informacij)?
- Kdo lahko zdravstveno dokumentacijo prenaša oziroma kako ravnati z izvorniki?
- Kdaj ima bolnik pravico do vpogleda v svojo dokumentacijo in v kolikšnem obsegu?

- Kdaj lahko zdravnik prepreči vpogled v njegovo dokumentacijo?
- Ali povzetek zdravnika o bolnikovi zdravstveni dokumentaciji nadomešča izvornike?
- Kakšne pravice imajo v zvezi z zdravstveno dokumentacijo svojci po smrti bližnjega?

Zakonske podlage za ravnanje z zdravstveno dokumentacijo v Sloveniji

Pomena medicinske dokumentacije se je zavedal tudi zakonodajalec in je v 54. členu Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZD) zapisano, da so zdravstveni zavodi in zdravstveni delavci dolžni voditi zdravstveno dokumentacijo in druge evidence v skladu s posebnim zakonom. Podobno tudi Zakon o zdravniški službi (ZZdrS) v svojem 50. členu pravi, da »zdravnik mora voditi dokumentacijo o zdravstvenem stanju in zdravljenju bolnika in druge evidence v skladu s posebnim zakonom« (4, 6). Posebni zakon, ki bi ravnanje z medicinsko dokumentacijo podrobno urejal, ni bil nikoli v celoti izdelan (7).

Oblika, vsebina in varovanje zdravstvene dokumentacije, ki jo zdravstveni delavci različnih strok vodimo je tako predpisana z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ) in predvsem z Zakonom o varovanju osebnih podatkov (ZVOP-1) (1, 8). Iz osmega člena ZVOP izhaja, da mora za vzpostavitev in vodenje zbirke podatkov obstajati zakonska podlaga ali izrecna osebna privolitve posameznika. Podatke, ki jih je zdravnik zbiral za določene terapevtske in diagnostične namene, ne sme brez izrecne (praviloma pisne) privolitve posameznika uporabljati v druge namene (npr. kri za biokemične preiskave ne sme biti uporabljena za genetsko testiranje ali določanje vsebnosti psihoaktivnih snovi ipd.).

Ključni zakonski akt je Direktiva EU o varovanju podatkov (Data Protection Directive), ki je obvezujoča za posamezne članice EU. Medicinski podatki naj bi se po tem dokumentu zbirali in obdelovali samo za vnaprej določene namene. Načeloma bi se naj pridobivali od osebe, na katero se nanašajo, in iz drugih virov le, kadar je to izrecno predvideno ali dopuščeno z nacionalno zakonodajo (npr. razlogi zdravstvenega varstva populacije ali druge javne koristi, kot je nevarnost kaznivnega dejanja) in kadar posameznik, o katerem se zbirajo podatki, le-teh ni zmožen dati osebno.

V drugem odstavku 8. člena Direktiva govori o izrecni privolitvi posameznika za posredovanje občutljivih podatkov tretjim osebam in poudarja, da privolitev mora biti povsem prostovoljna. To pomeni, da privolitev ne sme biti podana zaradi nikakršnih socialnih, ekonomskih, psiholoških ali drugih pritiskov na osebo, na katero se podatki nanašajo (2, 9).

Zdravstveni karton v ambulanti zdravnika družinske medicine

Različice zdravstvenih kartonov in zapisov v papirni ali elektronski obliki uporabljajo vse medicinske stroke. ZDM smo zaradi narave našega dela in na podlagi opredelitve bistvenih lastnosti naše stroke, povzetih v Evropski definiciji družinske medicine (10), obvezani skrbeti za celostno in vseživljensko zdravstveno oskrbo posameznika in družine. Tako so

naši zdravstveni kartoni sintetični zbirniki lastnih zabeležk, diagnostičnih in terapevtskih ukrepov, izvidov in zapisov drugih medicinskih strok ter druge relevantne dokumentacije, potrebne za zdravstveno oskrbo posameznika po biopsihosocialnem modelu.

Zdravstveni karton v ambulanti družinske medicine predstavlja (11):

- zbirko osebnih podatkov (socialnih, vedenjskih, zdravstvenih) o bolniku,
- nepretrgan zapis vseh težav povezanih z zdravjem,
- sredstvo komunikacije v delovni skupini med zdravnikom in medicinsko sestro
- seznam kroničnih bolezni,
- seznam stalnih in predpisanih zdravil, medicinskih pripomočkov, napotitev, zdravniško upravičene odsotnosti z dela... ,
- arhiv zbrane medicinske dokumentacije o bolniku,
- dokument finančnega in strokovnega nadzora,
- pripomoček za pedagoško in raziskovalno delo.

ZDM je torej upravljavec kompleksne zbirke občutljivih podatkov o posamezniku, ustvarjene z namenom zagotavljanja najboljše možne oz. najbolj optimalne vseživljenske zdravstvene oskrbe. ZDM je torej skrbnik in lastnik nosilec zdravstvenih podatkov o osebah, ki so ga izbrale za svojega osebnega zdravnika.

Po Zakonu o varstvu osebnih podatkov (1) je zdravnik dolžan, proti plačilu stroškov posredovanja, če v zakonu ni določeno drugače, posredovati osebne podatke iz zdravstvene dokumentacije uporabnikom oz. lastnikom podatkov. Zakon dopušča posredovanje podatkov drugim uporabnikom samo, če so za njihovo uporabo pooblaščen z zakonom ali na podlagi pisne zahteve ali privolitve posameznika, na katerega se podatki nanašajo. Izvršilni predpisi niso dovolj za zahtevo po pogledu v podatke (12). To določilo je zanimivo zaradi tega, ker številne zavarovalnice na osnovi lastnih predpisov pogosto želijo neupravičeno uveljavljati pravico do dostopa do zdravstvene dokumentacije. Te celo od zdravnikov družinske medicine in zdravnikov medicine dela prometa in športa (MDPŠ) na osnovi svojih internih prepisov zahtevajo posamezne tovarne, ki kontrolirajo upravičenost bolniškega staleža svojih delavcev. Seveda gre za nezakonite poskuse. Nekatere zavarovalnice se skušajo tej zagati izogniti tako, da pred sklenitvijo zavarovanja zahtevajo pisno privolitev vsakega posameznika do vpogleda v njegovo zdravstveno dokumentacijo, kar naj bi omogočilo prost dostop do vse zdravstvene dokumentacije dotičnega.

Zakon zbiralcu podatkov - zdravniku tudi nalaga, da more la-ta za vsako posredovanje osebnih podatkov oziroma zdravstvene dokumentacije zagotoviti možnost naknadnega ugotavljanja, kateri podatki so bili posredovani, komu ter za kakšne namene. Zdravnik je torej dolžan voditi posebno evidenco o tem, kdaj, komu, kako in katere podatke bolnika je posredoval. Seveda zdravnik tudi po slovenski zakonodaji ni lastnik podatkov, pravico do razpolaganja z osebnimi podatki ima le vpletena oseba, torej »lastnik« podatkov, in ne tisti, ki podatke zbira (13).

Bolnik lahko uveljavlja pravico do vpogleda v zdravstveno dokumentacijo, dovoljeni pa so tudi prepisi izvornikov ali drugačen prenos *izvirne vsebine podatkov*, ne pa *izvirnih nosilcev podatkov*. Vpogleda v podatke in zahteve po predpisu ali prenosu vsebine upravičencu ni potrebno utemeljevati in je upravljavec/zdravnik ne sme z ničemer pogojevati. Bolnik lahko zahtevo naslovi na upravljavca/zdravnika podatkov tudi ustno, modro pa je, da zaradi morebitnih sporov to stori pisno. Določeni so tudi zakonski roki, v katerih mora

upravljavac/zdravnik zbirke podatkov ugoditi zahtevi posameznika oziroma ga obvestiti o razlogih, zaradi katerih zahtevi ni oziroma ne bo ugodil. Posameznik, ki meni, da so bile kršene pravice iz tega zakona, torej tudi pravica do vpogleda v zdravstvene podatke, lahko zahteva s predlogom sodno varstvo. O predlogu odloča sodišče v nepravdnem postopku, postopek je prednosten, javnost pa izključena.

To je tudi praksa v praktično vseh državah EU, kjer so postopki in časovni okvirji za dostop do lastnih zdravstveno-medicinskih podatkov praviloma natančneje opredeljeni (14, 15). Tako je npr. dostop do podatkov o zdravstvenem stanju otrok praviloma brezplačen.

Bolnikom oz. upravičencem so brez izjeme dovoljeni prepisi izvornikov ali drugačen prenos izvorne vsebine podatkov, nikakor pa ne izvornih nosilcev podatkov! (16). Izvirnike je namreč moč med prenašanjem popravljati za nazaj, jim dodajati ali odvzemati posamezne dele. Odnášanje ali prenašanje izvorne zdravstvene dokumentacije lahko pomeni nastanek velike škode za številne vpletene: za posameznika (potrebi so nujni medicinski ukrepi ali nadaljnje zdravljenje, pa v ustanovi ali ambulanti ni več podatkov o prejšnjem zdravljenju ali bolezni), za državo (zgolj kot zgled, ni pa edini: ni epidemioloških podatkov) ali za svojce (v primeru nesreče ni moč potrditi istovetnosti trupla, saj ni znano, kje je izvorna zdravstvena dokumentacija- svojci tako ne morejo urejati in uveljavljati posmrtnih civilno pravnih zadev). V vsakem primeru pa odnašanje izvornikov lahko povsem onemogoči morebitni strokovni nadzor ali analizo morebitne strokovna napake ali postopek pred sodiščem. Izvirne vsebine podatkov tudi ne morejo nadomestiti nekakšni povzetki o zdravstvenem poteku, ki jih nekateri zdravniki dajejo bolnikom.

Pravica do vpogleda v zdravstveno dokumentacijo opredeljuje tudi Zakon o zdravstveni dejavnosti, razen če zdravnik oceni, da bi to škodljivo delovalo na bolnikovo zdravstveno stanje. Zdravnik lahko v nekem obsegu (ki pa ne sme biti vseobsežen) omeji vpogled v zdravstveno dokumentacijo. Še največkrat se po svetu to določilo uporablja v zvezi z psihiatrično dokumentacijo, ki pa je resnično poseben primer, ki ga ni posploševati za vso ostalo zdravstveno dokumentacijo.

Bolnik ima torej pravico do vpogleda v svojo dokumentacijo vedno, izjeme pa naj bodo redke. Enako velja za prenos podatkov in medicinske dokumentacije: prenos lahko zahteva zgolj bolnik, nobeden zdravnik kot upravljavac zaupanih podatkov ne sme izvornikov samovoljno prenašati brez vednosti bolnika

Dileme in pomisleki zdravnika družinske medicine pri posredovanju zdravstvene dokumentacije bolnika za potrebe Medicine dela prometa in športa

- Primer 1. Dekle je končalo visoko šolo za poklic policijskega inšpektorja in pred nastopom v službo uspešno opravilo vsa predvidena psihofizična preverjanja. Zavrnjena je bila na predhodnem pregledu s strani specialista MDPŠ, ki je zavrnitev utemeljeval z izvidom pulmologa o težji astmi, pridobljenim iz zdravstvenega kartona osebnega zdravnika.
- Primer 2. Fant je bil na predhodnem pregledu zavrjen s strani specialista MDPŠ zaradi podatkov o odvisnosti od prepovedanih drog, zapisanih v zdravstvenem kartonu zdravnika družinske medicine.

Pomisleki pri posredovanju zdravstvene dokumentacije MDPŠ

1. Etični – Ali je posredovanje v neskladju z osnovnimi etičnimi načeli (bolnikovo dobro, pravičnost, zaupnost...)?
2. Pravni – Kateri pravni akti dovoljujejo specialistu MDPŠ vpogled v zdravstveni karton bolnika?
3. Strokovni – Strokovna opravičljivost in zdravstvene koristi za bolnika?
4. Stroškovni – Kdo plača nadomestilo za posredovanje podatkov?

Posameznik, glede na veljavno zakonodajo in EU direktive, ni obvezen dovoliti pooblaščenemu zdravniku MDPŠ vpogled v zdravstveni karton in druge zbirke podatkov o lastnem zdravju. Ker pa gre pri predhodnih in obdobjnih pregledih v večini poklicev poleg zaščite delavca in delodajalca tudi za širši družbeni interes (npr. odklonitev nevarnosti, da bi z določenimi napravami upravljali delavci, ki zdravstveno ne ustrezajo zahtevam delovnega mesta in bi s tem lahko ogrozili življenje ali premoženje drugih), bo potrebno poseči na področje zakonodaje, ki bo ta razmerja ustrezno uredila. Še najbližje sodobnim pravnim konceptom bi bila določba, ki bi pregledovancu glede na zdravstvene zahteve naložila pravno zavezujočo izjavo o svojem zdravstvenem stanju in predložitvi ustrezne zdravstvene dokumentacije. V primeru zamolčanja ustreznih medicinskih podatkov bi morale slediti ustrezne posledice za prosilca. V kolikor pa se lahko pravno izkaže višji interes, je potrebno določiti, katera stanja so pomembna za izdelavo mnenja za določeno skupino delavcev (17).

Vprašanja, ki terjajo odgovore

- Ali je zahteva po posredovanju zdravstvene dokumentacije osebnega zdravnika za potrebe specialistov medicine dela prometa in športa (MDPŠ) upravičena in skladna z določili Direktive EU 95/46 o varovanju občutljivih osebnih podatkov?
- Ali je privolitev delavca ali iskalca zaposlitve k vpogledu specialista MDPŠ v njegovo zdravstveno dokumentacijo zares prostovoljna in brez posrednih ekonomsko-socialnih pritiskov?
- Ali je zdravnik družinske medicine, ki je predvsem zavezan spoštovanju zakonskih predpisov in delu v bolnikovo dobro dolžan posredovati vso zahtevano dokumentacijo v primerih, ko je presoja obstoječe dokumentacije s strani drugega specialista lahko tudi škodljiva za interese bolnika?
- Zakaj se neupravičeno zahtevajo izvorniki zdravstvene dokumentacije?
- Zakaj se ne zahteva dokumentacija tudi od drugih specialistov, ki neodvisno od zdravnika družinske medicine zdravijo zaposlenega ali iskalca zaposlitve (psihiater, ginekolog)?
- Kdo naj krije stroške posredovanja in kopiranja zahtevane dokumentacije?

Dileme zdravnika družinske medicine v zvezi z dedovanjem zdravstvene dokumentacije

Velike zagate se lahko pojavijo v zvezi z zdravstveno dokumentacijo po bolnikovi smrti. Zdravnika namreč veže poklicna molčečnost tudi po bolnikovi smrti in le redki bolniki v Evropi in še redkejši v Sloveniji (v ZDA je stanje drugačno) v izjavi svoje volje (oporoki) zdravnike razrešijo obrazce molčanja oziroma svojce pooblastijo za vpogled v zdravstveno dokumentacijo po svoji smrti.

Mnogi arbitrarno nasprotujejo pravici svojcev do vpogleda v zdravstveno dokumentacijo po bolnikovi smrti. To razlagajo z dejstvom, da lahko neupravičeni posmrtni vpogled v zdravstveno dokumentacijo škoduje časti in ugledu umrlega, saj bi lahko svojci izvedeli o umrlem dejstvu, ki jim jih umrli za časa svojega življenja nikakor in nikoli ne bi sporočil. V zapuščino umrlega v Sloveniji njegova zdravstvena dokumentacija ne sodi in je torej svojci ne dedujejo (18). Kljub temu ni dvoma, da imajo najbližji svojci umrlega pravico do vpogleda v vsaj v nekatere dele zdravstvene dokumentacije umrlega, če *izkažejo pravni interes* vpogleda. Lahko gre za vprašanje očetovstva, vprašanja izplačila zavarovalnine, vprašanje prenosa genetske bolezni ali celo prenosa nalezljivih bolezni, kadar lahko odgovori bistveno vplivajo na življenje dedičev ali celo ostalih državljanov neke države. Svojec, ki se zanima za podatke o umrlem, mora zdravniku posredovati privolitev ostalih svojcev, da mu dovoljujejo vpogled. Lahko gre za upravičene ali neupravičene dvome svojcev, ali je bil umrli pravilno zdravljen, pa se je prav zaradi dvomov pred vpogledom v posamezne zdravstvene podatke ni mogoče odločiti za ovadbo, kazenski pregon ali morebitno civilno pravdo.

Zoper možnost, da bi v končni instanci zgolj in samo zdravnik odločal, v katere podatke lahko imajo svojci vpogled, mora zdravnik konkretno in natančno razložiti, zakaj določenih podatkov ni pripravljen posredovati svojcem. Zgolj načelni izgovori, kot denimo izgovor, da bi vpogled lahko škodoval časti in ugledu umrlega, ne zadostujejo. Znova pa to velja samo takrat, ko svojci sami izrazijo zahtevo do vpogleda v zdravstveno dokumentacijo. Ko pa gre za sodne procese, lahko sodišče mimo zdravnikove volje odloči, pač glede na okoliščine posameznega primera, da je potrebno brez izjeme pregledati vso zdravstveno dokumentacijo. V slednjem primeru velja enako tudi za države z anglosaksonsko pravno ureditvijo (19).

ZAKLJUČEK

Zdravnik DM se pri svojem delu srečuje poleg ostalega še z številnimi dilemami pri vodenju in ravnanju z zdravstveno dokumentacijo in seveda tudi z varovanjem njemu zaupanih medicinskih podatkov, ki veljajo še za posebej občutljivo obliko osebnih podatkov. Te podatke zdravnik zbira samo na zakonit in pošten način in samo za točno vnaprej določene namene, samo od oseb na katere se podatki nanašajo, iz drugih virov pa samo, kadar je to izrecno predvideno ali dopuščeno z nacionalno zakonodajo (npr. če je to zahtevajo razlogi zdravstvenega varstva ostalega prebivalstva ali uresničevanje kake druge javne koristi, med katere priporočilo uvršča tudi zaščito pred neposredno grozečo nevarnostjo izvršitve kaznivega dejanja) in kadar posameznik, o katerem je potrebno zbrati zdravstvene podatke, le-teh ni sposoben sam dati.

Zdravje in njegovo varovanje sta pomemben del življenja in kot takšna tudi pomemben del pravnega varstva. Znotraj tega je bolnikova pravica do vpogleda v svojo zdravstveno dokumentacijo, brez katerega pravnega varstva na tem področju ni.

ZDM je tako dolžan voditi vso pomembno zdravstveno dokumentacijo, in je ne spreminjati za nazaj, izvornike skrbno varovati in hraniti, načelo onemogočati prenos in izgubo izvornika (sodobna tehnologija omogoča prenos podatkov brez prenosa izvornikov), ob morebitnem prenosu pa voditi natančno evidenco o kraju, času, destinaciji in vrsti prenešenega gradiva. Poleg tega je dolžan bolniku na njegovo zahtevo vedno in brez pogojevanja omogočiti vpogled v vse njegove objektivne in izvirne zdravstvene podatke ter prenos njegovih izvirnih zdravstvenih podatkov.

Glede posredovanja zdravstvene dokumentacije za potrebe MDPŠ in dedovanja zdravstvene dokumentacije je še veliko nedorečenega, svoje bo morala reči stroka, potrebno pa bo poseči zlasti na področje zakonodaje, ki bo ta razmerja ustrezno uredila.

Literatura

1. Zakon o varovanju osebnih podatkov (ZVOP-1). [Uradni list RS 86/2004](#).
2. Directive 95/46/EC (The Data Protection Directive). Official Journal L 281, 23/11/1995 P. 0031 – 0050.
3. Kodeks medicinske etike in deontologije.
4. Zakon o zdravstveni dejavnosti. [Uradni list RS 36/2004](#).
5. Flis V. Medicinska dokumentacija in pravice bolnikov. In: Reberšek Gorišek J, Flis V. Medicina in pravo. Zbornik 1996, 1997, 1998. Maribor 1999: 231-54.
6. Zakon o zdravniški službi (ZZdrS-UPB2) (uradno prečiščeno besedilo). [Uradni list RS 36/2004](#).
7. Flis V. Nekatere zagate ravnanja z medicinsko dokumentacijo. Posvet direktorjev zdravstvenih zavodov o zagotavljanju pravic bolnikov in o vpogledu v medicinsko dokumentacijo. Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Piran 2001.
8. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ). [Uradni list RS 65/2000](#).
9. Beyleveld D, Townend D, Rouille-Mirza S, Wright J. The data protection Directive and Medical Research Across Europe. Ashgate Publishing, Ltd.,
10. Evropska definicija družinske medicine. Združenje zdravnikov družinske medicine, 2004.
11. Kersnik J. Zdravstveni karton. V: Švab I, Rotar-Pavlič D.(ured) Družinska medicina. Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Ljubljana 2002.
12. Čebulj J. Varstvo osebnih podatkov z zakonom in pojasnili. Inštitut za javno pravo pri Pravni fakulteti v Ljubljani, Ljubljana 1990.
13. Jelenc Puklavec A. O varstvu zasebnosti in varstvu osebnih podatkov. In: Flis V. et al. eds Medicina in pravo I. Maribor.

14. http://www.ico.gov.uk/upload/documents/library/data_protection/practical_application/health_records_-_subject_access.pdf, dostop: 30.04.2007
15. http://www.confidentiality.scot.nhs.uk/access_medical_records.htm, dostop : 30.04.2007
16. Flis V. Medicinska dokumentacija. Skripta s podiplomskega izobraževanja. Odin d.o.o, Ljubljana 2005.
17. Iljaž R, Kersnik J, Tušek-Bunc K. Pomisleki in zahteve splošne oz. družinske medicine pri posredovanju medicinske dokumentacije pooblaščenemu zdravniku (specialistu MDPŠ). 4. posvet Etika v belem z naslovom »Konflikt interesov v medicini«. Bled 2007.
18. Zupančič K. Dedovanje, Zbirka predpisov z uvodnimi pojasnili. ŠZP Uradni list RS, Ljubljana 1992.
19. Disclosure of medical record. In: Mason J., McCall Smith RA. Medico-legal Encyclopedia, Butterwords, London 1987.

ZDRAVSTVENE KARTOTEKE IN ZDRAVNIK V PREKRŠKOVNEM POSTOPKU

Klemen Mišič*

Naslova avtor nisem napisal zato, da bi bralce tega dela prestrašil, pač pa, da bi jih spodbudil k branju in pri njih vzbudil osnovno zanimanje, ki ga morajo kot upravljavci osebnih podatkov v zdravstvu – v tem primeru torej zdravstvenih kartotek – imeti, da ne zaidejo v prekrškovni postopek pri Informacijskem pooblaščenecu (v nadaljevanju Pooblaščenec).

Dejstvo je, da so v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov (Uradni list RS, št. 86/04, s spremembami in dopolnitvami, v nadaljevanju ZVOP-1) zdravniki (in drugo zdravstveno osebje – odvisno od primera) upravljavci zdravstvenih kartotek. Prav zato je potrebno še posebej opozoriti na to, kako ravnati v primerih, ko npr. bolnik zaprosi za vpogled v kartoteko, ko bolnik želi prenesti kartoteko k drugemu zdravniku, specialistu ipd.

Osnovni pojmi ZVOP-1

Ker zdravstveno osebje pri svojem delu obdeluje (skoraj) izključno občutljive osebne podatke, je najprej potrebno opozoriti na osnovna določila ZVOP-1, ki v 13. členu naštevajo, kdaj se občutljivi osebni podatki smejo obdelovati (v skladu z ZVOP-1 pomeni obdelavo osebnih podatkov praktično kakršnokoli ravnanje z njimi, tudi zgolj vpogled), in sicer:

- če je posameznik za to podal izrecno osebno privolitev, ki je praviloma pisna, v javnem sektorju pa tudi določena z zakonom;
- če je obdelava potrebna zaradi izpolnjevanja obveznosti in posebnih pravic upravljavca osebnih podatkov na področju zaposlovanja v skladu z zakonom, ki določa tudi ustrezna jamstva pravic posameznika;
- če je obdelava nujno potrebna za varovanje življenja ali telesa posameznika, na katerega se osebni podatki nanašajo, ali druge osebe, kadar posameznik, na katerega se osebni podatki nanašajo, fizično ali poslovno ni sposoben dati svoje privolitve iz 1. točke tega člena;
- če jih za namene zakonitih dejavnosti obdelujejo ustanove, združenja, društva, verske skupnosti, sindikati ali druge nepridobitne organizacije s političnim, filozofskim, verskim ali sindikalnim ciljem, vendar le, če se obdelava nanaša na njihove člane ali na posameznike, ki so v zvezi s temi cilji z njimi v rednem stiku, ter če se ti podatki

* Klemen Mišič, univ. dipl. iur. Informacijski pooblaščenec RS, Vošnjakova 1, Ljubljana

ne posredujejo drugim posameznikom ali osebam javnega ali zasebnega sektorja brez pisne privolitve posameznika, na katerega se nanašajo;

- če je posameznik, na katerega se nanašajo občutljivi osebni podatki, te javno objavil brez očitnega ali izrecnega namena, da omeji namen njihove uporabe;
- če jih za namene zdravstvenega varstva prebivalstva in posameznikov ter vodenja ali opravljanja zdravstvenih služb obdelujejo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci v skladu z zakonom;
- če je to potrebno zaradi uveljavljanja ali nasprotovanja pravnemu zahtevku;
- če tako določa drug zakon zaradi izvrševanja javnega interesa.

Izjemno pomembno določilo za zdravstvene delavce je 6. tč. v prejšnjem odstavku navedenega 13. člena ZVOP-1. Dejstvo, da zakon omogoča zdravstvenim delavcem obdelavo osebnih podatkov, med drugim pomeni tudi, da je – tako kot področni zakon s področja zdravstva – potrebno upoštevati tudi ZVOP-1, v okviru tega pa tudi načelo sorazmernosti, ki v 3. členu ZVOP-1 določa, da morajo biti osebni podatki, ki se obdelujejo, ustrezni in po obsegu primerni glede na namene, za katere se zbirajo in nadalje obdelujejo. Namen obdelave osebnih podatkov je torej tisti temelj, na katerem mora temeljiti obdelava osebnih podatkov. Če upravljavec osebnih podatkov namena ne izrazi in dokaže, osebne podatke obdeluje v nasprotju z ZVOP-1. Prav tako je potrebno opozoriti, da navedeno načelo sorazmernosti določa tudi, da morajo biti osebni podatki za potrebe obdelave po obsegu primerni. To pa pomeni, da se od posameznikov ne sme zbirati več osebnih podatkov kot jih je potrebno za doseg namena obdelave (v konkretnem primeru torej za potrebe zdravljenja posameznika), pa tudi, da je potrebno omejiti obseg obdelave na način, da se zavaruje dostop do osebnih podatkov tistim osebam, ki za doseg namena obdelave osebnih podatkov nimajo upravičene in na zakonu ali osebni privolitvi posameznika, na katerega se osebni podatki nanašajo, oprte pravice za obdelavo osebnih podatkov. To v konkretnem primeru pomeni, da se z občutljivimi osebnimi podatki pacientov lahko seznanijo *samo in izključno* tisti zdravstveni delavci, ki dosegajo namen obdelave osebnih podatkov pacientov – zdravljenje bolnika. To pomeni, da lahko v zdravstveno kartoteko bolnikov (pacientov) vpogledajo samo tisti zdravstveni delavci, ki sodelujejo v procesu zdravljenja bolnika, vsi ostali zdravstveni delavci pa bi z vpogledom v zdravstveno kartoteko bolnika storili prekršek po ZVOP-1 in, če bi jim bil ta dokazan, za takšen prekršek odšteli nekaj več kot 1.200 eurov, tvegali pa bi tudi kazenski pregon in odškodninsko tožbo posameznika, v katerega zdravstveno kartoteko so vpogledali.

Prav na tej točki je potrebno še posebej opozoriti, da v praksi še vedno vse pre pogosto prihaja do napak zdravstvenih delavcev – *zgolj primer v razmislek – ali so študenti medicine, ki sodelujejo pri jutranji viziti, že zdravstveni delavci? Ali v tem primeru zdravstveni delavci opozorijo npr. bolnika v bolnišnici, da bodo njegovi osebni podatki razkriti tudi študentom?*

Kako torej ravnati kot zdravnik ali medicinska sestra z zdravstvenimi kartotekami?

Dolžnost upravljavcev osebnih podatkov, da ščitijo občutljive osebne podatke pred nepooblaščenimi osebam, zelo jasno in razločno nalaga 14. člena ZVOP-1. Ta v drugem odstavku še posebej poudarja tudi dolžnost, da se pri prenosu občutljivih osebnih podatkov

preko telekomunikacijskih omrežij šteje, da so podatki ustrezno zavarovani, če se posredujejo z uporabo kriptografskih metod in elektronskega podpisa tako, da je zagotovljena njihova nečitljivost oziroma neprepoznavnost med prenosom. ZVOP-1 uporabi besedo »in«, kar pomeni, da ni dovolj, da se pri prenosu uporabi zgolj kriptografska metoda ali zgolj elektronski podpis.

Praksa Informacijskega pooblaščenca kaže nasprotno. Vse prevečkrat se pri nas dogaja, da občutljivi osebni podatki med različnimi upravljavci in uporabniki krožijo nenadzorovano, kartoteke so v zdravstvenih domovih shranjene v nezaklenjenih omarah na hodnikih, zdravniki zdravstvene kartone za potrebe pregledov pri specialistih pogosto zaupajo kar posamezniku samemu (zdravniki se morajo zavedati, da so v primeru uničenja ali izgube kartotek v takšnem primeru odgovorni sami). Kot ilustracijo v zadnjem primeru lahko poudarim, da se je Pooblaščenec že srečal s primerom, ko je bolnik, ki mu je zdravnik izročil njegovo kartoteko, to zažgal.

Kakšen je torej pravilen primer pošiljanja zdravstvene kartoteke? Najboljši je seveda, da zdravnik upravičeni osebi zdravstveno kartoteko izroči osebno. Seveda pa je takšna možnost v praksi prej izjema kot pravilo. Zato se je potrebno poslužiti metod pošiljanja, ki so dovolj zanesljive, da zdravstvene dokumentacije ne ogrozijo – če se npr. kartoteka pošlja po pošti, svetujem, da jo pošljete s povratnico – tako imate v rokah dokaz, da je upravičena oseba dokumentacijo tudi prejela.

Na tem mestu bi rad opozoril tudi na 1. odst. 9. člena ZVOP-1, ki določa pogoje za obdelavo osebnih podatkov v javnem sektorju, saj zdravniki ne obdelujejo zgolj občutljivih osebnih podatkov, pač pa tudi »navadne« osebne podatke. V takšnih primerih morajo upoštevati, da se osebni podatki v javnem sektorju lahko načeloma (zakon pozna 3 odstopanja) obdelujejo zgolj, če tako določa zakon, na podlagi osebne privolitve posameznika, na katerega se osebni podatki nanašajo, pa (spet), če je takšna možnost zapisana v zakonu. Zgolj na podlagi osebne privolitve posameznika torej zdravniki, če so del javnega sektorja, ne morejo obdelovati osebnih podatkov.

Poziv namesto zaključka

»Spoštovani, obveščamo vas, da je Informacijski pooblaščenec Republike Slovenije zoper vas začel postopek o prekršku ...«

Tako nekako se glasi začetek poziva, ki ga Pooblaščenec pošlje odgovorni osebi, da se izjasni o dejstvih in okoliščinah storjenega prekrška po ZVOP-1. Tudi kakšen zdravstveni delavec je takšen poziv že prejel. Upam, da ga vsi bralci tega prispevka nikoli ne boste videli naslovljenega nase in da boste besede, zapisane zgoraj, čim prej uporabili v svoji praksi, če tega že ne izvajate. Državni nadzorniki »na terenu«, ki nadzorujejo izvajanje ZVOP-1, verjemite mi, nimajo nikakršnega veselja kakorkoli onemogočiti delo zdravnikov. A moramo se zavedati, da imajo tudi pacienti svoje pravice. Ena od njih je tudi temeljna človekova pravica do varstva osebnih podatkov.

Zavedati se moramo, da je hiter porast sodobnih tehnologij s seboj, poleg ugodnosti, ki jih uživamo, prinesel tudi negativne posledice, med njimi enostavnost zlorabe podatkov, tudi osebnih. In če si ne želimo skoraj paranoičnega strahu pred različnimi zlorabami osebnih

podatkov, predvsem krajami identitete, kot se ta pojav množično že pojavlja ponekod po svetu, moramo z varstvom začeti dovolj zgodaj in pri pravih subjektih – upravljavcih osebnih podatkov. V ZDA tako npr. strah številka 1 niso več teroristični napadi, pač pa kraja identitete. Morda prav zaradi strožje zakonodaje v Evropski uniji težav s krajami kreditnih kartic, biometričnih značilnosti in drugih osebnih podatkov ne poznamo v tolikšni meri kot čez lužo. In prav v tem so koristi Zakona o varstvu osebnih podatkov. Bistveno pri varstvu pa je nedvomno zavarovanje zbirk, posebej tistih, ki vsebujejo občutljive osebne podatke.

Več o tej temi se lahko preberete tudi na spletni strani Informacijskega pooblaščenca www.ip-rs.si.

NEKATERE ZAGATE RAVNANJA Z MEDICINSKO DOKUMENTACIJO

Vojko Flis*

Povzetek

Slovenska zakonodaja posveča nezadostno pozornost medicinski dokumentaciji. Zakoni, ki urejajo to izjemno občutljivo področje, so nepopolni, nedorečeni in razpršeni. To prinaša številne probleme, ki se ne dotikajo zgolj ozkega področja medicine ali zdravstvenega varstva in ki jih je velikokrat tudi ob intepretativni uporabi obstoječih prepdisov nemogoče zadovoljivo rešiti. Avtor v preglednem članku opozarja na nekatera protislovja v ravnanju z medicinsko zakonodajo v RS v okoliščinah, ko neskladna, nedorečena in razpršena zakonodaja omogoča številne razlage.

Uvod

Medicinska dokumentacija je eden izmed najpomembnejših podpornih stebrov v procesu zdravljenja nekega bolnika. Ni naključje, da jo večina urejenih držav v svojih zakonodajah obravnava posebej. Urejena medicinska dokumentacija je namreč neprecenljivega pomena za zdravljenje bolnika, za spremljanje bolezni, za ukrepanje, ko se bolnik morda po letih odsotnosti vrača k svojemu zdravniku, za ocenjevanje epidemioloških razmer in ne nazadnje za različne primere strokovnih nadzorov ali za dokazovanje ustreznosti (ali neustreznosti) diagnostičnih in zdravlilnih ukrepov pred sodiščem takrat, ko kdorkoli zdravniku očita napačno ravnanje. Urejena medicinska dokumentacija je nenazadnje premnogokrat potrebna tudi za dokazovanje istovetnosti umrlih. Najti bi kajpak bilo moč še številne druge tehtne razloge zakaj je potrebno voditi skrbno urejeno medicinsko dokumentacijo. Poseben pomen ima ustrezno vodenje in varovanje medicinske dokumentacije za varovanje zasebnosti in zaupnosti bolnika. Slednje zahteva posebno obravnavo, vendar se nenehno tudi prepleta prav z vprašanji o ravnanju z medicinsko dokumentacijo(1).

Primer ocenjevanja ustreznosti zdravnikovih postopkov je še posebej zanimiv: strokovno ustreznost zdravnikovega ravnanja v nekem poljubnem primeru lahko namreč takrat, ko se je dogodek že zgodil in ko poznamo že vse njegove posledice, ocenjujemo skorajda (če nezanesljiva pričevanja odmislimo) zgolj na osnovi obstoječe medicinske dokumentacije. Iz

* Doc.dr.Vojko Flis, dr. med. Strokovni vodja kirurške klinike, Univerzitetni klinični center Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor; e-mail:vojko.flis@sb-mb.si

tega zornega kota je pomembno tudi vprašanje pravne varnosti v primeru odškodninske odgovornosti. V takih primerih gre za krivdno odgovornost z obrnjenim dokaznim bremenom (Obligacijski zakonik RS, 147.člen), kar pomeni, da mora tožena stranka dokazati, da ni ravnala napak. Slednje je brez urejene medicinske dokumentacije izjemno težko dokazljivo.

Razumljivo bi bilo, da bi bil moral zaradi navedenih in še številnih drugih razlogov tudi naš zakonodajalec to področje ustrezno urediti. Pa ga doslej žal še ni na ustrezen način[†]. Kajpak ta ugotovitev oziroma zakonodajalčeva brezbriznost zdravnika ne odvezujeta, da bi ne ravnal v skladu s tradicijo medicinskega poklica oziroma v skladu s splošnimi pravili o ravnanju s pomembno dokumentacijo v neki državi.

Očitno se je zakonodajalec v Republiki Sloveniji jasno zavedal, da je vprašanje medicinske dokumentacije izredno pomembno saj je v 54. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti zapisal, da so zdravstveni zavodi in zdravstveni delavci dolžni voditi zdravstveno dokumentacijo in druge evidence v skladu s posebnim zakonom, ki pa v celoti nikoli ni bil izdelan. Deloma področje posebne zakonodaje ureja ZZPPZ, sprejet julija 2000.

Takšno stanje (pomanjkanje jasnih navodil kako ravnati z medicinsko dokumentacijo) je pripeljalo do zelo anarhične prakse, do zmedenih in protislovnih navodil teh in onih ustanov ter organov in do številnih vprašanj. Zaradi obsežnosti problematike se na tem mestu ni mogoče dotakniti vseh. Omejili se bomo le na nekatera. V Sloveniji obstaja Zakon o varstvu osebnih podatkov (v nadaljevanju **ZVOP-1**), ki se smiselno uporablja za reševanje dela problemov, nastajajočih ob vprašanih medicinske dokumentacije. A ZVOP specifičnih vprašanj medicinske dokumentacije ne obravnava s potrebno pozornostjo in natančnostjo. Prav zaradi tega Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ) določa, da se z medicinsko dokumentacijo ravna po ZVOP in ostalih obstoječih predpisih, za katere pa znova ni povsem jasno, katera so in kako jih razlagati.

Zakon o varstvu osebnih podatkov (ZVOP)

Zakon o varstvu osebnih podatkov od svojega nastanka doživlja stalne spremembe (2). Zadnja pomembna sprememba je bila prenos odgovornosti za inšpekcijski nadzor na Informacijskega pooblaščenca (pooblaščenko). Toda vsem spremembam navkljub se zakon ne dotika specifičnih in pomembnih vprašanj o ravnanju z medicinsko dokumentacijo. Vendarle so številna določila ZVOP pomembna, saj zakon ureja zakonsko podlago za zbiranje podatkov, opredeljuje občutljive podatke, ureja varstvo posameznikov, zavarovanje osebnih podatkov (3.poglavje drugega dela ZVOP), obveščanje o zbirkah osebnih podatkov, pravice posameznika (III. del ZVOP), institucionalno varstvo osebnih podatkov in nadzor. Vseh poglavij se v podrobnostih na tem mestu ni mogoče dotakniti. Ogleдали si bomo le nekatera določila ZVOP, pri čemer je potrebno poudariti, da to nikakor ne pomeni, da so ostala določila ZVOP manj pomembna.

[†] Deloma ureja omenjeno področje Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ), sprejet julija 2000.

Prvi odstavek osmega člena ZVOP pravi, da se lahko zbirke podatkov, ki vsebujejo podatke osebne narave vzpostavijo, vodijo in vzdržujejo samo na podlagi zakona ali na podlagi pisne privolitve posameznikov, na katere se podatki nanašajo. Novi ZZPPZ omogoča navzkrižno sledenje zbirkam medicinskih podatkov, kar lahko povzroči številna protislovja. Iz tega določila bi lahko torej smiselno povzeli, da lahko zdravnik zbira le tiste podatke, za katerih zbiranje da bolnik pisno privolitev. Domnevna privolitev, na katero bi morda lahko sklepali iz dejstva, da je bolnik zdravnika obiskal prostovoljno, očitno ni v skladu s citiranim zakonom. Pisna privolitev povzroča v praksi težave, ko gre za napotitev bolnika v specialistično ambulantno obravnavo. Bolnik pisno privolitev običajno podpiše pri osebnem zdravniku, k specialistu pa je napoten z napotnico, ki je tudi pooblastilo za nadaljnje zdravljenje. Specialist običajno ne zahteva nove pisne privolitve za zbiranje podatkov (domneva se, da napotnica pomeni prenos tudi te vrste pooblastila), a odprto ostaja vprašanje ali si je tako privolitev dolžan pridobiti

Zakon upravljavcu zbirke podatkov tudi nalaga, da mora le-ta za vsako posredovanje osebnih podatkov zagotoviti, da je moč naknadno ugotoviti, kateri osebni podatki so bili posredovani, komu ter za kakšne namene. Zdravnik bi torej bil dolžan voditi posebno evidenco o tem, kdaj, kako, komu in katere osebne podatke bolnika je zakonito posredoval.

Ko govori zakon (ZVOP) o varstvu posameznika (drugo poglavje) jasno pravi, da ima vsakdo pravico do vpogleda v katalog zbirk podatkov in, da je s tem povezana pravica do prepisovanja podatkov, ki so v njem vsebovani.

Zakon jasno navaja še druge pravice posameznikov (30.člen ZVOP):

(1) Upravljavec osebnih podatkov mora posamezniku na njegovo zahtevo:

- omogočiti vpogled v katalog zbirke osebnih podatkov;
- potrditi, ali se podatki v zvezi z njim obdelujejo ali ne, in mu omogočiti vpogled v osebne podatke, ki so vsebovani v zbirki osebnih podatkov in se nanašajo nanj, ter njihovo prepisovanje ali kopiranje;
- posredovati izpis osebnih podatkov, ki so vsebovani v zbirki osebnih podatkov in se nanašajo nanj;
- posredovati seznam uporabnikov, katerim so bili posredovani osebni podatki, kdaj, na kakšni podlagi in za kakšen namen;
- dati informacijo o virih, na katerih temeljijo zapisi, ki jih o posamezniku vsebuje zbirka osebnih podatkov, in o metodi obdelave;
- dati informacije o namenu obdelave in vrsti osebnih podatkov, ki se obdelujejo, ter vsa potrebna pojasnila v zvezi s tem;
- pojasniti tehnične oziroma logično-tehnične postopke odločanja, če izvaja avtomatizirano odločanje z obdelavo osebnih podatkov posameznika.

(2) Izpis iz 3. točke prejšnjega odstavka ne more nadomestiti listine ali potrdila po predpisih o upravnem ali drugem postopku, kar se označi na izpisu.

Vpogleda v podatke in zahteve po prepisu ali prenosu **vsebine** upravičencu ni potrebno utemeljevati in je upravljavec podatkov ne sme z ničemer pogojevati. ZZPPZ domneva, da bi lahko minister za zdravstvo za medicinsko dokumentacijo vpeljal omejitve. Posameznik lahko naslovi zahtevo na upravljavca podatkov tudi ustno, modro pa je, da zaradi morebitnih sporov to stori pisno.

ZVOP določa tudi roke, v katerih mora upravljavec zbirke podatkov ugoditi zahtevi posameznika oziroma ga obvestiti o razlogih, zaradi katerih zahtevi ni oziroma ne bo ugodil (3). Glede vpogleda in prepisa podatkov je določeno, da mora biti posamezniku dovoljen takoj, najkasneje pa v sedmih dneh od dneva, ko je *upravljavec prejel zahtevo*. *Stroški izpisa ali kateregakoli drugega načina prenosa vsebine bremenijo posameznika, ki je vložil zahtevo*.

Posameznik, ki meni, da so bile kršene njegove pravice iz tega zakona, torej tudi **pravica do vpogleda v podatke**, s predlogom zahteva sodno varstvo, lahko pa se obrne tudi na Urad informacijske pooblaščenke.

Pravice posameznika v zvezi z varstvom osebnih podatkov je po dikciji ZVOP moč tudi omejiti (4), kar pozna tudi veljavni Zakon o zdravstveni dejavnosti, vendar pa tega omejevanja v skladu s spoštovanjem splošnih človekovih pravic ni mogoče razlagati restriktivno, kar se v praksi zelo pogosto dogaja.

Varovanje podatkov

ZVOP določa, da je podatke potrebno zavarovati na ustrezen način. V svojem 24. členu navaja naslednje:

(1) Zavarovanje osebnih podatkov obsega organizacijske, tehnične in logično-tehnične postopke in ukrepe, s katerimi se varujejo osebni podatki, preprečuje slučajno ali namerno nepooblaščen uničenje podatkov, njihova sprememba ali izguba ter nepooblaščen obdelava teh podatkov tako, da se:

- varujejo prostori, oprema in sistemsko programska oprema, vključno z vhodno-izhodnimi enotami;
- varuje aplikativna programska oprema, s katero se obdelujejo osebni podatki;
- preprečuje nepooblaščen dostop do osebnih podatkov pri njihovem prenosu, vključno s prenosom po telekomunikacijskih sredstvih in omrežjih;
- zagotavlja učinkovit način blokiranja, uničenja, izbrisa ali anonimiziranja osebnih podatkov;
- omogoča poznejše ugotavljanje, kdaj so bili posamezni osebni podatki vneseni v zbirko osebnih podatkov, uporabljeni ali drugače obdelani in kdo je to storil, in sicer za obdobje, ko je mogoče zakonsko varstvo pravice posameznika zaradi nedopustnega posredovanja ali obdelave osebnih podatkov.

(2) V primeru obdelave osebnih podatkov, ki so dostopni preko telekomunikacijskega sredstva ali omrežja, morajo strojna, sistemska in aplikativno programska oprema zagotavljati, da je obdelava osebnih podatkov v zbirkah osebnih podatkov v mejah pooblastil uporabnika osebnih podatkov.

(3) Postopki in ukrepi za zavarovanje osebnih podatkov morajo biti ustrezni glede na tveganje, ki ga predstavlja obdelava in narava določenih osebnih podatkov, ki se obdelujejo.

(4) Funkcionarji, zaposleni in drugi posamezniki, ki opravljajo dela ali naloge pri osebah, ki obdelujejo osebne podatke, so dolžni varovati tajnost osebnih podatkov, s katerimi se

seznanijo pri opravljanju njihovih funkcij, del in nalog. Dolžnost varovanja tajnosti osebnih podatkov jih obvezuje tudi po prenehanju funkcije, zaposlitve, opravljanja del ali nalog ali opravljanja storitev pogodbene obdelave.

Dolžnost zavarovanja leži na ramenih upravljalca podatkovne zbirke. Upravljavci osebnih podatkov in pogodbeni obdelovalci so dolžni zagotoviti zavarovanje osebnih podatkov na način iz 24. člena ZVOP. Upravljavci osebnih podatkov v svojih aktih predpišejo postopke in ukrepe za zavarovanje osebnih podatkov ter določijo osebe, ki so odgovorne za določene zbirke osebnih podatkov, in osebe, ki lahko zaradi narave njihovega dela obdelujejo določene osebne podatke.

Varovanje medicinskih podatkov v javnih zavodih v Sloveniji je že desetletja ena izmed najbolj šibkih točk ravnanja z medicinsko dokumentacijo. Paradoks je zgolj dejstvo, da je država, ki je zakonodajalec in pisec ZVOP, tudi lastnik javnih zavodov.

Problem izvirnikov

Primer:

Po zlomu roke so bolnika oskrbeli v bolnišnici. Za namene zdravljenja so roko večkrat slikali. Ko je bolnik hotel uveljavljati odškodnino pri svoji zavarovalnici, so tam zahtevali rentgenske slike poškodovane roke. V bolnišnici mu slik niso hoteli izročiti. Kako je to mogoče, če je bolnik po zakonu lastnik svojih osebnih podatkov?

Gre za pogosto vprašanje, ki v praksi vedno znova povzroča skorajda enake zagate. Medicina kot veda, v najširšem pomenu te besede, pozna številne posebnosti pri obravnavi in obdelavi podatkov. Takih posebnosti na drugih področjih življenja praviloma ni mogoče srečati v taki obliki. To je pomembno, kajti ravnanje z medicinsko dokumentacijo praviloma skušamo razložiti s smiselno uporabo različnih obstoječih zakonov, ki običajno ne upoštevajo posebnosti, pojavljajoče se na področju medicine.

Zgolj ena izmed posebnosti na področju medicine je izjemno raznovrstna raba nosilcev podatkov. Na tej ravni je namreč potrebno opozoriti na razliko med lastnino nosilca podatka (na primer papir, na katerem je zapis) in med lastnino vsebino podatkov. Lastnik vsebine je kajpak oseba, na katero se podatki nanašajo. Lastnik nosilca podatka je ustanova, kjer se podatki urejajo. Medicinski podatki so med ostalim v različnih bioloških vzorcih ali v taki obliki, ki je ni mogoče preprosto kopirati. ZVOP razlaga, da ima vsakdo načeloma pravico do vpogleda v svoje osebne podatke, upravljavcu osebnih podatkov pa nalaga, da posameznikom omogoči vpogled in prepis osebnih podatkov. Zaradi narave nekaterih medicinskih podatkov so lahko vpogled, prepis in kopiranje nezadostni postopki, potrdilo pa, ko gre za vsebino, skorajda neuporabno. Značilen primer bi bili vzorci tkiva, ki jih je mogoče oceniti zgolj pod mikroskopom. Prepisa ali kopiranja takih vzorcev ni mogoče zadovoljivo opraviti. Potrdilo, da obstajajo, vsebinsko ne zadošča. Opis vzorca pa je odvisen od strokovnjaka, ki je zmožen vzorec oceniti. Izvirnika vzorca pa praviloma ni dovoljeno odtujevati, saj se tako pojavi možnost, da se izgubi ali uniči ali spremeni edini obstoječi izvor podatkov.

Podobne, četudi nekoliko manj zahtevne okoliščine, spremljajo klasične rentgenske slike. Klasične rentgenske slike nastajajo na kosu klasičnega filma. Ko se film razvije, nastane

rentgenska slika. Taka slika je edini izvornik. Kopije ni mogoče napraviti na preprost način. Kopiranje je sicer možno, vendar le na redko dosegljivih mestih. Opis slike, ki ji je praviloma priložen, v nekaterih okoliščinah mnogokrat ne zadošča. Ena izmed takih okoliščin je obravnava škodnih dogodkov, kjer je morebiti potrebno preveriti ali je zlom res prav takšen, kot ga opisuje zapis, priložen sliki. Velikokrat je potrebno ponovno oceniti podrobnosti samega zloma. Tega razumljivo ni mogoče storiti brez izvornika. Izvornik je torej lahko še kako pomemben pri reševanju morebitnih sporov, tudi sodnih.

To je eden izmed razlogov, zakaj ustanove izvornike, ki jih ni mogoče kopirati ali kjer je kopiranje praktično neizvedljivo, hranijo na mestu nastanka in praviloma ne dovolijo njihovega prenosa. A to načelo povzroča v medicini velike zagate, saj je izvornik včasih zaradi reševanja urgence potrebno posredovati drugi ustanovi. Vendar je v večini primerov klasičnih rentgenskih slik zagate mogoče reševati tako, da si izvornike na mestu hranjenja ogleda izvedenec. Če gre za reševanje odškodninskega zahtevka iz naslova pogodbenega zavarovanja, lahko to stori izvedenec zavarovalnice.

Opisani primer kaže interpretacijo različnih zakonskih določil. Jasnih navodil, kako ravnati z izvorniki v medicini, namreč ni. A na osnovi doslej povedanega je moč reči, da ni videti posebno tehtnih razlogov, zakaj naj bi, ob pomanjkanju posebne in v Zakonu o zdravstveni dejavnosti celo napovedane zakonodaje, za medicinsko dokumentacijo veljala drugačna določila kot za ravnanje z ostalo pomembno dokumentacijo v državi. Ni videti tehtnih razlogov, denimo, zakaj naj bi bilo dovoljeno svobodno odnašanje ali celo dnevno prenašanje izvornih nosilcev medicinske dokumentacije: izvorniki se namreč lahko izgubijo, kar se dogaja zelo pogosto. **Izvornike je moč med prenašanjem popravljati za nazaj, jim dodajati ali odvzemati posamezne dele.** Odnášanje in prenašanje izvornih nosilcev medicinske dokumentacije lahko pomeni nastanek velike škode za številne vpletene: za posameznika (potrebni so nujni medicinski ukrepi ali nadaljnjo zdravljenje, pa v ustanovi ali ambulanti ni več podatkov o prejšnjem zdravljenju ali boleznih), za državo (zgolj kot zgled, ki pa ni edini: ni epidemioloških podatkov) ali za svojce (v primeru nesreče ni moč potrditi istovetnosti trupla, saj ni znano kje je izvorna medicinska dokumentacija - svojci tako ne morejo urediti in uveljavljati posmrtnih civilno pravnih zadev). V vsakem primeru pa odnašanje izvornikov lahko povsem onemogoči morebitni strokovni nadzor ali analizo morebitne strokovne napake ali postopek pred sodiščem. Izvirne vsebine podatkov v medicinski dokumentaciji pa prav tako ne morejo nadomestiti nekakšni povzetki o bolezenskem poteku.

V Švici in v Nemčiji pravna praksa ne dovoljuje izdajo ali prenos izvornikov medicinske dokumentacije (5). Vprašljivo je celo, ali po veljavnem Zakonu o kazenskem postopku (ZKP) v RS izvornike medicinske dokumentacije lahko zasežejo organi pregona ali javni tožilec! Zanimivo je dejstvo, da veljavni ZKP posebej obravnava denimo knjigovodstvo in vpogled v poslovne knjige, medicinske dokumentacije, ki je lahko še bolj pomembna od nekkih števil, pa ne obravnava posebej. Toda ko govorimo o **bolniku, ima le-ta vedno pravico do prepisa ali drugega ustreznega prenosa izvirne vsebine svojih podatkov ne pa do odnašanja izvornih nosilcev podatkov! Odnese kopije je namreč vedno moč primerjati z izvornikom.** Pri odnesenem in morebiti popravljenem izvorniku pa velikokrat ne bo možno reči kaj se je z izvornikom dogajalo (kar je še posebej pomembno v sodobnem obdobju računalništva, ko so izvorni podatki zapisani na takšnih nosilcih podatkov, kjer so možne hitre in praktično neopazne spremembe izvornih podatkov).

Vprašljivo je tako tudi, ali lahko v izjemnih primerih, ko morda zaradi tehnične zaostalosti ni možno prenesti izvirne vsebine (recimo ni mogoče napraviti kopij rentgenskih slik), zdravnik izvornike izroči iz svojega arhiva. Morda je možno zagovarjati stališče o prenosu izvirnih podatkov v posebnih okoliščinah, kot ga denimo pozna slovenski Pravilnik o sestavi in vodenju evidence arhivskega gradiva (6), ki predvideva, da je izvornike moč prenesti tudi v drugi arhiv (po analogiji bi lahko govorili o prenosu izvirne medicinske dokumentacije k drugemu zdravniku), vendar za to zahteva vodenje posebne evidence, kjer je (8.člen omenjenega pravilnika) celo zapisano, da se besedilo v prevzemni knjigi ne sme nikoli brisati ali popravljati in koder mora biti natančno zapisano kateri fond (ali njegov del) arhivskega gradiva je bil prenesen. Možno si je torej predstavljati, da bi bil pod podobnimi pogoji možen prenos izvornikov medicinske dokumentacije k drugemu zdravniku (denimo prenos dokumentacije pri menjavi osebnega zdravnika).

Vpogled v medicinsko dokumentacijo

Razpolaganje z zaupnimi informacijami v zdravstvu ureja več zakonskih predpisov, kar znova odpira številna vprašanja. Ponovno si bomo ogledali le nekatera. ZVOP dovoljuje bolnikom vpogled v svoje podatke, ne govori pa o tem, kolikšna naj bosta obseg in vsebina vpogleda. Sedeminštirideseti člen Zakona o zdravstveni dejavnosti pravi (sedmi odstavek), da ima vsakdo pod enakimi pogoji pravico do vpogleda v svojo zdravstveno dokumentacijo, razen če zdravnik oceni, da bi to škodljivo delovalo na bolnikovo zdravstveno stanje. Enainpetdeseti člen istega zakona pa pravi:

“Zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci so dolžni varovati kot poklicno skrivnost podatke o zdravstvenem stanju posameznika in o vzrokih, okoliščinah in posledicah tega stanja.

Podatke iz prejšnjega odstavka so dolžne varovati kot poklicno skrivnost tudi osebe, ki so jim ti podatki dosegljivi zaradi narave njihovega dela. Podatki iz prvega člena tega odstavka se ne smejo dajati drugim ljudem oziroma javnosti in tudi ne objavljati na način, ki bi pomagal razkriti posameznika, na katerega se nanašajo. Dolžnost varovanja poklicne skrivnosti lahko zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca razreši prizadeta oseba sama ali sodišče, za mladoletne osebe in za osebe pod skrbništvom pa starši oziroma skrbniki. Podatke o zdravstvenem stanju bolnika lahko daje bolnikovim ožjim sorodnikom ali skrbniku le zdravnik, ki bolnika zdravi.

V primeru premestitve ali preselitve bolnika ali če bolnik izbere drugega zdravnika, je potrebno vso zdravstveno dokumentacijo o bolniku predati zdravniku, ki nadaljuje zdravljenje.”

Številna zakonska določila s tega področja, ki obravnavajo zaupnost podatkov, ustvarjajo pomembna protislovja. Tako lahko naprimer zastavimo naslednji vprašanja:

- Koliko podatkov lahko zdravnik bolniku zamolči (zakon dovoljuje zdravniku povsem arbitrarno oceno o tem katero in kako obsežno razkritje podatkov lahko škodljivo vpliva na bolnikov zdravstveno stanje)?
- Pasivna oblika dikcije, da je v primeru bolnikove premestitve potrebno vso medicinsko dokumentacijo predati drugemu zdravniku nič ne govori o tem, kdo naj izvrši takšno predajo in nič o tem kdo naj jo zahteva ter kaj naj se preda? Ali se mora

takšna predaja izvršiti samodejno (brez bolnikove vednosti) in ali naj se celo predajo izvorniki? Med potekom predaje lahko ponikne velik del dokumentacije.

Če znova smiselno razlagamo ZVOP in ostale pravne razlage, potem je "lastnik" podatkov bolnik in v **samo izjemno redkih** primerih, ko bo zdravnik domneval, da bo prišlo do škode za bolnikovo zdravje mu bo zdravnik lahko v nekem obsegu (ki pa ne sme biti vseobsežen) omejil vpogled vanje. Še največkrat se po svetu to določilo uporablja v zvezi s psihiatrično dokumentacijo, ki je poseben primer in ga kajpak ni za posploševati na vso ostalo medicinsko dokumentacijo. V psihiatrični dokumentaciji se namreč zaradi narave dela zbirajo podatki o tretjih osebah. Ni videti veliko razlogov, zakaj naj bi bolnik ob običajnem vpogledu lahko imel dostop do takih podatkov.

Posebno poglavje so tudi zdravnikovi osebni zapiski, ki nastajajo zaradi zahtev samega poklica. Zdravnik take zapiske dela, da lahko ureja diferencialno diagnostične probleme, da ob množici podatkov uredi miselne vzorce, da si dela opombe ob pomembnih domnevah in podobno. Gre seveda za zdravnikov intelektualno lastnino, hkrati pa za zapise, ki jih je izven konteksta mogoče povsem napačno razumeti, ali jih hote napačno razlagati. Tudi pri tem primeru ni videti veliko razlogov, zakaj naj bi bolnik ob običajnem vpogledu lahko imel dostop do takih podatkov.

Seveda vse naštetu velja samo takrat, ko skuša bolnik pravico do vpogleda v svojo lastno dokumentacijo uveljavljati na ravni medosebnih odnosov s svojim zdravnikom. Takoj, ko bolnik vključi sodišče, se bo zdravnik zelo težko izognil pregledu celotne medicinske dokumentacije. Zdravnik sicer lahko izjavi, da je dokumentacijo izgubil (namenoma jo skriva ali uniči), a s tem dejanjem izgubi zdravnik tudi verodostojnost v vsej nadaljnji obravnavi primera in se zaradi tega celo lahko izpostavi dodatnim pravnim presojam.

Primerjalni pregled nekaterih vprašanj

Načelno evropske zakonodaje, ko gre za bolnikov objektivne podatke, zdravnikom ne dopuščajo veliko arbitrarnosti pri omejevanju vpogleda. Podobno določilo (ko bi razkritje podatkov lahko škodovalo bolnikovemu zdravju) poznata tudi nemška ali avstrijska zakonodaja (ki ju znova navajamo zgolj kot možna zgleda) kjer pa ga razlagajo izrazito ozko (7). Torej bolnik ima pravico do vpogleda v svojo dokumentacijo vedno, izjeme pa naj bodo redke. Enako velja za prenos podatkov: prenos lahko zahteva zgolj bolnik, noben zdravnik kot upravljavec zaupanih mu podatkov ne sme izvornikov samovoljno prenašati, razne v primerih ko to izrecno določa zakonodaja

V Švici je natančno predpisano, na kakšen način mora zdravnik skrbeti za medicinsko dokumentacijo. Natančno imajo tudi predpisano, kakšno dokumentacijo in v kakšnem obsegu jo je zdravnik dolžan voditi. Hkrati imajo tudi navodila o tem, kako dolgo je zdravnik dolžan varovati izvornike medicinske dokumentacije (8).

Še posebej natančno imajo po svetu urejena pravila o tem, kaj se bo dogodilo z medicinsko dokumentacijo ob zdravnikovi smrti (dokumentacija lahko preide na zdravnikovega naslednika - bodisi v zasebni ordinaciji bodisi v javni ustanovi) ali ob bolnikovi smrti.

Ob zdravnikovi smrti predaja ni samoumevna. **Lastnik podatkov je namreč prizadeti bolnik** in le ta ter zgolj on odloča ali bo njegova medicinska dokumentacija prešla v roke drugega ali ne.

V Švici izvornikov medicinske dokumentacije ni dovoljeno odnašati iz zdravnikovih prostorov. Bolnik ima vedno pravico do vpogleda v svoje medicinske podatke. Izvornikov ne sme odnašati, pravico pa ima do fotokopij ali pravno overjenih izpisov. Toda tudi v Švici je sporno, ali ima bolnik pravico do vpogleda v vso medicinsko dokumentacijo. Ali drugače: sporno je vprašanje kolikšen obseg dokumentacije naj bi bil bolniku dosegljiv. Morda je imel slovenski zakonodajalec prav to v mislih, ko je dejal, da lahko zdravnik odkloni vpogled v zdravniško dokumentacijo takrat, ko bi to škodljivo vplivalo na bolnikovo zdravstveno stanje. Seveda pa tega določila v skladu s pravicami o bolnikovih in človekovih pravicah v Evropi ne smemo razlagati restriktivno, temveč predvsem permisivno.

V Švici bolnik nima vpogleda zgolj v tiste podatke, ki bi lahko prizadeli tretjo osebo (zdravnikovi osebni zapiski o tretji osebi, ki je morebiti vpletena v bolezenski potek nekega zdravljenja) in v osebne zapiske zdravnika. Prav tako bolnik nima pravice do vpogleda v tiste podatke, ki bi lahko prizadeli zdravnikovo osebnost.

V Švici je tako potrebno omogočiti vedno in brez izjem vpogled v vse podatke, ki se nanašajo na bolnika in na njegovo zdravljenje.

V Združenih državah Amerike (ZDA), kjer velja anglosaška pravna ureditev, ki se precej razlikuje od evropske, imajo prav tako zelo natančna navodila o vodenju medicinske dokumentacije. Navodila, denimo, zahtevajo, da se podatki o medicinskih dogodkih vpisujejo znotraj 30. minutnega časovnega razdobja, ko se je dogodek primeril in navodila izjemno ostro preprečujejo in sankcionirajo kakršnokoli **popravljanje medicinskih podatkov za nazaj**. Za nazaj popravljeni ali manjkajoči podatki vedno hudo bremenijo zdravnika, pa četudi le-ta morda v resnici ni storil nič nepravilnega. Za nazaj podatkov po omenjenih določilih enostavno ni moč spreminjati. Podobno določilo sedaj vpeljuje novi ZZPPZ.

Položaj v Nemčiji je precej podoben tistemu v ZDA, kar je presenetljivo, saj gre za dva zelo različna pravna sistema. Glede na pomembnost beleženja medicinskih podatkov pa stvar sploh ni presenetljiva. Vse, kar bomo povedali za nemški sistem, velja skorajda za celotno osrednjo Evropo.

V Nemčiji je zdravnikova **dolžnost** vodenja medicinske dokumentacije zakonsko zelo natančno določena. Zakonsko sta natančno določena obseg in vsebina dokumentov, ki jih je zdravnik **dolžan** beležiti (9).

Nemška pravna regulativa zahteva, da zdravnik hrani pomembne dokumente o anamnezi, ugotavljanju bolezni in njenem zdravljenju. Vse diagnostične in zdravilne postopke je potrebno zabeležiti. Posebej pozorno je potrebno voditi protokole o invazivnih posegih (zapisnik o operaciji, zapisnik o narkozi, zapisnik o angiografiji, ipd). Zelo pomembni so podatki o časovnem poteku posameznih postopkov in o časovnem vnosu podatkov, ki jih je zdravnik dolžan voditi posebej skrbno (denimo, kdaj in na kašen način mu je bolnik sporočil svoje težave, kdaj so bile preiskave odrejene, kdaj so prišli izvidi, kdaj je bila

operacija odrejena in kdaj opravljena, ipd). Zdravnik je dolžan zapisati celo sum na diagnozo neke bolezni, ki morebiti sploh še ni potrjena, če bi le ta lahko hudo ogrožala bolnikovo zdravje.

Vnosi podatkov v medicinsko dokumentacijo morajo biti redni in hitri. Daljši časovni zamiki vnosov niso dovoljeni. Pomanjkljivo vodena medicinska dokumentacija lahko ima v primeru spora za zdravnika hude posledice. Velja namreč pravilo obrnjenega dokaznega bremena: v primeru pomanjkljive medicinske dokumentacije je zdravnik samodejno tisti, ki mora dokazovati, da ni napravil domnevne napake. Bolniku ni potrebno dokazovati, da je zdravnik ravnal napačno. Odgovornost za skrbno vodenje dokumentacije je v primeru zasebnikov na njihovih ramenih, v primeru javnih zavodov pa na plečih zavoda, kjer je notranja stvar zavoda, kako bo uredil vodenje dokumentacije pri skupinskem zdravljenju bolnika, torej takrat, ko v procesu zdravljenja sodeluje hkrati več zdravnikov (podobno bi bilo v Sloveniji).

Leta 1982 je BGH (kratica za Nemško državno sodišče), ki je omenjenega leta v številnih sodbah presojalo o bolnikovi pravici do vpogleda v svojo medicinsko dokumentacijo. Pomembne odločitve so bile objavljene v Neue Juristische Wochenschrift (NJW) (10). poglobljeno obravnavalo vprašanje bolnikove pravice do vpogleda v svojo medicinsko dokumentacijo in je bistveno spremenilo dotedanjo prakso v ZRN, ko so bolnikom omejevali dostop do podatkov. Sodišče je prišlo do sklepa, da nihče bolniku, če bolnik izrazi jasno in resno željo do vpogleda v svojo medicinsko dokumentacijo, ki je nastala zgolj na osnovi bolnikovega naročila ("naročilo" se dogodi, ko bolnik obiše zdravnika in ni pomembno ali je plačnik zavarovalnica ali bolnik sam), ne more in ne sme preprečiti vpogleda. Sodišče je odločilo, da ima bolnik načeloma pravico do vpogleda v vse podatke v dokumentaciji, kar zajema anamnezo, diagnozo, zdravlilne postopke in prognozo. Sodišče je tudi presodilo, da bolniku iz terapevtskih razlogov (domnevna škoda za zdravje[‡]) **ni mogoče omejiti** vpogleda v njegove medicinske podatke. Bolnik ima ob tem pravico do vpogleda v **izvirnike** in lahko s seboj vedno pripelje zdravnika, ki mu zaupa, da mu podatke verodostojno razloži.

Ko je nemško državno sodišče v civilnih zadevah presojalo o omejitvah do vpogleda, je presodilo, da naj bo ta možnost le redka izjema, omejena zgolj na zdravnikove zelo subjektivne zapise, ki morebiti lahko prizadenejo tretje osebe. Položaj je v Zvezni republiki Nemčiji torej podoben kot v Švici. Seveda to velja le za okoliščine, ko vpogled v svoje lastne podatke zahteva bolnik. Sodišče lahko ima v primeru rednega sodnega postopka pravico do vpogleda v vse podatke.

Nemško državno sodišče v civilnih zadevah je omejevanje bolnikove pravice do vpogleda v njegove lastne podatke celo še bolj natančno razložilo in še bolj zožilo ter omejilo samo na posamezne primere psihiatričnega ali psihoterapevtskega obravnavanja. A tudi v takšnih primerih je sodišče postavilo omejevanju omenjene pravice meje. Po sodbi sodišča ima tudi psihiatrični bolnik neomejeno pravico do vpogleda v vse objektivne medicinske

[‡] Sodišče razlaga, da gre za izjemne primere, ko bi razkritje medicinskih podatkov morebiti tako porušilo psihično stanje bolnika (kar je redko!), da bi le ta postal nevaren sebi ali drugim. Praviloma namreč razlaga položaja in vpogled v medicinske podatke pomagata pri zdravljenju, kajti bolnik tako veliko bolje sodeluje v procesu zdravljenja kot če je puščen v nevednosti.

podatke (laboratorijske, rentgenske izvide, ipd), psihiater mu pa lahko omeji ali prepreči vpogled, kar seveda ni nujno, v svoje osebne zapiske ter ocene, katerih razkritje bi lahko hudo motilo proces zdravljenja ali razmerje med bolnikom in psihiatrom. Bolnik kajpak lahko v primeru spora **vedno** po sodni poti zahteva vpogled v **vso** svojo medicinsko dokumentacijo.

Vpogled v podatke po smrti bolnika

Pomembne zagate v zvezi z medicinsko dokumentacijo se praviloma pojavljajo po bolnikovi smrti. Zdravnika namreč veže poklicna molčečnost tudi po bolnikovi smrti. Le redki evropski bolniki in še redkejši slovenski (v ZDA je stanje drugačno) v zadnji izjavi svoje volje (oporoki) zdravnike razrešijo obveze molčanja oziroma svojce pooblastijo za vpogled v medicinsko dokumentacijo po svoji smrti.

Enako kot pri številnih drugih vprašanjih o medicinski dokumentaciji se tudi pri zahtevah svojcev po vpogledu v dokumentacijo umrlega uporabljajo številni zakoni[§]. Zdravnik je dolžan na primer varovati zdravniško skrivnosti tudi po bolnikovi smrti. Neupravičeni posmrtni vpogled v medicinsko dokumentacijo lahko škoduje časti in ugledu umrlega (svojci lahko izvedo o umrlem dejstvu, ki jim jih umrli za časa svojega življenja nikakor in nikoli ne bi sporočil). Ne glede na morebitno ne povsem razrešeno pravno stanje v Sloveniji ali sodi v zapuščino umrlega tudi njegova medicinska dokumentacija (**njena vsebina !**) in ali jo torej svojci dedujejo ali ne (11) (morda bi le lahko sklepali, da v Sloveniji za umrlim postanejo lastniki vsebine podatkov svojci, kajti umrli je bil za časa svojega življenja “naročnik” in plačnik zbiranja medicinskih podatkov in tako tudi njihov “lastnik”, lastnik vsebine) pa ne more obstajati dvom, da lahko najbližji svojci umrlega izkažejo **pravni interes do pravice vpogleda** vsaj v nekatere medicinske podatke umrlega.

Lahko gre za vprašanja očetovstva, vprašanja izplačila zavarovalnine, vprašanja prenosa genetskih bolezni ali celo za vprašanja prenosa drugih nalezljivih bolezni, koder lahko odgovori bistveno vplivajo na življenje dedičev ali celo ostalih državljanov neke države. Lahko gre tudi za upravičene ali neupravičene dvome svojcev ali je bil umrli pravilno zdravljen, pa se prav zaradi dvomov pred vpogledom v določene medicinske podatke ni mogoče odločiti za ovadbo, kazenski pregon ali morebitno civilno pravdo.

V nemški pravni praksi je dovoljen vpogled v medicinsko dokumentacijo dedičem ali svojcem umrlega saj Nemško državno sodišče sodi, da gre v primeru medicinske dokumentacije za stvar, ki se lahko deduje in da gre podatke, ki so lahko zelo pomembni za nadaljnje ekonomsko ali drugo življenje dedičev oziroma svojcev. Takšen vpogled je dovoljen vedno, ko ni v hudem nasprotju z zdravnikovo zavezanostjo poklicni molčečnosti. Predstavljati si je torej moč, da imajo svojci ali dediči pravico do vpogleda v tiste medicinske podatke o umrlem, katerih razodetje ne bi kršilo časti ali dobrega imena umrlega ali katerih razodetje ne bi škodovalo tretjim osebam. V nemški pravi praksi o tem, katerih podatkov svojcem ali dedičem umrlega ni moč razodeti sicer lahko arbitrarno

[§] Pravica do vpogleda v svoje medicinske podatke je osebna pravica, ki s smrtjo usahne. Tako se ne prenaša na svojce.

odloča zdravnik umrlega, toda Nemško državno sodišče sodi(12), da je ta zdravnikova pravica močno omejena in da imajo dediči praviloma pravico do vpogleda v vso medicinsko dokumentacijo umrlega.

Zdravnik se z namenom, da bi se izognil vpogledu dedičev v medicinsko dokumentacijo umrlega, ko gre za njihov pravno izkazan interes (dediči denimo trdijo, da je šlo morebiti za nepravilno zdravljenje), ne more absolutno sklicevati na morebitno domnevno voljo umrlega in trditi, da je umrl še za časa svojega življenja takšen vpogled prepovedal ali da ga veže **absolutna** zdravniška molčečnost (tudi v Sloveniji zdravnikova zavezanost k poklicni molčečnosti ni absolutna **). V izogib možnosti, da bi v končni instanci zgolj in samo zdravnik odločal, v katere podatke lahko imajo svojci vpogled, mora zdravnik konkretno in natančno razložiti zakaj določenih podatkov ni pripravljen posredovati svojcem. Zgolj načelni izgovori, kot denimo izgovor, da bi vpogled lahko škodoval časti ali ugledu umrlega, ne zadostujejo¹⁸.

Ko gre za sodne procese, lahko sodišče mimo zdravnikove volje odloči, pač glede na okoliščine posameznega primera, da je potrebno brez izjeme pregledati vso medicinsko dokumentacijo. Po Zakonu o kazenskem postopku se lahko dogodi, da bo prišlo do zasega vse medicinske dokumentacije in to celo izvirnikov(13)! Zaseg izvirnikov medicinske dokumentacije je pravno teoretično sicer morda lahko sporen, toda zasega vsebine izvirnikov ne bo možno preprečiti.

Kajpak lahko ustrezni tožilec v primeru utemeljenega suma, da je bilo med zdravljenjem storjeno kaznivo dejanje, kar sam odloči o pričetku pregona in zahteva zavarovanje dokazov, kar bi lahko pomenilo zaseg celotne vsebine medicinske dokumentacije ne pa tudi, vsaj po našem mnenju, zasega izvirnikov.

Načelno pa je mogoče reči, da Zakon o varstvu osebnih podatkov v RS ureja, da je mogoče podatke o umrlih osebah posredovati svojcem v skladu z zakonom, ki ureja dedovanje. To pomeni, da ima pravico do dostopa podatkov umrlega zakoniti dedič prvega ali drugega dednega reda, če izkaže pravni interes, umrli pa ni pisno prepovedal posredovanja teh osebnih podatkov. *Takšna dikcija zakona onemogoča neposredno in preprosto posredovanje podatkov svojcem umrlega.* Dednega reda namreč ni mogoče natančno

** A.) Izjeme dolžnosti varovanja poklicne skrivnosti so predpisane in so v osebnem ali javnem interesu: če ne prijavimo kaznivega dejanja, ki se lahko kaznuje z zaporno kaznijo daljšo od treh let, se sami spravimo v položaj, ko nas lahko tožilec uradno preganja (286. člen Kazenskega zakonika RS (KZRS) - *Opustitev ovadbe kaznivega dejanja ali storilca*).

B.) Zakon o varstvu prebivalstva pred nalezljivimi boleznimi predpisuje dolžnost prijave primera nalezljive bolezni (podobno tudi 188.člen KZRS).

C.) V zakonu o cestnem prometu je predpisana dolžnost prijaviti poškodbe v prometni nezgodi.

D.) Zdravnik lahko skrivnost izda tudi v posebnih primerih skrajne sile, kot jo dopušča 153. člen KZRS. Ta člen v svojem drugem odstavku govori, da se ne kaznuje zdravnik, ki je izdal poslovno skrivnost:

- če je to storil zaradi splošne koristi (denimo, da pove o začetkih bolezni, ki lahko sproži epidemijo)
 - če je to storil zaradi koristi koga drugega (če npr. sporoči ženi pacienta, da je mož spolno bolan).
- Vendar velja to samo pod pogojem, da je korist drugega večja od pomena skrivnosti. Ocena, kateri interes ima prednost, je prepuščena le zdravnikovi presoji.

ugotavljati brez izpiska iz matične knjige. Običajno se v takih primerih podatki svojem posredujejo preko pravne službe zdravstvenih zavodov ali na drug, pravno ustrezen način.

Institucionalno varstvo osebnih podatkov

Država se v ZVOP postavlja v vlogo varuha ravnanja z osebnimi podatki in zakonsko določa nadzorni organ za varstvo osebnih podatkov. Po zakonu je to Informacijska pooblaščenka (pooblaščenec)(14). Informacijska pooblaščenka ima med drugimi pristojnostmi tudi pristojnost opravljanja inšpekcijskega nadzora po zakonu, ki ureja varstvo osebnih podatkov.

ZVOP razlaga, da se za opravljanje inšpekcijskega nadzora uporabljajo določbe zakona, ki ureja inšpekcijski nadzor, kolikor ZVOP ne določa drugače. Po ZVOP ima nadzornik, opravljajoč inšpekcijski nadzor, pravico pregledovati vsebino osebnih podatkov ne glede na njihovo zaupnost ali tajnost. Nadzornik ima tudi pristojnost pregledovati prostore, v katerih se obdelujejo osebni podatki, računalniško in drugo opremo ter tehnično dokumentacijo. V drugem zakonu lahko najdemo nekoliko drugačno odredbo. Zakon o inšpekcijskem nadzoru (UL RS, 56/02) v svojem 21. členu, kjer govori o vstopu inšpektorjev v prostore, ki ne pripadajo zavezancu, pravi, da se sme odkloniti vstop v prostore v primerih, ko bi vpletena oseba z ogledom prekršila dolžnost ali pravico varovati poslovno, poklicno, umetniško ali znanstveno tajnost, ali v drugih primerih, pri katerih bi z ogledom bila kršena dolžnost, da mora ohraniti kot tajnost tisto, kar je izvedela kot duhovnik, odvetnik, zdravnik oziroma pri opravljanju drugega poklica ali dejavnosti, ki vsebuje enako obveznost. In četudi ZVOP pravi, da se za opravljanje inšpekcijskega nadzora uporabljajo določbe zakona, ki ureja inšpekcijski nadzor, kolikor ZVOP ne določa drugače (in ZVOP v tem primeru določa drugače), ostaja dvomljivo, kako ravnati ob inšpekcijskem nadzoru.

Sporno ostaja tudi dejstvo, da lahko po nekaterih razlagah nadzornik pregleduje zasebne podatke bolnikov, ki niso neposredno vpleteni v razreševanje primera, ne da bi bolniki za to sploh vedeli. Taka razlaga omogoča, da se bolnik znajde v preiskavi (pa četudi gre za upravni postopek) brez njegove vednosti in brez pravega varovanja zasebnosti.

Iz medicinskega zornega kota je nenavaden tudi tisti del ZVOP, ki govori o neposrednem trženju in pravicah in dolžnostih upravljavca zbirke podatkov. Prvi odstavek 72. člena ZVOP pravi, da upravljavec osebnih podatkov lahko uporablja osebne podatke posameznikov, ki jih je zbral iz javno dostopnih virov ali v okviru zakonitega opravljanja dejavnosti, tudi za namene ponujanja blaga, storitev, zaposlitev ali začasnega opravljanja del z uporabo poštnih storitev, telefonskih klicev, elektronske pošte ali drugih telekomunikacijskih sredstev (v nadaljnjem besedilu: neposredno trženje) v skladu z določbami tega poglavja, če drug zakon ne določa drugače.

ZVOP pozna sicer omejitve, ki pa ne zmanjšujejo vtisa, da zakonodajalec s tem členom sledi namenu, ki ni združljiv z varovanjem občutljivih podatkov in osnovnimi poslanstvi zdravniškega poklica. ZVOP pravi, da lahko upravljavec osebnih podatkov za namene neposrednega trženja uporablja le naslednje osebne podatke, ki jih je zbral v skladu s prejšnjim odstavkom: osebno ime, naslov stalnega ali začasnega prebivališča, telefonsko številko, naslov elektronske pošte ter številko telefaksa. Na podlagi osebne privolitve

posameznika lahko upravljavec osebnih podatkov obdeluje tudi druge osebne podatke, občutljive osebne podatke pa le, če ima za to osebno privolitev posameznika, ki je izrecna in praviloma pisna. A s tem, ko zakonodajalec načeloma dovoljuje uporabo občutljivih osebnih podatkov v tržne namene, omogoča tudi pritiske na lastnike osebnih podatkov, ki jih sicer ne bi bilo.

Zaključek

Ob pomanjkanju ustrezne zakonodaje se za ravnanje z medicinsko dokumentacijo najbolj pogosto uporablja Zakon o varovanju osebnih podatkov. Zakon ni pisan posebej za ravnanje z medicinsko dokumentacijo in odpira številna vprašanja, ki jih ostali zakonski akti tudi ne rešujejo na zadovljiv način. Slovenska zakonodaja posveča nezadostno pozornost medicinski dokumentaciji. Zakoni, ki urejajo to izjemno občutljivo področje, so nepopolni, nedorečeni in razpršeni. To prinaša številne probleme, ki se ne dotikajo zgolj ozkega področja medicine ali zdravstvenega varstva in ki jih je velikokrat tudi ob interpretativni uporabi obstoječih predpisov nemogoče zadovoljivo rešiti.

Literatura

1. Flis V. Evropske smernice o zasebnosti in zaupnosti v zdravstvenem varstvu. ISIS, november 2006.
2. ZVOP-1, Uradni list RS, št.86/04; ZVOP-1A, Uradni list RS, št.67/07.
3. Čebulj J. Varstvo osebnih podatkov z zakonom in pojasnili. Inštitut za javno pravo pri Pravni fakulteti v Ljubljani. Ljubljana 1990, 57.
4. Čebulj J. Varstvo osebnih podatkov z zakonom in pojasnili. Inštitut za javno pravo pri Pravni fakulteti v Ljubljani. Ljubljana 1990, 69.
5. BGH, NJW (Neue Juristische Wochenschrift), 1986 str.1551.
6. Pravilnik o pogojih za rabo arhivskega gradiva. Uradni list RS 1981, št.34.
7. Bernat E. Zdravnikova pojasnilna dolžnost - prikaz iz avstrijskega prava. V Flis V et al eds. Medicina in pravo. Maribor 1995, 99-119.
8. Die Krankengeschichte. Vademecum für den Ärzte. FMH, 1991.
9. Francke R, Hart D. Ärztliche Verantwortung und Patienteninformation. Enke Verlag. Stuttgart 1987, 3-23.
10. Neue Juristische Wochenschrift (NJW) 1983-str.328 in NJW 1985-str.674.
11. Zupančič K. Dedovanje. Zbirka predpisov z uvodnimi pojasnili. ČZP Uradni list RS. Ljubljana 1992, 15-263.
12. BGH, NJW (NJW=Neu Juristische Wochenschrift) 1983, str.2627, 2629.
13. Zakon o kazenskem postopku (220.člen).ČZ Uradni list RS. Ljubljana 1994, str. 116.

BOLEZNI SRCA IN OŽILJA

REGISTRIRANJE POJAVOV/DOGODKOV NA PODROČJU BOLEZNI SRCA IN ŽILJA – SEDANJOST IN PRIHODNOST

Zlatko Fras^{*}, Lijana Zaletel Kragelj, Jerneja Farkaš^{**}, Ivan Eržen^{***}

Izvleček

Spremljanje stanja na področju bolezni srca in žilja (BSŽ) postaja v zadnjih letih ena pomembnejših javnozdravstvenih aktivnosti v številnih državah, še posebej v razvitem delu sveta, saj v le-teh BSŽ sodijo v sam vrh velikih javnozdravstvenih problemov. Med take države se uvršča tudi Slovenija. Pri boleznih, ki sodijo med velike javnozdravstvene probleme, se v svetu običajno organizirano spremlja in registrira različne pojave/dogodke, ki pomagajo oceniti različne vidike problema. Najpogosteje se spremlja umrljivost zaradi teh bolezni (registriranje vzrokov smrti). Pri nekaterih boleznih se spremlja njihova razširjenost (registriranje samega pojava bolezni), ponekod pa tudi ogroženost za nastanek pojava (registriranje dejavnikov, ki vplivajo na nastanek bolezni). Na področju spremljanja BSŽ v Sloveniji že dolga desetletja spremljamo umrljivost, v letu 2002 pa je bil vzpostavljen tudi Register oseb, ki jih ogrožajo kardiovaskularne bolezni, ne registriramo pa samega bolezenskega pojava.

Ključne besede: bolezni srca in žilja, epidemiologija, registriranje

Bolezni srca in žilja kot velik javnozdravstveni problem

Po dostopnih podatkih so bolezni srca in žilja (BSŽ) vodilni vzrok umrljivosti prebivalcev v številnih državah razvitejšega dela sveta (1, 2). Tudi v Sloveniji so BSŽ vodilni vzrok smrti (1, 3), v letu 2004 je tako na 100.000 prebivalcev za vsemi vzroki smrti umrlo 739 prebivalcev, od tega zaradi bolezni obtočil oziroma BSŽ 277, za ishemično boleznijo srca pa 82. V istem letu je v petnajstih državah Evropske unije (EU) (EU pred veliko širitvijo) na 100.000 prebivalcev za vsemi vzroki smrti umrlo 626 prebivalcev, zaradi bolezni obtočil oziroma BSŽ 221, za ishemično boleznijo srca pa 84 prebivalcev. S staranjem prebivalstva problem, oziroma družbeno breme BSŽ še narašča.

^{*} dr. Zlatko Fras, dr.med., spec. internist, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Interna klinika, Klinični oddelek za žilne bolezni

^{**} dr. Lijana Zaletel-Kragelj, dr.med., spec. epidemiolog, Jerneja Farkaš, dr.med., Katedra za javno zdravje Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani

^{***} dr. Ivan Eržen, dr.med., spec. epidemiolog, Slovensko društvo za medicinsko informatiko

Podatki kažejo, da so BSŽ tudi zelo razširjene, še zlasti, če pri tem upoštevamo, da v to skupino bolezni uvrščamo tudi številne zdravstvene pojave, od katerih so na primer nekateri popolnoma ali vsaj deloma ozdravljivi (kot na primer zvišan krvni tlak), drugi pa so lahko za človeka usodni (kot na primer srčni ali možganski infarkt). Epidemiološki podatki kažejo, da incidenca in prevalenca BSŽ nenehno naraščata (4). Trenutno lahko v Sloveniji razširjenost te skupine bolezni ocenjujemo le približno, predvsem na podlagi presečnih preglednih raziskav po metodologiji programa CINDI (kratica za Countrywide Integrated Non-communicable Diseases Intervention programme) Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) (5-8). Po podatkih zadnje raziskave CINDI o dejavnikih tveganja za kronične nenalezljive bolezni, ima na primer okoli 43% odraslih prebivalcev Slovenije urejeno ali neurejeno arterijsko hipertenzijo (8). Ali imamo podatke iz CINDI 2002/3, koliko oseb ima manifestno BSŽ?

Zelo so razširjeni tudi dejavniki, ki vplivajo na nastanek BSŽ, še posebej tisti, ki so posledica določenega načina obnašanja, navad oziroma razvad, ali t.im. vedenjski dejavniki tveganja. Obsežne raziskave o razširjenosti vedenjskih dejavnikih tveganja pri odraslih prebivalcih Slovenije (9, 10) so na primer pokazale, da kadi nekaj manj kot 24% odraslih prebivalcev.

Zaradi svoje razširjenosti predstavljajo BSŽ tudi veliko finančno breme. Za Veliko Britanijo so ocenili, da se stroški zdravstvene oskrbe BSŽ v nacionalnem sistemu zdravstvenega varstva gibljejo okoli 15,7 milijard funtov, kar predstavlja 21% celotne porabe sredstev tega sistema (11), skupaj z zasebnim sektorjem pa se stroški gibljejo okoli 17,4 milijard funtov, kar predstavlja približno 18% skupne porabe za zdravstveno oskrbo v tej državi. Ocenili so, da je ta odstotek najvišji v EU. V Nemčiji je na primer okoli 15%, medtem ko je v Franciji približno 8%. Od letošnjega leta dalje imamo tudi prvo oceno za Slovenijo. Raziskava o izdatkih za bolnišnične obravnave in izdatkih za zdravila, ki so jo opravili strokovnjaki Statističnega urada RS, Inštituta za varovanje zdravja RS (IVZ) in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije na podatkih za leto 2004, je pokazala, da so bolezni obtočil z okoli 219 milijoni EUR na prvem mestu, daleč pred ostalimi skupinami bolezni, kar predstavlja okoli 21,5% od celotnih stroškov za bolnišnično zdravljenje in zdravila in nekaj manj kot 10% od celotnih stroškov za zdravstvene obravnave in proizvode (12, 13).

Vloga informacij v obvladovanju bolezni srca in žilja

Obvladovanje velikih javnozdravstvenih problemov je tesno povezano s poznavanjem njihove razširjenosti med posameznimi skupinami prebivalcev v času in v prostoru. Sem sodi vse od začetne ocene razsežnosti problema, preko analiziranja možnih vzrokov, s tem pa tudi iskanja učinkovitih možnosti ukrepanja, pa vse do vrednotenja učinkovitosti le-tega, tako z vidika učinkovitosti zmanjševanja bremena, kot tudi z vidika stroškovne učinkovitosti. Osnovni predpogoj za kakovostno spremljanje zdravstvenih stanj je kakovosten zdravstveni informacijski sistem, katerega del je tudi pridobivanje podatkov.

Kakovosten zdravstveni informacijski sistem je pravzaprav nujno potreben, če želimo v državi na utemeljeni podlagi učinkovito (uspešno?) in racionalno obvladovati velike javnozdravstvene probleme (14). To je še posebej pomembno v času, ko se v svetu vse bolj krepi z dokazi podprto javno zdravje, ta načela pa naj bi sprejeli tudi v Sloveniji (15, 16).

To velja seveda tudi za načrtovanje in izvajanje kakovostnih ukrepov za oskrbo BSŽ. Za obvladovanje tako velikega zdravstvenega problema je dober informacijski sistem brezpogojno potreben.

Podatke, ki pomagajo v procesu obvladovanja velikih javnozdravstvenih problemov, lahko pridobivamo na različne načine. Možnosti se raztezajo vse od presečnih preglednih raziskav, pa do rutinskega poročanja in stekanja podatkov v registre bolezni, ki jih uvrščamo med velike javnozdravstvene probleme. Pri tem se moramo zavedati, da vsako zbiranje podatkov o bolezni oziroma drugih zdravstvenih pojavih še ni registracija in vsaka zbirka podatkov ni register (17-20). Registracija je namreč opredeljena kot proces stalnega sistematičnega zbiranja podatkov o pojavljanju in značilnostih pomembnih pojavov z namenom čim bolj natančne ocene razsežnosti pojava in njegovega vpliva na prebivalstvo ter čim bolj kvalitetnega načrtovanja ukrepov za njegovo obvladovanje. Register kot zapis podatkov (angleško Registry) je arhiv, v katerem se shranjujejo podatki o pojavu, ki ga registriramo. Zapis je vezan na posamezno osebo. Teoretično naj bi se registrirali vsi primeri pojava, ki ga registriramo, če pa to ni možno, je potrebno doseči čim večjo pokritost. Če temu pogoju ni zadoščeno, ne moremo govoriti o registraciji in takšna zbirka podatkov ni register. Katerega od načinov spremljanja uporabimo za spremljanje posameznega pojava, je odvisno od številnih dejavnikov, ki se nizajo od teže pojava in njegovega pomena za celotno prebivalstvo države na eni strani, pa vse do finančnih omejitev na drugi. Pri tem ni vsak način primeren za spremljanje vsakega od pojavov, ki jih štejemo za ključne elemente spremljanja stanja.

Pojavi/dogodki, ki jih registriramo in vrste registrov

V povezavi s spremljanjem velikih javnozdravstvenih problemov spremljamo tri poglavitne vrste pojavov/dogodkov: smrti (na primer smrt zaradi BSŽ), bolezenske pojave/dogodke (na primer pri BSŽ srčni infarkt) in pojave/dogodke, ki pomenijo ogroženost za razvoj bolezni (na primer pri BSŽ prisotnost kajenja). Glede na to delimo registre na:

Registri vzrokov smrti.

Večina držav najpogosteje registrira najpomembnejše življenjske dogodke. Mednje sodita rojstvo in smrt. Ob registraciji smrti posameznika ponavadi zabeležimo tudi vzrok smrti. Pri beleženju vzroka smrti nastanejo problemi, saj se lahko kot vzrok smrti upoštevajo različni pojavi in pogosto je ločnica med njimi zabrisana.

Tudi v Sloveniji zbiramo podatke o vzrokih smrti. To je zbirka podatkov o umrlih osebah (3). Podatke zbiramo o osnovnem, neposrednem in vmesnem vzroku smrti, v register pa vnašamo podatke o osnovnem vzroku smrti. Podatke vanj posredujejo vse pooblašene ustanove, ki v Sloveniji opravljajo mrliško-ogledniško službo, upravlja pa ga Inštitut za varovanje zdravja RS (IVZ) (3).

Registri bolezni in drugih zdravstvenih dogodkov.

Veliko držav sveta registrira najpomembnejše zdravstvene pojave. Na prvem mestu je rak. Registri raka imajo že dolgo tradicijo. Njihovi začetki segajo v prvo polovico prejšnjega stoletja, ko se je leta 1929 vzpostavil register raka v Hamburgu v Nemčiji (18).

Tudi v Sloveniji imamo Register raka za Slovenijo, ki deluje pod okriljem Onkološkega inštituta Ljubljana (20). Je populacijski register z dolgoletno tradicijo, ki bo kmalu praznoval svojo šestdeseto obletnico. Je ena prvih tovrstnih služb v Evropi. Pred letom 1950 so delovali registri raka le v Hamburgu, na Danskem, v Veliki Britaniji, v Belgiji in v ZSSR. Prijavljanje raka je od vsega začetka v Sloveniji obvezno, pravno urejeno. Podatke o novih primerih raka dobiva Register s pomočjo posebnih prijavnic iz vseh bolnišnic v Sloveniji. Dopolnjuje jih s preverjenimi informacijami iz tistih zdravniških poročil o vzroku smrti, kjer je kot osnovni vzrok smrti navedena katera izmed rakavih bolezni, in z obdukcijskimi zapisniki, v katerih se navaja diagnoza rak.

Registri ogroženosti.

Tretja skupina registrov so registri ogroženih oseb. Ti registri so izrednega pomena predvsem za načrtovanje aktivnosti sekundarne preventive. Služijo kot baza ljudi, ki jih je potrebno vabiti v proces sekundarne preventive (na primer v presejanja), pa tudi pri nekaterih aktivnostih primarne preventive (na primer pri cepljenjih).

Registre delimo še glede na skupino ljudi, na kateri temeljijo in glede na namen, v populacijske in bolnišnične registre. Razlika med tema dvema skupinama registrov ni le v načinu zbiranja podatkov, pač pa je bistvena razlika tudi v namenu registracije. S populacijskimi registri registriramo vse nove primere opazovanega pojava v jasno opredeljeni populaciji. Najpogosteje gre za prebivalstvo določenega geografskega prostora. Njihov namen je izredno širok. V prvi vrsti služijo za spremljanje podatkov o bolezni, natančneje za ugotavljanje incidence in prevalence določenega pojava ter za oceno razsežnosti zdravstvenega problema. Princip dela pri tem pa je, da je enota zbiranja podatkov vedno bolnik, enota obdelave podatkov za poročila pa novi primeri bolezni. Poudarek uporabnosti populacijskih registrov je na epidemioloških in ostalih javnozdravstvenih vidikih opazovanega pojava. Z bolnišničnimi registri registriramo vse primere opazovane bolezni v bolnišnici, pogosto brez poznavanja osnovne populacije. Njihov namen je bistveno ožji in popolnoma drugačen od namena populacijskih registrov. Vsebujejo le podatke o obravnavanih primerih, zato je z njimi možno spremljati na primer učinkovitost posameznih terapevtskih postopkov, uspešnost rehabilitacije, dolžino hospitalizacije in podobno in smrtnost zaradi posamezne vrste bolezni. Poudarek uporabnosti bolnišničnih registrov je na vidikih klinične oskrbe ljudi, ki so zboleli za opazovano boleznijo in na vidikih klinične administracije le-te.

Kaj opazovati kot pojav/dogodek na področju bolezni srca in žilja in kako

Že prej smo omenili, da ni vsak način zbiranja podatkov primeren za spremljanje vsakega od pojavov, ki jih štejemo za ključne elemente spremljanja stanja. To velja tudi za BSŽ, saj je skupina BSŽ izredno obsežna skupina bolezni in znotraj nje je možno številne pojave opredeliti kot bolezenske pojave/dogodke, ki bi jih opazovali, morda celo registrirali. Zmeda je zaradi tega lahko velika. Zato je potrebna natančna opredelitev opazovanega pojava/dogodka in skrbno načrtovanje procesa zbiranja podatkov.

Umrljivost gotovo sodi med tiste pojave, ki jih je smiselno spremljati z registriranjem, na drugi strani pa tveganih vedenj registrirati gotovo ni smiselno kar povprek temveč zelo premišljeno in v natančno opredeljenih populacijskih skupinah. Registriranje hujših oblik BSŽ bi bilo smiselno, če nam to dopuščajo finančni in človeški viri sistema zdravstvenega varstva.

Če govorimo o registraciji, je s populacijskimi registri gotovo smiselno registrirati najprej najpomembnejše dogodke, kot so na primer smrti zaradi BSŽ, med bolezenskimi pojavi pa najpomembnejše med njimi, kot je na primer srčni infarkt (ali morda akutni koronarni sindrom), potem pa jih po potrebi razširiti še na druge dogodke. Na tem področju v literaturi zasledimo, da je SZO že v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja začutila potrebo po vzpostavljanju tovrstnih registrov BSŽ. Šlo je za registre na ravni skupnosti, dogodek, ki so ga poskusno registrirali, pa je bil srčni infarkt (21). Z bolnišničnimi registri se registrira dogajanje pri različnih terapevtskih postopkih v bolnišnični obravnavi bolezenskih stanj.

Registriranje pojavov/dogodkov na področju bolezni srca in žilja v Sloveniji

Zbirka podatkov o smrtih zaradi BSŽ.

Podatke o smrtih zaradi BSŽ spremljamo v Sloveniji v okviru zbiranja podatkov o smrtih v Sloveniji na splošno. Podatki se zbirajo v Zbirki podatkov o umrlih osebah. Ti podatki so za spremljanje stanja posameznega zdravstvenega pojava ključni podatki o vzrokih smrti. Zbirka ima že dolgotrajno tradicijo in je bila do leta 2001 edina, s pomočjo katere smo vrednotili breme BSŽ v naši državi, drugega pa nam ni mogla povedati, saj bi za to potrebovali še podatke o BSŽ, ki pokažejo na problem z drugega zornega kota (incidenca, prevalenca, ozdravljivost). Podatki so vsako leto objavljeni med drugim v zdravstvenih statističnih letopisih Republike Slovenije (22).

Navkljub dolgi tradiciji pa žal ne moremo mimo pripombe, da morda slika, ki jo daje umrljivost za BSŽ ni najbolj realen odsev dejanskega stanja. Odvisna je od tega, ali je beleženje vzrokov smrti (neposredni, posredni in osnovni) res kakovostno. Na to vprašanje nimamo jasnega odgovora. Bojimo se lahko, da zdravniki, ki prispevajo podatke v zbirko, niso dovolj ozaveščeni glede pomembnosti zbirke in kakovosti zbranih podatkov za načrtovanje celotnega zdravstvenega varstva v državi.

Ključni nosilec tega vira je IVZ, ki skupaj z vsemi območnimi Zavodi za zdravstveno varstvo poskuša čim boljše prečistiti in preveriti podatke, s tem pa povečati njihovo zanesljivost.

Register oseb, ki jih ogrožajo kardiovaskularne bolezni.

V okviru preventivnih zdravstvenih pregledov "Nacionalnega programa preventive bolezni srca in žilja" (NPBSŽ) (23) se zbirajo podatki, ki se stekajo v "Register oseb, ki jih ogrožajo kardiovaskularne bolezni". Ti podatki so velikega pomena z različnih zornih kotov, saj je cilj NPBSŽ aktiven nadzor nad zdravjem ciljne populacije. Pri tem gre za zgodnje odkrivanje tistih prebivalcev, ki so visoko ogroženi za razvoj BSŽ, ter ustrezno ukrepanje, vključno s svetovanjem spreminjanja vedenjskih vzorcev.

Ključna nosilca aktivnosti NPBSŽ sta CINDI Slovenije in Klinični oddelek za žilne bolezni Kliničnega centra Ljubljana skupaj z izvajalci primarnega zdravstvenega varstva širom po Sloveniji, z zakonom opredeljeni upravljalec registra pa je Klinični oddelek za žilne bolezni Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana.

Preventivne preglede v okviru NPBSŽ v ciljni populaciji izvajajo izbrani osebni zdravniki. Ciljna populacija so moški v starosti od 35 do vključno 65 let in ženske v starosti od 45 do vključno 70 let. Posameznike, ki so družinsko obremenjeni z BSŽ, s hiperholesterolemijo oziroma z dislipidemijo in bolnike s sladkorno boleznijo, pa zdravnik preventivno pregleda že pred to starostjo. V petih letih izbrani zdravnik preventivno pregleda svojo celotno ciljno populacijo in preventivne preglede nato ponavlja vsakih pet let. Postopek se začne s tem, da pošlje presejalni vprašalnik za določanje srčno-žilne ogroženosti vsem svojim varovancem v ciljni populaciji. Vrnjene vprašalnike pregleda in najbolj ogrožene posameznike (tiste, ki z vprašalnikom zberejo 3 točke ali več), povabi na preventivni pregled. Skupaj z vabilom jim pošlje laboratorijski listek za laboratorijsko določitev skupnega holesterola in krvnega sladkorja. Celokupna maščobna slika (lipidogram) se določa le posameznikom, katerih desetletno srčno-žilno tveganje (indeks koronarne ogroženosti) znaša 20 odstotkov ali več, zanj pa se zdravnik odloči po opravljenem preventivnem pregledu. Ko zdravnik pregleda najbolj ogrožene, začne vabiti manj ogrožene (tiste, ki z vprašalnikom zberejo 2 točki ali manj). Po preventivnem pregledu zdravnik oceni posameznikovo dejansko ogroženost za BSŽ in se pri tistih, katerih ogroženost je več kot 20-odstotna, odloči za ustrezno ukrepanje: zdravljenje z zdravili in/ali zdravstveno vzgojo. Zdravniki izvajajo individualno svetovanje tistim, ki kadijo ali tvegano pijejo alkoholne pijače, druge nezdrave vedenjske navade (prehranske, gibalne) pa obravnavajo delavnice, ki potekajo v zdravstvenih domovih.

Ta register bo torej nudil v petih letih popolne populacijske podatke, potrebne za določanje koronarne ogroženosti prebivalstva prvega 5-letnega obdobja opazovanja. V okviru »Nacionalnega programa primarne preventive bolezni srca in žilja« je bilo v obdobju 2002-06 v Sloveniji skupno preventivno pregledanih 486.764 oseb (poleg tega pa je bilo opravljenih v tem obdobju še vsaj okoli 30.000 kontrolnih »preventivnih« pregledov), kar pomeni skupno 74,9% odzivnost opredeljene populacije oziroma načrtovanega. V istem obdobju je bilo v okviru programa v zdravstveno svetovanje v 60 pooblaščenih zdravstvenovzgojnih centrih po Sloveniji ter individualno pri osebnih zdravnikih vključenih okoli 80.000 odraslih. Med pregledanimi so izvajalci ugotovili že manifestno obliko bolezni srca in žilja (srčni infarkt, angino pectoris, možgansko kap ali periferno arterijsko žilno bolezen) v anamnezi pri okoli 5% oseb, družinsko obremenjenost s

prezgodnjo obliko bolezni srca in žilja (pred 55 letom starosti pri moških oziroma 65. letom pri ženskah) pa pri okoli ¼ pregledanih. Kadi 22,8% odraslih pregledanih oseb, kar okoli 46,4% je izrazito nezadostno telesno aktivnih, tvegano pitje je prisotno pri 8,6%, prekomerno telesno težo (z indeksom telesne mase nad 25 kg/m²) ugotavljamo pri 73,5%, debelost pa pri 30% pregledanih odraslih Slovencev. Zelo zaskrbljujoče je stanje na področjih prekomerne vrednosti krvnega holesterola (zvišane vrednosti ima 69,2%) in zvišanega krvnega tlaka, ki je bil izmerjen pri 34,6% pregledanih oseb; moteno presnovo glukoze ima več kot ¼ pregledanih. Na osnovi količinskih vrednosti podatkov o dejavnih tveganja smo za pregledane osebe s pomočjo evropskih tabel za določanje ogroženosti izračunali njihovo 10-letno koronarno ogroženost. Delež odraslih pregledanih oseb, ki so preko 20% ogrožene, da bodo v prihodnjih 10 letih zbolele zaradi z aterosklerozo pogojene srčno-žilne bolezni je kar 22,6%. Predstavljeni podatki torej kažejo na veliko razširjenost in količinsko neprimerne vrednosti klasičnih dejavnikov tveganja pri odrasli slovenski populaciji.

Register bolnikov z boleznimi srca in žilja.

Tega registra v Sloveniji (še) nimamo, pobuda za njegov nastanek pa je bila s strani Združenja kardiologov Slovenije v preteklih letih že nekajkrat jasno podana, nazadnje na rednem letnem srečanju slovenskega Foruma za preventivo bolezni srca in žilja aprila 2007 (24). Zakonska podlaga za njegovo vzpostavitve v Sloveniji že obstaja in sicer v Zakonu o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva, ki je bil sprejet v letu 2000 (25) in katerega prenovitev je v teku. Zbirka podatkov je v prilogi k temu zakonu zavedena pod kodo IVZ.44 - Register bolnikov srca in ožilja, sedanji upravljalec pa je IVZ, vendar pa zbirka do sedaj še ni bila vzpostavljena. Možnosti za dejansko vzpostavitve takšnega registra obstajajo, še posebej zato, ker se potreba po vzpostavitvi registrov različnih koronarnih dogodkov krepi tudi v EU, katere članica je tudi Slovenija. Ena od možnosti je, da bi v prehodnem obdobju vzpodbudili oblikovanje kakovostnih bolnišničnih registrov BSŽ (npr. akutnega koronarnega sindroma), ki bi lahko ob skrbnem in racionalnem načrtovanju potrebnega nabora podatkov kasneje z združitvijo oblikovali nacionalni register (26).

Zaključek

Nuja po celostnem spremljanju stanja na področju BSŽ je dejstvo, ki se bo z demografskimi trendi naše države le še krepila. Pri tem smo storili že veliko, a nas v prihodnosti na tem področju čaka še veliko dela.

Jasno je, da bo strateško načrtovanje in odločanje na področju obvladovanja velikih javnozdravstvenih problemov možno le ob močni podpori z dokazi podprtega javnega zdravja, ki bo temeljilo na kakovostnem zdravstvenem informacijskem sistemu. Odločanje, ki temelji le na željah in zahtevah, ki so velikokrat celo politične narave in brez dolgoročnih ciljev, ni upravičeno, pa tudi ne racionalno.

Literatura

1. WHO Regional Office for Europe. European Health for all Database, HFA-DB. Copenhagen: WHO Euro, 2007. Dostopno na: <http://www.who.dk>. Pristop: 14.10.2007.
2. Centers for Disease Control and Prevention Atlanta. Spletna stran. Dostopno na URL: <http://www.cdc.gov/>. Pristop: 14.10.2007.
3. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Zdravniško poročilo o umrli osebi. Dostopno na URL: <http://www.ivz.si/index.php?akcija=podkategorija&p=45>. Pristop: 14.10.2007.
4. The WHO MONICA Project: A worldwide monitoring system for cardiovascular disease. World Health Stat Ann 1989; 27: 149.
5. Zaletel-Kragelj L, Fras Z, Maučec-Zakotnik J, uredniki. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. Rezultati raziskave Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije (z zdravjem povezan vedenjski slog). 3. Zdravstvena stanja. Ljubljana: CINDI Slovenija; 2004.
6. Zaletel-Kragelj L, Eržen I, Fras Z. Interregional differences in health in Slovenia: I. Estimated prevalence of selected cardiovascular and related diseases. Croat Med J 2004; 45: 637-43. Dostopno na URL: <http://www.cmj.hr>. Pristop: 14.10.2007.
7. Bulc M, Fras Z, Zaletel-Kragelj L. Twelve-year blood pressure dynamics in adults in Ljubljana area, Slovenia: contribution of WHO country integrated noncommunicable disease intervention program. Croat Med J 2006,47, št. 3:469-477. Dostopno na URL: <http://www.cmj.hr>. Pristop: 14.10.2007.
8. Fras Z, Bulc M, Maučec Zakotnik J, Zaletel-Kragelj L. Prevalence of arterial hypertension, its awareness and control in the adult population of the Ljubljana area of Slovenia. Results of WHO's countrywide integrated noncommunicable diseases intervention (CINDI) program survey 2002/2003. Slov kardiol 2006;3:106-114.
9. Zaletel-Kragelj L, Fras Z, Maučec-Zakotnik J, uredniki. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. Rezultati raziskave Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije (z zdravjem povezan vedenjski slog). 2. Tvegana vedenja. Ljubljana: CINDI Slovenija; 2004.
10. Zaletel-Kragelj L, Eržen I, Fras Z. Interregional differences in health in Slovenia: II. Estimated prevalence of selected behavioral risk factors for cardiovascular and related disease. Croat Med J 2004; 45: 644-50. Dostopno na URL: <http://www.cmj.hr>. Pristop: 14.10.2007.
11. Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, Petersen S, Rayner M. The cost of cardiovascular disease in the UK. Heart published online 15 May 2006. Dostopno na URL: <http://heart.bmj.com/cgi/rapidpdf/hrt.2005.072173v1>. Pristop: 14.10.2007.
12. Marn S, Morovič B, Pečar-Čad S, Štok J, Kelšin N. Izdatki za zdravstvo glede na karakteristike bolnika – viri podatkov in ocene za Slovenijo. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2007. Dostopno na URL: http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/1257-Izdatki_za_zdravstvo.pdf. Pristop: 10.4.2007.

13. Marn S. Izdatki in viri financiranja zdravstva, Slovenija, 2003 in 2004. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije, 2006. Dostopno na URL: www.stat.si/PrikaziPDF.aspx?ID=641. Pristop: 10.4.2007.
14. Eržen I. Podatki in informacije v zdravstvu: sodobne potrebe in trendi. Bilt Ekon Organ Inform Zdrav 2006;22:18-21.
15. Brownson RC, Baker EA, Leet T, Gillespie KN. Evidence based public health. Oxford, New York: Oxford University Press, 2003.
16. Kohatsu ND, Robinson JG, Torner JC. Evidence-based public health. An evolving concept. Am J Prev Med. 2004;27:417-21.
17. Last JM. A dictionary of epidemiology. Oxford: Oxford University Press, 2001.
18. Jensen OM, Parkin DM, MacLennan R, Muir CS, Skeet RG (uredniki). Cancer Registration: Principles and Methods. Lyon, IARC, 1991.
19. van Bommel JH, Musen MA (urednika). Handbook of medical informatics. Heidelberg: Springer Verlag, 1997.
20. Onkološki inštitut Ljubljana. Register raka za Slovenijo. Spletna stran. Dostopno na URL: http://www.onko-i.si/sl/dejavnosti/epidemiologija_in_registri_raka/registri_raka/register_raka_za_slovenijo/. Pristop: 14.10.2007.
21. Lamm G. Myocardial infarction community registers: a WHO international collaborative study coordinated by the regional office for Europe. V: Holland WW, Ipsen J, Kostrzewski J (uredniki). Measurement of levels of health. Copenhagen: WHO Euro, IEA, 1979. p.p.341-352.
22. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Zdravstveni statistični letopis. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2006. Dostopno na: URL: <http://www.ivz.si/index.php?akcija=podkategorija&p=118>. Pristop: 14.10.2007.
23. Fras Z. Celovitost primarnega preprečevanja srčno-žilnih bolezni ter njegovo udejanjanje v Sloveniji. Slov Kardiol 2004; 1: 8-23.
24. Zaletel-Kragelj , Eržen I, Fras Z, Farkaš J. Register bolnikov z boleznimi srca in žilja – manjkajoči člen? V: Fras Z (urednik). Slovenski forum za preventivo bolezni srca in žilja 2007: zbornik prispevkov. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije – Slovenska hiša srca, 2007:17-26.
25. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. Ur List RS, 2000; 10 (65): 8093 - 8129.
26. Zaletel-Kragelj , Eržen I, Fras Z, Farkaš J. Register bolnikov z boleznimi srca in žilja – manjkajoči člen? Slov Kardiol 2007;4:10-5.

NOVE SMERNICE NA PODROČJU KRONIČNEGA SRČNEGA POPUŠČANJA IN DRUŽINSKI ZDRAVNIK

Damijana Šinigoj^{*}

Povzetek

Kronično srčno popuščanje (KPS) je pomemben javnozdravstveni problem zaradi visoke obolevnosti in umrljivosti, pogostih hospitalizacijah ter visokimi stroški zdravljenja. Združenje kardiologov Slovenije je na podlagi smernic Evropskega kardiološkega združenja leta 2007 izdalo smernice za diagnostiko in zdravljenje kroničnega srčnega popuščanja, ki so zdravnikom v veliko pomoč pri obravnavi bolnikov s srčnim popuščanjem.

Diagnozo srčnega popuščanja postavimo, ko ob prisotnih simptomih in znakih srčnega popuščanja, objektivnimo dokažemo srčno disfunkcijo. Cilj diagnostike je, da potrdimo sum, da gre za KSP, da opredelimo vzrok in glede na klinično stanje ocenimo stopnjo KSP.

Cilji sodobnega zdravljenja so preprečevanje in učinkovito zdravljenje bolezni, ki vodijo v srčno popuščanje, vzdrževanje ali izboljšanje kakovosti življenja in izboljšanje preživetja.

Možnosti zdravljenja so izobraževanje bolnikov, splošni nasveti in ukrepi za zdrav način življenja, farmakološko zdravljenje, kirurško zdravljenje, pri bolnikih s terminalnim srčnim popuščanjem pa paliativno zdravljenje.

V prispevku je predstavljena analiza bolnikov z diagnozo KSP v ambulanti družinske medicine. Prevladujoč vzrok za KPS sta hipertenzija in koronarna bolezen. Zdravljenje KSP sledi smernicam, saj ima večina bolnikov predpisana zdravila, ki dokazano izboljšajo preživetje: 100% bolnikov ACE zaviralce oz. antagonist angiotenzinskih receptorjev, 90% zaviralce beta adrenergičnih receptorjev in 69% spironolakton.

Ključne besede: smernice, kronično srčno popuščanje, družinski zdravnik

Uvod

Kronično srčno popuščanje (KSP) je pomemben javnozdravstveni problem, ki je povezan z visoko obolevnostjo, poslabšanjem kvalitete življenja in zmanjšanim preživetjem (1).

KSP je klinični sindrom pri katerem se srce ne uspe skrčiti in iztisniti dovolj krvi glede na presnovne potrebe v organizmu (sistolčna disfunkcija) ali se zaradi strukturnih sprememb

^{*} Damijana Šinigoj, dr. med., spec. splošne medicine, Ambulanta splošne in družinske medicine, Rejčeva 4, 5000 Nova Gorica

ne zmore dovolj raztegniti in normalno napolniti (diastolična disfunkcija) (2). Prevalenca in incidenca srčnega popuščanja s starostjo narašča, postalo je vodilni vzrok hospitalizacij pri ljudeh starejših od 65 let (3,4).

Evropsko kardiološko združenja (ESC) je leta 2001 objavilo smernice za diagnostiko in zdravljenje kroničnega srčnega popuščanja, ki jih je prevzela tudi Slovenija (5). Leta 2005 je ESC zaradi novih dokazov, predvsem na področju farmakološkega zdravljenja, smernice posodobilo (6). Združenje kardiologov Slovenije jih je leta 2007 izdalo v suplementu Slovenske kardiologije (7). Napisane so jasno in razumljivo in so kot take v veliko pomoč zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem pri obravnavi bolnikov s srčnim popuščanjem .

Diagnoza kroničnega srčnega popuščanja

Diagnozo srčnega popuščanja postavimo ob prisotnih simptomih in/ali znakih srčnega popuščanja ter z objektivno dokazano srčno disfunkcijo – metoda izbora je ultrazvočna preiskava srca. Klinični odgovor na specifično zdravljenje sam po sebi ni zadostno diagnostično merilo, je pa v pomoč v dvomljivih primerih (7).

Pri vsakem bolniku moramo poiskati vzroke, ki so do srčnega popuščanja privedli - diagnoza SP tako ne sme biti edina bolnikova diagnoza.

Najpogostejša oblika srčnega popuščanja (SP) je kronično srčno popuščanje s pogostimi akutnimi poslabšanji (7).

Preiskave za diagnostiko kroničnega srčnega popuščanja

Cilj diagnostike je, da potrdimo sum, da gre za SP, da opredelimo vzrok in glede na klinično stanje ocenimo stopnjo SP. Najpogosteje uporabljamo razvrstitev v štiri funkcionalne razrede Newyorškega združenja za srce (NYHA), lahko pa uporabljamo termine blago, zmerno in hudo SP.

Z dobro **anamnezo in kliničnim** pregledom iščemo **simptome in znake**, ki pa so nespecifični, slabo povezani s stopnjo srčne disfunkcije, lahko so prisotni znaki osnovne bolezni, sočasnih bolezni in sprožilnih dejavnikov.

Najpomembnejši simptomi in znaki SP so utrujenost, dispnea, zmanjšana telesna kondicija, otekline nog, galopni ritem, polne vratne vene. Pojavljajo se kot posledica zmanjšane minutnega volumna srca, hipoperfuzije tkiv, pljučne in sistemske kongestije in kronično aktiviranih nevrohormonalnih sistemov.

Elektrokardiogram in rentgensko slikanje pljuč sta del osnovne diagnostike SP.

Specifičnih sprememb za SP v **elektrokardiogramu** ni. Lahko pa nam razkrije vzrok SP: srčni infarkt, ishemijo, levokračni blok, hipertrofijo levega prekata, atrijsko fibrilacijo s hitrim odgovorom prekatov, druge motnje ritma. Če je normalen, je velika verjetnost, da bolnik nima SP.

Povečano srce in pljučna kongestija na **rentgenski sliki pljuč in srca** ob prisotnosti simptomov in znakov SP ter nenormalnega EKG podpira diagnozo SP.

Krvna slika in biokemične preiskave nam lahko pokažejo osnovno bolezen oziroma sprožilne dejavnike za SP. Anemija je pogosta pri bolnikih s kroničnim srčnim popuščanjem, poslabša prognozo in poveča umrljivost (8,9).

Natriuretični peptidi imajo predvsem izključitveno vlogo. Če je plazemska koncentracija normalna, je malo verjetno, da je SP vzrok simptomom.

Ultrazvok srca je metoda izbora za potrditev srčne disfunkcije. Velikokrat lahko opredeli vzrok SP. Na osnovi meritve iztisnega deleža levega prekata ločimo bolnike s sistolično disfunkcijo od tistih z ohranjeno sistolično funkcijo.

V večini primerov **sistoličnega SP** je ob dokazani sistolični disfunkciji levega prekata prisotna tudi diastolična disfunkcija. Ocenjujejo, da je polovica bolnikov z okvarjeno sistolično funkcijo prekatov asimptomatska. Najpogostejša vzroka sistolične disfunkcije sta ishemična bolezen srca in hipertenzija, okvare zaklopk in dilatativna kardiomiopatija sta redkejša (10).

Ko so prisotni simptomi in znaki SP, iztisni delež levega prekata pa je ohranjen, govorimo o **SP z ohranjenim iztisnim deležem levega prekata**.

Za diagnozo **diastoličnega srčnega popuščanja** mora biti ob simptomih in znakih SP in ohranjeni sistolični funkciji levega prekata, dokazana diastolična disfunkcija levega prekata – nenormalna relaksacija, diastolna togost levega prekata (7). Pogostejša je pri ženskah, posebno pri starejših ženskah s hipertenzijo (2).

Ostale preiskave kot so slikanje srca z magnetno resonanco, meritve pljučne funkcije, obremenitveno testiranje, srčna kateterizacija, Holterjev EKG so pomembne za opredelitev vzroka SP in oceno zdravljenja ter prognozo.

Zdravljenje kroničnega srčnega popuščanja

Cilji zdravljenja so:

- Preprečevanje in učinkovito zdravljenje bolezni, ki vodijo v srčno popuščanje (zvišan krvni tlak, koronarna bolezen)
- Preprečevanje napredovanja SP
- Vzdrževanje ali izboljšanje kakovosti življenja
- Izboljšanje preživetja

Nefarmakološki ukrepi

Sem spadajo izobraževanje bolnikov in svojcev, izogibanje kajenju in alkoholu, spremljanje telesne teže, zdrava prehrana, zmanjšanje vnosa soli. Pri hudem SP mora biti vnos tekočin omejen na 1,5 do 2 litra. Pri stabilnih bolnikih se priporoča zmerna telesna aktivnost, saj izboljša funkcijo skeletnih mišic in telesno zmogljivost.

Farmakološko zdravljenje

Zaviralci encima angiotenzinske konvertaze (ACE) so zdravila prvega izbora za zdravljenje bolnikov z iztisnim deležem levega prekata pod 40-45% ne glede na prisotnost simptomov. Izboljšajo preživetje, simptome in funkcijsko zmogljivost (7). Prvi odmerek je priporočljivo dati zvečer, da se izognemo hipotenziji, pričnemo z majhnim odmerkom in ga postopno višamo do priporočenega vzdrževalnega odmerka.

Zaviralce adrenergičnih receptorjev beta predpišemo vsem bolnikom s stabilnim srčnim popuščanjem (NYHA II-IV). Uvajamo jih postopno do tarčnega odmerka. Izboljšajo funkcijsko zmogljivost in zmanjšajo število poslabšanj in sprejemov v bolnišnico (7).

Zaviralce aldosteronskih receptorjev priporočajo pri napredovalem srčnem popuščanju (NYHA II-IV) s sistolično disfunkcijo kot dodatek ACE, zaviralcem receptorjev beta in diuretikom ob spremljanju kreatinina in kalija v serumu.

Zaviralce angiotenzinskih receptorjev predpišemo bolnikom, ki ne prenašajo ACE. Pri bolnikih, ki so kljub terapiji še vedno simptomatski, jih lahko kombiniramo z ACE.

Zdravila, ki izboljšajo simptome, ne vplivajo pa na preživetje so **diuretiki**, ki jih predpišemo bolnikom z znaki zastoja na pljučih ali na periferiji in jih ob izboljšanju čimprej ukinemo.

Digitalisovi glikozidi upočasnijo odgovor prekata in so indicirani pri atrijski fibrilaciji neglede na stopnjo srčnega popuščanja.

Pri bolnikih z diastoličnim SP in SP z ohranjenim iztisnim deležem levega prekata ni trdnih dokazov o koristih specifičnih farmakoloških ukrepov. Uporablja se zaviralce angiotenzinske konvertaze, diuretike in blokatorje receptorjev beta (7).

Kirurški posegi in naprave za podporo srčne funkcije

- Revaskularizacijski posegi
- Kirurški posegi na mitralni zaklopki
- Bi-ventrikularno spodbujanje
- Implantabilni kardioverterji-defibrilatorji
- Presaditev srca, prekatni podporni sistemi in umetno srce

Bolniki s srčnim popuščanjem v ambulanti družinskega zdravnika

Kljub dobremu znanju zdravnikov je točnost diagnoze SP v primarni službi manj kot 50% in mnogi bolniki niso ustrezno zdravljeni (11). Do 1,5% bolnikov v ambulanti zdravnika družinske medicine ima lahko srčno popuščanje (12).

Zanimalo me je, koliko mojih bolnikov ima diagnozo KSP, kaj je vzrok in kako so zdravljeni. Pregledala sem zdravstveno dokumentacijo bolnikov z diagnozo KSP. Med 1909 opredeljenimi bolniki ima 39 bolnikov (2%) diagnozo KSP, od tega 15 moških in 14

žensk. Stari so od 56 do 83 let, 13 je starejših od 75 let. Vsi so imeli opravljen ultrazvok srca. Iztisni delež levega prekata je bil pri 12. bolnikih pod 45%, pri ostalih pa nad 45%.

Vsi bolniki imajo poleg srčnega popuščenja še najmanj dve diagnozi: 20 bolnikov ima hipertenzijo, 16 bolnikov je prebolelo akutni miokardni infarkt, pri devetih je prisotna sladkorna bolezen, dvanajst ima permanentno atrijsko fibrilacijo, pet bolnikov je bilo operiranih zaradi okvare mitralne ali aortne zaklopke.

Zdravljenje: 25 bolnikov prejema ACE zaviralce, 5 zaviralce angitenzinskih receptorjev, en bolnik prejema oboje, zaviralce beta adrenergičnih receptorjev ima predpisanih 26 bolnikov, spironolakton 20, diuretike prejema 23 bolnikov, nitrate 18 in digitalis 10. Antiagregacijsko terapijo jemlje 16 bolnikov, na antikoagulantnem zdravljenju je 13 bolnikov.

Rezultat pregleda zdravstvenih kartotek bolnikov s srčnim popuščanjem je pokazal dobro diagnostiko KSP, saj so poleg opisanih simptomov in znakov imeli vsi opravljen ultrazvok srca.

Prevladujoč vzrok za KSP sta hipertenzija in koronarna bolezen. Zdravljenje KSP sledi smernicam, saj ima večina bolnikov predpisana zdravila, ki dokazano izboljšajo preživetje: 100% bolnikov ACE zaviralce oz. antagoniste angiotenzinskih receptorjev, 90% zaviralce beta adrenergičnih receptorjev in 69% spironolakton.

Problemi s katerimi se srečuje zdravnik družinske medicine pri obravnavi bolnika s KPS

- Zaradi nespecifičnih simptomov in kliničnih znakov ne posumi pravočasno na KPS.
- Prepoznavna asimptomatske disfunkcije levega prekata je še težja, čeprav je vsaj tako pogosta kot simptomatska (13).
- Ob bolniku z dispnejo bi mu bila v pomoč določitev natriuretičnega peptida.
- Napotitev bolnika v ambulanto za srčno popuščenje je možna samo v nekaterih okoljih..
- Čakalne dobe za ultrazvočno preiskavo srca so dolge.
- Slabo sodelovanje bolnikov pri zdravljenju.

Zaključek

Zdravniki družinske medicine se zavedamo, da bo zaradi staranja prebivalcev ter vedno boljšega zdravljenja ishemične bolezni srca in hipertenzije vedno več bolnikov s srčnim popuščanjem v naših ambulantah. Poznavanje smernic za zdravljenje kroničnega srčnega popuščenja predvsem pa njihova uporaba ter dobro sodelovanje oziroma dostopnost ambulant za KSP bo zmanjšalo število poslabšanj in nepotrebnih hospitalizacij.

Literatura:

1. Goldberg RJ, Ciampa J, Lessard D, Meyer TE, Spencer FA. Long-term survival after heart failure: a contemporary population-based perspective. *Arch Intern Med.* 2007 Mar 12;167(5):490-6.
2. Braunwald E. Heart failure and cor pulmonale. In: Braunwald E, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J, eds. *Harrison's Principles of internal medicine.* 16th ed. New York: McGraw Hill; 2005. p.1367-78.
3. Roger VL, Weston SA, Redfield MM, et al. Trends in heart failure incidence and survival in a community-based population. *JAMA.* 2004;292:344-350.
4. Aronow WS. Heart disease and aging. *Med Clin North Am.* 2006 Sep;90(5):849-62.
5. Lainščak M, Keber I. Smernice za diagnostiko in zdravljenje srčnega popuščanja. *Slov. Kardiol* 2004; 1(1):50-63.
6. Swedberg K, Cleland J, Dargie H, Drexler H, Follath F, Komajda M, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure-update 2005. *Eur. Heart J* 2005;26:1115-40.
7. Keber I, Lainščak M, Ružič Medvešček N, Letonja M, Poles J, Šebeštjen M, Vrtovec B. Smernice za diagnostiko in zdravljenje srčnega popuščanja. *Slov. Kardiol* 2007; Suppl 1: 3-26.
8. Tang WH. Anemia in heart failure: current evidence and challenges. *Rev Cardiovasc Med.* 2007 Spring; 8(2):78-86.
9. Katz SD, Mancini D, Androne AS, Hryniewicz K. Treatment of anemia in patients with chronic heart failure. *J Card Fail.* 2004 Feb;10(1 Suppl):S13-6.
10. Ellonen M. Chronic heart failure. In: Kunnamo I. *Evidence based guidelines.* Helsinki: Duodecim; 2005. p.138-43.
11. Bombek M, Kranjc I. Ambulanta za srčno popuščanje. In: Hojs R, Kranjc I, Pahor A, Skok P, Skalicky M. *Iz prakse za prakso-16. srečanje internistov in zdravnikov splošne medicine;* 2005 Maj 20-21; Maribor; Splošna bolnišnica Maribor; 2005.
12. Kersnik J. Zagotavljanje kakovosti obravnave bolnikov s srčnim popuščanjem. In: Kersnik J. *Srčno popuščanje-II. Fajdigovi dnevi;* 2000 Dec. 1-2; Kranj; Združenje zdravnikov družinske medicine, Slovensko zdravniško društvo; 2000.
13. McDonagh TA, Morrison CE, Lawrence A. Symptomatic and asymptomatic left-ventricular systolic dysfunction in an urban population. *Lancet* 1997; 350:829-33.

PERIFERNA ARTERIJSKA BOLEZEN - OBRAVNAVA V AMBULANTI DRUŽINSKEGA ZDRAVNIKA

Andrej Kravos *

Uvod

Opredelitev: Izraz periferna arterijska bolezen (PAB) označuje kronične motnje arterijske prekrvavitve udov, ki jih v veliki večini primerov povzroča ateroskleroza (1). Najpogosteje je prizadeta spodnja okončina. V praksi se uporablja izraz PAB prav za motnje prekrvavitve spodnjih udov.

Pomen: PAB je zaradi svoje pogostosti, kroničnega poteka, dolgotrajnega zdravljenja, absentizma, slabše kakovosti življenja in invalidnosti, pomemben socialno medicinski problem. Ker ima takšne razsežnosti, ga lahko rešuje le dobro organizirana angiološka dejavnost, ki se praviloma začne in konča v ordinaciji družinskega zdravnika.

Stopnje PAB

Bolezen se razvija počasi, dolgo je asimptomatska, v napredovalih fazah pa povzroča čedalje hujšo ishemijo uda. Še vedno najpogosteje uporabljamo klinično klasifikacijo po Fontaineu (tabela 1), ki razvršča bolnike s PAB v 4 osnovne kategorije. Da bi natančneje opredelili stopnjo ishemije med telesnim naporom in stadij kronične kritične ishemije, so Fontaineovi razvrstitvi dodali podskupine, ki jih kot posebne kategorije zajema klasifikacija po Ruthefordu (tabela 1).

Tabela 1. Fontaineova in Ruthefordova klasifikacija ishemije uda pri PAB

Kategorije po Fontaineu		Kategorije po Ruthefordu	
Stadij I	Asimptomatski	0	Asimptomatski
Stadij II	Ishemična bolečina med hojo	1	Blaga klavdikacija
IIa	Dolga klavdikac. razdalja (> 100 m)	2	Zmerna klavdikacija
IIb	Kratka klavdikac. razdalja (< 100 m)	3	Huda klavdikacija
Stadij III	Ishem. bolečina med mirovanjem	4	Ishem. bolečina med mirovanjem
Stadij IV	Ulkusi in gangrena		
IVa	Omejena gangrena	5	Majhna izguba tkiva
IVb	Obsežna gangrena	6	Obsežna izguba tkiva

* Asist. mag. Andrej Kravos, dr. med., specialist splošne medicine, Zasebna zdravniška ambulanta v Žalcu

Kronična kritična ishemija uda je stanje, ko se pri bolniku, ki je imel poprej intermitentno klavdikacijo, najmanj dva tedna pojavlja ishemična bolečina med mirovanjem, ki jo lahko spremlja razjeda ali gangrena.

Epidemiologija

Asimptomatsko PAB (gleženjski indeks manj kot 0,9) ima kar 15-20% prebivalcev razvitih držav, ki so starejši od 55 let (2), približno 5% ima intermitentno klavdikacijo, katere razširjenost narašča s starostjo, približno 0,1% pa kritično ishemijo z bolečino med mirovanjem ali gangreno(3).

Sladkorna bolezen povečuje tveganje za razvoj periferne bolezni in pospeši razvoj bolezni za približno 5-krat. Še močneje je pospešena ateroskleroza pri bolnikih s končno ledvično odpovedjo, ki se zdravijo s hemodializo ali peritonealno dializo, tako da je pojavnost vseh oblik napredovale ateroskleroze pri teh bolnikih vsaj 10-krat večja kot v splošni populaciji. Kajenje je pomemben dejavnik tveganja za razvoj ateroskleroze. Približno 63% bolnikov s PAB ima v anamnezi kajenje. Pri tistih , ki pokadijo do 20 cigaret na dan je nevarnost za razvoj PAB dvakrat večja kot pri nekadilcih. Pri tistih, ki pa pokadijo več kot 20 cigaret na dan se nevarnost potroji (4).

Napredovanje PAB iz stadija intermitentne klavdikacije v stadij kronične kritične ishemije prizadene letno le približno 1% bolnikov z intermitentno klavdikacijo, ki nimajo pridružene sladkorne bolezni ali končne ledvične odpovedi. V celotni populaciji pride do kronične kritične ishemije uda pri 500-1000 bolnikih na milijon prebivalcev letno (3).

Periferna arterijska bolezen je le ena od oblik generaliziranega procesa ateroskleroze, ki običajno zajame tudi druge arterije v telesu. Zato je pogosto pridružena koronarni bolezni in možganski žilni bolezni. Zaradi teh bolezni bolniki z PAB tudi umirajo bistveno prej kot njihovi zdravi vrstniki. Prevladujoč vzrok smrti pri bolnikih s PAB je koronarna bolezen. Zaradi te namreč umre 40-60% bolnikov v stadiju intermitentne klavdikacije, zaradi ishemične možganske kapi pa umre 10-20% bolnikov s PAB, še 10% pa zaradi drugih srčno žilnih vzrokov, kot je naprimer raztrganje anevrizme abdominalne aorte (5).

Aktivno iskanje ljudi z zgodnjo obliko PAB je zelo pomembno. Velika večina bolnikov, ki ima PAB zanjo ne ve, ker je dolgo asimptomatska. Z zgodnjimi ukrepi in zdravljenjem srčno-žilnih bolezni lahko na tak način zmanjšamo obolevnost in umrljivost ter izboljšamo kakovost življenja našim pacientom

DIAGNOSTIKA PAB

Anamneza in klinični pregled

Simptomi intermitentne klavdikacije so dovolj značilni, da lahko diagnozo PAB v tem stadiju postavimo na osnovi anamneze. Pojavlja se bolečina po obremenitvi, običajno hoji, ki po počitku preneha v nekaj minutah. Lokacija bolečine je odvisna od mesta zožitve. Najpogosteje je v mečih, lahko pa tudi stopalih, stegnu ali kolku.

Za kronično kritično ishemijo uda je značilno, da je bolečina najhujša ponoči med ležanjem in da zajema predvsem stopalo in prste. Spuščanje nog iz postelje bolečino prehodno olajša, ker se na račun hidrostatične komponente poveča arterijski tlak v stopalu.

Pri vseh bolnikih s PAB moramo odkriti dejavnike tveganja za srčno-žilne bolezni: kajenje, arterijsko hipertenzijo, hiperlipidemijo, sladkorno bolezen, ledvično odpoved, prezgodnje manifestacije ateroskleroze pri bližnjih sorodnikih in morebitne simptome pridružene koronarne ali možganske žilne bolezni (3). Pri pregledu arterijske prekrvitve spodnjih udov je najpomembnejše tipanje pulzov na spodnjih okončinah (a. tibialis posterior, a. dorsalis pedis, a. poplitealis, a. femoralis), ugotavljanje trofičnih sprememb kože in adneksov ter morebitnih razjed ali gangrene. Klinično je treba pregledati tudi celotna obtočila: oceniti pulzacije karotidnih arterij, radialnih arterij na obeh rokah in morebitne pulzacije trebušne aorte, avskultirati morebitne arterijske šume ter opraviti fizikalni pregled srca. V diferencialni diagnozi upoštevamo: osteomuskularno bolečino, radikularno bolečino, npr. lumboishialgijo, nevropatsko bolečino in sindrom nemirnih nog.

Osnovne laboratorijske preiskave

Pri vseh bolnikih s sumom na PAB je treba že v začetni fazi diagnostičnega postopka opredeliti in zdraviti reverzibilne dejavnike tveganja za aterosklerozo: izmeriti je potrebno krvni tlak in opraviti osnovne laboratorijske preiskave: lipidogram, serumsko glukozo in serumski kreatinin za opredelitev ledvične funkcije in pregledati urin za opredelitev glukozurije in proteinurije. Hemogram je potrebno opraviti zaradi morebitne anemije ali policitemije, ki lahko poslabšujeta prekrvitev okončine.

Merjenje perfuzijskih tlakov z doplerskim detektorjem

Je temeljna objektivna preiskava za potrditev suma na PAB, ki jo lahko opravimo že na primarni ravni. Manjšeto sfigmomanometra namestimo ležečemu bolniku nad gležnjem in z izmerimo sistolični tlak v arteriji tibialis posterior in arteriji tibialis anterior, nato izmerimo tlak na obeh nadlaktah. Namesto slušalk uporabljamo ultrazvočni dopplerjev detektor (ročni cw dopler), ki je bolj zanesljiv in omogoča tudi merjenje nizkih tlakov, saj je možno zaznati že sistolični tlak 20 do 30 mmHg, ko arterijskih pulzov ne tipamo več. Višji sistolični tlak v vsakem gležnju primerjamo z višjim sistoličnim tlakom na nadlakti, kar imenujemo gleženjski indeks.

Po dogovoru vrednotimo kot normalen rezultat gleženjski indeks od 0,91 do 1,30. Gleženjski indeks 0,9 ali manj je dokaz PAB (3). Čim nižji je gleženjski indeks, tem bolj napredovala je PAB.

Raziskave pokazale, da gleženjski indeks pod 0,5 dobro napoveduje simptome intermitentne klavcikacije. Vrednost gleženjskega indeksa pod 0,4 pa je znanilec kritične ishemije, pri čemer so absolutne vrednosti perfuzijskih tlakov v gležnju nižje od 40 do 50 mmHg.

Kadar meritve opravimo na treh segmentih spodnje okončine: gležnju, mečih in stegnu, ne ugotavljamo zgolj prisotnosti PAB, temveč motnjo prekrvavitve tudi lokaliziramo. Na

stegnih in mečih zaradi večjega obsega uda vselej izmerimo večje vrednosti tlaka kot v gležnjih. Praviloma uporabljamo na teh mestih širše manšete. Dopustna razlika med posameznimi mesti merjenja vzdolž spodnje okončine je pri zdravih preiskovancih do 30 mmHg. Pomembna je tudi primerjava pritiskov med simetričnimi mesti desne in leve spodnje okončine, kjer razlika pri zdravih preiskovancih ne presega 20 mmHg.

Priporočilo: Gleženjski indeks je treba izmeriti na obeh nogah pri vseh bolnikih s simptomi PAB. Gleženjski indeks kot dodatno merilo srčno-žilne ogroženosti je smiselno izmeriti pri: - osebah s koronarno, cerebrovaskularno ali ledvično arterijsko boleznijo, - pri asimptomatskih osebah, starejših od 50 let, ki kadijo ali imajo sladkorno bolezen, - pri vseh osebah, starejših od 70 let (3,6).

Tabela 2. Vrednotenje gleženjskega indeksa. Prirejeno po TASC (1,3).

Vrednost gleženjskega indeksa	Interpretacija GI – stopnja PAB
> 1,3	Nestisljivost golenskih arterij
0,91 – 1,3	Normalen
0,7 – 0,9	Blaga
0,41 – 0,69	Srednja
≤ 0,4	Huda



Slika 1. Ročni cw doppler, ki se uporablja za merjenje gleženjskega indeksa.

ZDRAVLJENJE PAB

Zdravljenje PAB je sestavljeno iz dveh osnovnih skupin ukrepov: sistemskega preprečevanja srčno-žilnih ishemičnih dogodkov in lokalno usmerjenega zdravljenja klavdikacijskih simptomov ali kritične ishemije uda.

Preprečevanje srčno-žilnih ishemičnih dogodkov

Bolniki s PAB imajo veliko tveganje za ishemične zaplete tudi v koronarnem in karotidnem povirju, zato jih obravnavamo po skupnih smernicah za sekundarno preventivo srčno-žilnih bolezni.

Zmanjševanje tveganega vedenja, ki je potrebno pri večini bolnikov s PAB, pomeni zlasti prenehanje kajenja, uživanje zdrave hrane, uravnavanje telesne teže in redna telesna dejavnost, v stadiju intermitentne kvavdikacije najboljše intervalna hoja (1).

Antiagregacijsko zdravljenje pri osebah z veliko srčno-žilno ogroženostjo zmanjšuje pogostost srčnega infarkta, ishemične možganske kapi in srčne smrti za 20-30% (20). Zdravilo izbora je aspirin v odmerku 75-325 mg/dan. Klopidoogrel v odmerku 75 mg/dan predpisujemo bolnikom, pri katerih je jemanje aspirina kontraindicirano (1). Manj podatkov je o učinku antiagregacijskega zdravljenja na napredovanje PAB.

Lipolitično zdravljenje s statini enako učinkovito zmanjšuje srčno-žilno smrtnost pri bolnikih s PAB kot pri ostalih skupinah zelo ogroženih bolnikov (18). Prav tako zdravljenje s statini zavira tudi pojavljanje in poslabševanje PAB (7). Po evropskih priporočilih naj bi skupno vrednost serumskega holesterola pri bolnikih s PAB praviloma zmanjšali na manj kot 4,5 mmol/l in LDL holesterola na manj kot 2,5 mmol/l.

Uravnavanje krvnega tlaka naj pri bolnikih s PAB poteka po skupnih priporočilih Evropskega združenja za hipertenzijo in Evropskega združenja za kardiologijo. Krvni tlak želimo pri mlajših bolnikih in bolnikih s pridruženo sladkorno boleznijo postopoma uravnati v "normalno" območje (manj kot 130/85 mm Hg), pri starejših bolnikih pa vsaj v "visoko normalno" območje (manj kot 140/90 mm Hg). Le pri bolnikih s kritično ishemijo je treba počakati z zdravljenjem arterijske hipertenzije do revaskularizacije uda. Zaviralci receptorjev beta niso kontraindicirani pri bolnikih v stadiju intermitentne klavdikacije. Posebej koristna zdravila pa so zaviralci angiotenzinske konvertaze in zaviralci angiotenzinskih receptorjev, ki najverjetneje še dodatno zmanjšujejo pogostost ishemičnih srčno-žilnih dogodkov, neodvisno od zmanjševanja krvnega tlaka. Prav zato se pojavljajo priporočila, naj zdravilo iz ene od teh skupin prejemajo vsi bolniki s PAB, pri katerih ni kontraindikacije.

Uravnavanje serumske glukoze dokazano zmanjšuje pogostost mikrovaskularnih zapletov sladkorne bolezni in diabetične nevropatije, manj jasni pa so koristni učinki na makrocirkulacijo. Pri osebah s sladkorno boleznijo so ob ustreznem zdravljenju zaželeni normalne vrednosti glukoze na tešče, čim manjši postprandialni skoki glukoze in vrednosti glikoziliranega hemoglobina A1c manjše kot 6,1%.

Zdravljenje klavdikacijskih simptomov

Intervalni mišični trening je prvi in najosnovnejši način nefarmakološkega zdravljenja bolnikov z intermitentno klavdikacijo (1). Poveča razdaljo, ki jo bolniki prehodijo brez bolečine v povprečju za 100-150%, izboljšuje pa tudi kvaliteto življenja in pozitivno vpliva na celoten srčno-žilni sistem.

Vadba je sestavljena iz intervalov hoje z individualno prilagojeno hitrostjo, ki po 3-5 minutah izzovejo zmerno bolečino v mečih, in intervalov počitka, med katerimi bolečina povsem popusti. Za uspešno izvajanje intervalnega mišičnega treninga sta potrebni dobra motiviranost bolnikov in tudi dokaj ohranjena telesna zmogljivost(8). Ker večini bolnikov ne moremo zagotoviti nadzorovanega programa vadbe, jim svetujemo, da v udobni obutvi hodijo s prekinitvami, ko zaznajo zmerno bolečino v mečih, odmori pa naj bodo dolgi toliko časa, da mišični simptomi povsem popustijo, kar se običajno zgodi po nekaj minutah.

Farmakološko zdravljenje intermitentne klavdikacije je manj učinkovito od intervalnega mišičnega treninga. V poštev pride predvsem pri bolnikih, ki vadbe ne morejo učinkovito izvajati (1). Pri nas je registriran pentoksifilin, ki ima statistično značilne, vendar skromne učinke na klavdikacijsko razdaljo, ni pa registriran cilostazol (zaviralec fosfodiesteraze tipa 3), ki je pri podaljšanju klavdikacijske razdalje nekoliko učinkovitejši od pentoksifilina.

Zdravljenje kritične ishemije

Praviloma spada v bolnišnico, saj je potrebno čimprej opraviti morfološko preiskavo žil in opraviti revaskularizacijski poseg, če je indiciran.

Potrebno je tudi analgetično zdravljenje, ki pogosto zahteva kratkotrajno uporabo narkotičnih analgetikov. Kadar je prisotna ishemična razjeda, se oskrbuje po načelih zdravljenja ran. Ob okužbi razjede ali vlažni gangreni je indicirano sistemsko antibiotično zdravljenje.

Revaskularizacijski posegi

Revaskularizacijske posege lahko razdelimo v znotrajžilne (endovaskularne) posege s skozikožnim (perkutanim) pristopom in klasične kirurške revaskularizacijske posege, med katerimi je najpomembnejši žilni obvod. Izbiri načina revaskularizacije je odvisna od morfologije žilnih okvar, pogosto pa tudi na izkušnje terapevtov v posamezni zdravstveni ustanovi .

ZAKLJUČEK

Ena izmed dolžnosti družinskega zdravnika je prav gotovo preventiva in zgodnje odkrivanje bolezni. Če odkrijemo bolnike z asimptomatsko PAB, lahko preprečimo razvoj ali slabšanje drugih srčno-žilnih bolezni. Pri tem nam je enostavna in neinvazivna preiskava, gleženjski indeks, lahko v veliko pomoč.

LITERATURA

1. The TASC working group. Management of peripheral arterial disease - Transatlantic inter-society consensus. Acute limb ischemia. *Int Angiol* 2000; 19: Suppl 1: 143-79.
2. Hirsch AT, Criqui MH, Treat-Jacobson D, et al. Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care. *JAMA* 2001; 286: 1317-24.
3. Blinc A, Kozak M, Šabovič M. Smernice za odkrivanje in zdravljenje najpogostejših žilnih obolenj. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Združenje za žilne bolezni, 2004.
4. Jonason T, Bergstrom R. Cessation of smoking in patients with intermittent claudication: effect on the risk of peripheral vascular complications, myocardial infarction and mortality. *Act Med Scand* 1987;221:253-60.
5. Fiegelson HS, Criqui MH, Fronck A, Langer RD, et al. Screening for peripheral arterial disease: the sensitivity, specificity, and predictive value of noninvasive tests in the defined population. *Am J Epidemiol* 1994;140:526-34.
6. Blinc A, Šurlan M, Ključevšek A, et al. Smernice za odkrivanje in zdravljenje periferne arterijske bolezni. *Zdrav Vestn* 2004; 73:673-680.
7. Pedersen TR, Kjeldshus J, Pyorala K, et al. Effect of simvastatin on ischemic signs and symptoms in the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Am J Cardiol* 1998; 81: 333-5.
8. Stewart KJ, Hiatt WR, Regensteiner JG, Hirsch AT. Exercise training for claudication. *N Engl J Med* 2002; 347: 1941-51.

MLADI ZDRAVNIKI

MLADI ZDRAVNIKI IN STRES NA DELOVNEM MESTU

Darja ZUPANC *

Povzetek

Zdravnikovo delovno okolje se hitro in radikalno spreminja, kar predstavlja nove obremenitve (1). Stres v zdravniškem poklicu narašča in je večji kot drugod, ima pa tudi bolj nevarne posledice (2). Vsekakor pa ne gre za individualni, ampak za splošni problem v vseh zdravstvenih organizacijah. Vsakodnevne pritiske predstavljajo: povečan obseg dela, večje urne tedenske obremenitve, vse večja pričakovanja ljudi, dodatne in pogosto konfliktno nove vloge ob vse hujših zunanjih pritiskih (3). Vplivi na zdravnikov čustveni, torej notranji svet so v modernih časih veliki.

Mladi zdravniki doživljajo relativno visoko stopnjo čustvenega stresa, toda pomoč iščejo manjkrat in kasneje kot druge poklicne skupine (4). Vsak posameznik si mora poiskati svojo lastno pot, ki je v skladu z njim, glede na svojo osebnost, ambicije, potrebe in želje.

Ključne besede: mladi zdravniki; stres; delovno mesto; splošna ambulanta;

Uvod

Mladi zdravniki se soočajo s specifičnimi problemi, v zadnjih letih pa so doživljali velike spremembe (5). Pogosto so pomembne odločitve posledica uveljavljanja interesov določenih skupin ne pa tudi strokovnih načrtov. Od zdravnika na začetku svoje poklicne poti se ne bi smelo pričakovati, da nosi vso medicinsko, etično in pravno odgovornost.

Delež stresa med zdravniki je višji kot v splošni populaciji, splošni zdravniki so statistično večkrat razmišljali celo o samomoru, primerjalno z drugimi specialisti. Podatki so skrb vzbujajoči. 47% mladih zdravnikov je v vprašalnikih potožilo, da so v stresu, kar 29% jih je navedlo klinično izražene simptome depresije (6). Tretjina študentov medicine in polovica mladih zdravnikov trpi zaradi preobremenjenosti in posledično čustvenih motenj. Zastrahujoče je dejstvo, da je delež samomorov v Veliki Britaniji med zdravnicami splošne prakse dvakrat večji kot v splošni populaciji. V raziskavi so našli statistično značilne razlike v deležu samomorov med različnimi specialnostmi. Anestezisti, splošni zdravniki in psihiatri so dosegali največji delež samomorov. (6)

Vsa stresna obdobja pa so tudi izredno nevarna za zlorabo psihotropnih substanc, razvijanje depresivnega razpoloženja in celo samomorilnosti (8).

* Darja ZUPANC, dr. med., Zdravstveni dom Šmarje pri Jelšah

Med študenti medicine na Poljskem se še vedno pojavlja negativen odnos do družinske medicine, predvsem zaradi manjših diagnostičnih možnosti, slabšega zaslužka in monotonije (7). Če gledamo iz takšnega zornega kota kot mladi zdravniki na družinsko medicino, bo stres pač neizogiben.

Močna in neprijetna čustva se prenašajo iz ene osebe na drugo med komunikacijo (8). Tudi zdravniki so samo ljudje in občutijo omejitve prav tako kot vsi drugi. Vsakodnevno se srečujejo z napetostjo, kar se lahko odraža v telesnih boleznih in porušenju mentalnega ravnotežja, v skrajnem primeru celo v smrti. Ta triada neugodnih stanj pa ni nikoli daleč, preži na nas kar v vsaki družinski ambulanti (8).

DELOVNO MESTO IN STRES

Faktorji, ki so najbolj stresogeni na delovnem mestu, so predvsem prilagajanje stalno spreminjajočemu se sistemu (6), prevelike zahteve bolnikov, pomanjkanje podpore starejših kolegov, privzemanje novih vlog in večje odgovornosti (9), pomanjkanje organizacijske podpore, strah pred pritožbami, sodiščem in mediji, strah pred neizkušenostjo, preveliko breme administracije in slabi odnosi v kolektivu. Posledično se pojavijo občutki nesigurnosti, izoliranosti, zmedenosti, negativni občutki napetosti, neugodja, frustracije in pomanjkanja časa. Mladi zdravniki pogosto naletijo na težave lastne identitete, saj je potrebno uskladiti nove vloge, kar predstavlja dodaten napor (10). K večjim naporom prispevajo tudi faktorji okolja, kot so problemi brezposelnosti, pogoste nalezljive bolezni, zloraba drog, revnejša področja (6).

Mladi se soočajo z mnogimi stresorji na delovnem mestu, rešujejo urgentna stanja, nastopajo kot "vratarji" za vstop na sekundarno raven in sprejemajo odločitve o zdravljenju (11). Napovedni dejavniki stresa med mladimi zdravniki so visoke delovne zahteve in veliko breme pacientov. V študiji Vanagas (9) ugotavljajo, da je najvišji procent psihosocialnega stresa zaznaven med zdravniki ženskega spola, med samskimi in ovdovelimi. Nižji procent stresa so zabeležili pri moških in starejših zdravnikih družinske medicine.

Zgodnje obdobje v karieri mladega zdravnika, še pred izbiro specializacije, je najprimernejši čas svetovanja, kako se izogniti stresu (12). Zadovoljstvo pri delu ščiti mlade pred stresom in pred zgodnjo izgorelostjo. Študija po Kraseku (13) je pokazala, da so mladi bolj občutljivi na obremenitve v zvezi z delom z bolniki kot starejši kolegi. Prevelik napor na delovnem mestu predstavlja udarec delovni vnemi (13). Zelo samokritični študentje so v večji nevarnosti, da postanejo kasneje zdravniki v velikem stresu. Mlade odlikuje profesionalno navdušenje, ki z leti nehote postopoma ugaša (1). Pogosto je potrebna pomoč od zunaj, s strani supervizorja ali konzultanta, ki bi moral biti stalno dostopen (14). Rešitve se kažejo v pridobivanju znanja in veščin, kar vodi k večji samozavesti in boljši samopodobi.

Faktorji, ki povečujejo zadovoljstvo v službi so: raznolikost dela, finančna stimulacija, pozitivni kontakti s kolegi in sodelovanje v procesu izobraževanja mlajših kolegov (15). Težnje zdravnikov k večjim uspehom, k še večji skrbi za bolnike brez ustrezne podpore in časa, vodi k še večjemu stresu (16). Čustvena izčrpanost in stres sta vzročno močno povezana, saj so zdravniki, ki so čustveno izčrpani tudi v stresu. To vodi k še večji izčrpanosti in še k večjemu stresu, gre torej za začaran krog. Depersonalizacija, kar pomeni

gledati na paciente ne samo kot na ljudi, ampak nekoliko tudi kot na objekte, je po študiji Mayor (16) zmanjšala čustveno obremenjenost. To se zgodi zaradi privzetega Freudovega tipa "ego obrambe" (16). Potrebno je seveda zavzeti nek normalen odnos, kritično držo in se sproti prilagajati ter se ob tem zavedati pasti prevelike depersonalizacije.

Nevarnost zdravniškega poklica je tudi sindrom izgorevanja, ki je diametralno nasproten občutkom lastne učinkovitosti (17). Na začetku svoje poklicne poti je mlad zdravnik navadno poln navdušenja, delovne energije in elana, z visokimi pričakovanji do svojega dela. Iz prvega t.i. "entuziastičnega" obdobja preide v obdobje "stagnacije", saj začne opazovati dolge ure dela, slabo plačo, nujnost nenehnega izobraževanja, za neuspešno zdravljenje bolnikov se počuti krivega, zato pravega zadovoljstva ne občuti več. Naenkrat začne opazovati, da tistega kar si je zaželel kot študent medicine, v realnosti ni. Opaža, da ne more izpolniti vseh bolnikovih pričakovanj in zahtev, vedno znova se sooča z dejstvom, da bolezen napreduje. Čuti, da ga vse bolj obdajajo občutki brezperspektivnosti in nemotiviranosti, izgublja energijo, optimizem in zanimanje za delo. To je krizni trenutek, ko lahko aktivira dodatno energijo, ali pa gre po negativni poti in vse bolj polzi v najtežjo fazo izgorevanja, apatijo.

Potrebno je utrjevati veščine, da se prepreči izgorevanje in zaščiti kvaliteta življenja in dela (18). Nikoli ne smemo doseči točke, da bi izbirali med osebnim in poklicnim življenjem.

Pacienti ne potrebujejo kronično izčrpanih zdravnikov v stresu, ki bi izgoreli že po desetih letih dela in se stalno pritoževali nad svojimi neopaženimi talenti. Ne marajo pa tudi zdolgočasenih, naveličanih ali celo arogantnih zdravnikov (14). Tudi nekatere osebne lastnosti zdravnika, ki jih začuti kot breme ali oviro pri delu, njegove vrednote, izkušnje in temperament lahko pospešijo občutek izgorelosti (17).

V svetu so se ponekod že oblikovale Balintove skupine. Gre za skupine splošnih zdravnikov in psihiatrov, ki se predvsem pogovarjajo o odnosu zdravnik bolnik in zagotavljajo podporo. Udeležba v teh skupinah ima skupaj z drugimi aktivnostmi potencial, da prepreči sindrom izgorevanja (19).

ZDRAVNIK SE SOOČA Z DELOVNIM OKOLJEM

Stresno okolje vsekakor ni problem posameznika ampak celo vseh delovnih skupnosti in organizacij. Potencialni vzrok prekomerne izčrpanosti je občutek, da ne glede na to, koliko se trudimo, ne moremo izboljšati svojega stanja, kar pa seveda ni res. Če se nenehno razdajmo, potrebujemo tudi čas in energijo za zapolnitev notranjih moči.

Zdravniki poslušamo, skrbimo, podpiramo, bodrimo in zdravimo. Toda ali se kdaj vprašamo kaj pa naše potrebe, kako se počuti naš notranji svet? Usmeriti pozornost tudi na naše potrebe nikakor ni sebično, ampak je celo nujno za ohranitev notranjega ravnovesja. Bogatijo in osrečujejo nas izkušnje uspeha. Toda ali sploh opazimo naše uspehe ali se bolj osredotočimo na neugodne stvari, ki nam povzročajo neugodje? Večkrat lažje poslušamo o neuspehih kot o uspehih in tudi pacienti se lažje pritožujejo kot pa, da bi pohvalili naše delo. Nekateri trdijo, da je določen pritisk na delovnem mestu dober, saj naj bi izboljšal kvaliteto dela. To je res do neke točke, nato pa ni več tako (18). Težave pri doseganju osebnih in poklicnih zahtev lahko vodijo k intenzivnemu stresu (18), še posebej, če smo

razpeti med čustvi” moram” in ”ne zmorem”. Dobro je, če imamo ideale, vendar je potrebno ohraniti zdrav odnos, ki ne bo v nobenem trenutku presegel naših meja in zmožnosti. Ko smo preobremenjeni, moramo razumeti, da lahko dosežemo več in opravimo delo bolje, če poskušamo delati manj (20). Samoopazovanje pomeni opazovati se in spraševati v rednih intervalih, kje smo in kako se počutimo. Lahko se naučimo prepoznati nevarne znake stresa in si poskušamo pomagati še preden je prepozno (20).

Komu naj bomo zdravniki bolj privrženi, pacientom, službi, predpisom in do katere stopnje (1)? Gre za razkorak med ideali medicine in realnimi možnostmi. Čas in zaupanje sta ključna dejavnika v odnosu zdravnik bolnik, ki naj bo vedno v osrčju naših prizadevanj (1). Zdravnik lahko ponudi načeloma vse, dokler bolnik ne zahteva preveč. To pa je dovolj le za ljudi z jasnimi idejami, kaj potrebujejo (1). Ko sta v odnosu zdravnik bolnik lojalnost in zaupanje porušena, se ljudje počutimo izdani. Reakcija mnogih zdravnikov na neugodne okoliščine povečuje neugodne občutke in pojavi se nezadovoljstvo.

Zdravniki, bolniki in politiki predstavljajo skupen trikotnik, ki na nek način mora sodelovati. Če poskušajo vsi trije razumeti drug drugega, bo kritik manj in medsebojna sprejetost bo boljša (14).

Zdravniki smo inteligentni, vendar večkrat premalo pogumni. Našo usodo krojijo predstojniki, bolniki, politiki, pravniki, novinarji in nenazadnje še najbolj javnost. Pogosto menimo, da smo slabi zdravniki, kadar se počutimo nesrečne in močno izčrpane. Izraz ”hazarderski heroji” pomeni zdravnika, ki opravlja službo ne glede na vse svoje težave in izgorelost, saj bi v podobnem primeru bolniku svetoval zdravljenje ali celo bolniški stalež.

Zdravniki drugih strok nam pogosto vsiljujejo podrejen položaj, sploh mlajšim kolegom družinske medicine, ko sta samozavest in izkušnost še manjši. Mnogim se ni težko posvetovati o kliničnih vprašanjih, ko pa sami potrebujejo pomoč v stiski, pa tega pogosto ne upajo poiskati. Na žalost je v družbi še vedno prisotno mišljenje, da priznanje o stiski ali depresivnem razpoloženju pomeni osebni poraz. Med kolegi pogosto prevladuje tekmovalnost in pomanjkanje sočutja do sodelavcev (14). Pacienti pa pričakujejo ves vrhunec tehnološke znanosti že pri osebnem zdravniku. Tako kot bolnik potrebuje podporo in čas za okrevanje, tako potrebuje podobno včasih tudi njegov zdravnik (14).

RAZPRAVA

Pomembno je imeti voljo za reševanje težav in jasne cilje, ki so dosegljivi pri našem delu. Moramo zgraditi mehanizme, kako se bolj osredotočiti na pozitivne stvari in poslušati ter tudi slišati pohvale. Stroka mora biti čimbolj povezana, predstojniki pa bi morali prisluhniti potrebam kolegov. V svetu se oblikujejo podpirne skupine za pomoč zdravnikom v stiski in stresu, ki zagotavljajo podporo in pomoč. Ne gre za skupinsko terapijo, toda uspešna skupina je zelo terapevtska (14). Na Norveškem so ustanovili preventivne programe (15), ki so lahko dostopni in so namenjeni zmanjševanju stresov. Poskušajo povečati motivacijo in svetujejo ustrezno zdravljenje, tako zdravniku kot tudi partnerju (15). Ti programi ponujajo zdravljenje in spremembo okolja, zagotavljajo tudi popolno anonimnost. Zavedajo se, da je problem predvsem prepoznati rizične skupine zdravnikov. Tečajji potekajo individualno ali v skupini, ukvarjajo se s komunikacijo, s konceptom lastnih

identitet, odnosov v družini itd. Norveško zdravniško združenje krije vse stroške tečaja, vključno s potnimi stroški. Program tako doseže zdravnike, ki resnično potrebujejo pomoč.

Tudi pri nas bo potrebno oceniti potrebe po preventivnih antistresnih programih in jih ustrezno ponuditi in približati vsem zdravnikom (20). Ponekod po svetu imajo mladi zdravniki že dostop do svetovalca, ki jim je z nasveti in usmerjanjem dostopen v vsakem trenutku (21).

Potrebno se je truditi za čim večji profesionalni in osebni razvoj ter izboljševati in učvrstiti partnerski odnos zdravnik bolnik. Potrebno je, da se stres in problemi v duševnem zdravju skrbno spremljajo ter, da se poskuša bolj učinkovito iskati in zaščititi rizično populacijo (3). Potrebno je uravnovesiti pacientova pričakovanja in zahteve zdravstvene oskrbe, ob tem pa se v službi počutiti zadovoljen in kreativen. Dobro je razmisliti o pričakovanjih in dolžnostih ter o vseh vlogah, ki jih igramo v svojem življenju. Vprašajmo se, kaj nam je pomembnejše in kakšne bodo posledice, če določena naloga ne bo tako dobro opravljena.

Biti odkrit z bolniki pomeni pogosto zmanjšati njihova nerealna pričakovanja. Seveda pa smo navadno pod največjim pritiskom naših lastnih želja in predstav o dolžnostih. K problemu naravnani pristop je najboljši, pa čeprav je naš uspeh le majhen korak v pravi smeri (19).

Poskušajmo ugotoviti, kaj nas najbolj izčrpava, kaj nam predstavlja največji stres (19). Potrebno se je zavedati, da ni vse slabo in brezupno (14). Moramo vedeti, da potekata zdravljenje in osrečujoči občutki vzporedno. Na nek način smo vendar privilegirani, ker znamo in radi zdravimo druge. Nič ni bolj osrečujočega kot pozdraviti bolnega otroka ali rešiti nekoga zanesljive smrti. Medicina pa tudi ne more rešiti vseh socialnih problemov ter nadomestiti drugih služb v našem okolju (14).

Že v procesu odraščanja in osebnega oblikovanja smo razvili zaščitne protistresne mehanizme. Zaščita pred stresom je možna na ravni posameznika, ustanove ali celotnega sistema. Vsak si mora najti svoj najprimernejši način, kako bi zmanjšal izčrpanost. Največkrat pomaga manj dela in s tem manj obremenitev (20).

Svetovna zdravstvena organizacija je leta 2003 izrazila resno zaskrbljenost zaradi prisotnega vse večjega stresa in izčrpanosti na delovnem mestu zdravnikov. Pozvala je vse skupnosti, da naj se zavedajo perečega problema, ga spremljajo in razvijejo preventivne strategije (21). Potrebne bodo še sistematske študije v prihodnosti, ki bodo ponovno ocenile resnost problema in pokazale na možne rešitve (20).

ZAKLJUČEK

Izčrpanost in anksioznost zanesljivo poslabšata kvaliteto zdravstvene oskrbe. Težnja k idealiziranju v medicini ne bo nikoli pripeljala k uspehu in zadovoljstvu. Zdravniki naj bi bili odprti, uravnoteženi in prilagodljivi na spremembe. To triado lastnosti pa je pogosto potrebno še pridobiti.

Mladi zdravniki vsekakor prinašamo svež veter, novo zbirko vrednot in ciljev, ki so včasih v nasprotju s tradicionalnimi in profesionalnimi zahtevami. Nobena generacija ne bo zmogla popolnoma odstraniti konfliktov med različnimi vidiki dela. Mladim je potrebno

ponuditi kognitivne strategije, ki bi jim pomagale oblikovati smisel za odgovornost znotraj normalnih okvirov. Frustracija in dolgočasje prispevata k negativnim občutkom na delovnem mestu. Mladi zdravniki naj bi se trudili ohraniti bolnika v osrčju svoje oskrbe, vzporedno pa naj bi si ustvarili zdrave meje med osebnim in poklicnim življenjem. Najti moramo svoj prostor v tem sistemu in ohraniti zdravo mejo kritičnosti ter se truditi za izboljšanje v vseh pogledih. Na osebni ravni pa je uspeh v medicini kot tek na dolge proge. Potrebno je izbrati le pravilno pot in smer.

LITERATURA:

1. Vaughan C, Higgs R. Doctors and commitment. *BMJ* 1995; 311:1654-1655.
2. Caplan P. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants and general practitioners. *BMJ* 1994; 309:1261-1263.
3. Wider A. A Doctors Dilemma: Stress and the Role of the Career. *BMJ* 1996; 313: 889.
4. Isaksson K, Tore G, Aasland OG. Does a self-referral counselling program reach doctors in need of help. *BMC Public Health* 2007; 1186-1196.
5. Sedevecič E, Breclj E, Dietner S. Ustanovitev komisije za mlade zdravnike. *ISIS* 1997; 8-9.
6. Dobson R. Stresses on women doctors may cause higher suicide risk. *BMJ* 2001; 322-945.
7. Giedrius V, Bihari S. Interaction among general practitioners, age and patient load in the prediction of job strain. *BMC Public Health* 2004; 4:59-10.
8. Smith R. Why are doctors so unhappy. *BMJ* 2001; 322-1361.
9. Giedrius V, Bihari S. The factors associated to psychosocial stress among general practitioners in Lithuania. *BMC Health Services Research* 2005; 5:45-10.
10. Esteva M, Larraz C, Jimenez F. Mental health in family doctors. *Rev Clin Esp* 2006; 206(2):77-83.
11. Ross A, Branthwaite A. Satisfaction and job stress in general practice. *Am Fam Pract* 1988; 83-93.
12. Cozens F. Highly self critical medical students become stressed doctors. *BMJ* 1997; 7099-7100.
13. Muszalska M, Buczkowski K. Personality and coping with stress in the general practitioner. *Pol Merkur Lekarski* 2006 ; 188-91.
14. Kirwan M, Armstrong D. Investigation of burnout in a sample of British general practitioners. *Br J Gen Pract* 1995; 259-60.
15. Chambers R, Wall D, Campbell I. Stresses, coping mechanisms and job satisfaction in general practice. *Br J Gen Pract* 1996 ;343-348.
16. Mayor S. Emotional exhaustion and stress in doctors are linked. *BMJ* 2002 ; 324: 1475-1477.
17. Čebašek Travnik Z, Grad O, Močnik M, Milač B. Zdravnik proti stresu in izgorevanju. *ISIS* 1999 ; št.5.

18. Johanstone C. Strategies to prevent burnout. *BMJ* 1999 ; 818: 821.
19. Benson J, Magraith K, Yunti N. Compassion fatigue and burnout. *Australian Family Physician* 2005 ; 402: 512.
20. Armstrong D, Ashworth M. Sources and implications of dissatisfaction among new GPs in the inner-city. *Family Practice* 1999 ; 18: 22.
21. Spencer J, Young G. General practitioners views about the need for a stress support service. *Family Practice* 1996 ; 6: 517-521.

DIABETIČNO STOPALO

Katarina Lahovnik *

Izvleček

Diabetično stopalo je izraz, ki opisuje skupek bolezenskih okvar na stopalu bolnika s sladkorno boleznijo, kjer lahko nevropatija, ishemija in infekcija privedejo do destrukcije tkiva, zaradi katere je pogosto potrebna amputacija (1).

V Sloveniji je 3% prebivalcev registriranih sladkornih bolnikov, ocenjujejo, da jih je realno 4% (2). Od tega jih 15% tekom svoje boleznirazvije razjedo na stopalu, 25% jih doživi eno ali celo več amputacij (1).

Do nedavnega je vodenje bolnika s sladkorno boleznijo veljalo za subspecialistično področje dela, sedaj pa se vedno bolj vrača v splošne ambulante (2). Zato je zelo pomembno, da družinski zdravniki dobro poznajo poleg kasnih zapletov sladkorne boleznir (retinopatija, nefropatija, nevropatija, makroangiopatija, mikroangiopatija) tudi pravilno oskrbo diabetičnega stopala, saj s tem lahko preprečimo nastanek razjed, ki so v 80% prisotne pred amputacijo dela spodnje okončine. Ena do dve tretjini netravnatskih amputacij je opravljenih ravno pri sladkornih bolnikih. Zaradi nevropatije, ki povzroči izgubo protektivne senzibilitete na stopalu, bolnik ne čuti poškodbe stopala, če pa rane opazi, jih ne zaznava kot nevarne, ker ga ne bolijo. Z intenzivno vzgojo bolnikov s sladkorno boleznijo o negi nog, identifikacijo tistih z visoko ogroženostjo za nastanek razjede na stopalu in pravilno oskrbo že nastalih razjed (multidisciplinarni pristop), bi lahko preprečili do 80% amputacij. S tem bi bistveno izboljšali kakovost življenja bolnika s sladkorno boleznijo in zmanjšali število smrti zaradi okužb in amputacij (3). Vloga družinskega zdravnika v tem multidisciplinarnem pristopu je zelo pomembna.

Ključne besede: diabetično stopalo, diabetična nevropatija, makroangiopatija, mikroangiopatija, gangrena, amputacija, nevropatično stopalo, nevroishemično stopalo

Uvod

Za nastanek diabetičnega stopala so najpomembnejši kronični zapleti sladkorne boleznir (nevropatija, angiopatija), svoje prispevajo tudi drugi dejavniki tveganja za žilne okvare

* Katarina Lahovnik, dr. med., specializantka družinske medicine, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Gosposvetska 1, 2380 Slovenj Gradec

(arterijska hipertenzija, hiperlipidemija, kajenje). Tveganje za amputacije še povečajo poškodbe, okužbe in neustrezna nega stopal.

Glede na prevladujoče spremembe delimo diabetično stopalo na nevropatično in neuroishemično.

Nevropatično stopalo

Nevropatično stopalo je posledica periferne nevropatije, ki je lahko senzorična, motorična ali vegetativna. Senzorična nevropatija povzroča hipoestezijo in hipoalgezijo (zmanjšan občutek za dotik in bolečino) ali pa hiperestezijo in hiperalgezijo. Pri hudi nevropatiji je možna tudi anestezija in analgezija (popolna neobčutljivost za dotik in bolečino). Neredko se pojavlja tudi parestezija (spremenjen občutek), dizestezija (neprijeten, spremenjen občutek) in alodinija (neboleč dražljaj izzove bolečino). Bolniki navajajo, da noge slabo čutijo ali pa tožijo zaradi pekočih bolečin, mravljinčenja ali občutka nemirnih nog (6).

Motorična nevropatija povzroča oslabitev mišic stopala, zato se spremeni statika stopala. Pojavijo se krempljasti prsti, izguba maščobnih blazinic, plosko stopalo (tudi zaradi prekomerne teže, ki je pogosta pri bolnikih s sladkorno boleznijo) in valgusna deformacija palca.

Vegetativna nevropatija povzroči zmanjšano znojenje. Koža postane suha, razpokana. Razpoke so vstopno mesto za bakterije, ki povzročajo infekcije. Zaradi okvare vazomotorike pride do odpiranja arterio-venskih shuntov (1).

Razjede na nevropatičnem stopalu se običajno pojavijo na mestih največje obremenitve pod hiperkeratozami. Lahko so posledica poškodb, ki jih bolnik zaradi senzorične nevropatije ne začuti. Robovi razjede so zadebeljeni, dno je čisto brez oblog (5).

Neuroishemično stopalo

Neuroishemično stopalo je posledica makroangiopatije, ki najprej prizadene golenske arterije in mikroangiopatije. Ob ishemiji skoraj vedno najdemo tudi nevropatijo, zato govorimo o neuroishemičnem stopalu.

Bolnik ima bolečine v mišicah meč pri hoji (intermitentna klavdikacija), pri hujši prizadetosti ga boli noga tudi v mirovanju. Prizadeto stopalo je hladnejše, kapilarna polnitev upočasnjena. Pulzi na a. dorsalis pedis in a. tibialis posterior niso tipni. Gleženjski perfuzijski indeks je pod 0,80. Koža je tanka in slabše poraščena. Pri elevaciji okončina postane bleda, v stoječem položaju pa rdečkasta. V napredovali fazi nastanejo razjede, ki so boleče. Če se pojavi gangrena je običajno suha (1).

Razjede se pojavijo na robovih stopala in konicah prstov. Robovi razjede so tanki, na dnu so nekrotične obloge (5).

Ocena velikosti razjed na stopalu po Meggitt – Wagnerjevi klasifikaciji (5)

To klasifikacijo uporabljamo za opis globine in obsega prizadetosti tkiv.

- Stopnja 0: ni odprtih ran.
- Stopnja 1: površinska razjeda.
- Stopnja 2: razjeda sega v podkožje do tetiv in kosti, sistemski znaki vnetja so odsotni.
- Stopnja 3: razjeda sega v podkožje do tetiv in kosti, z abscesom ali osteomielitisom.

- Stopnja 4: gangrena prstov ali dela stopala.
- Stopnja 5: gangrena celotnega stopala.

Okužbe razjede

Že sama sladkorna bolezen oslabi imunski odziv, slabša prekrvavitev še dodatno zmanjša sposobnost organizma, da se brani pred okužbo, hkrati pa ishemija poslabša dostop antibiotika do mesta okužbe. Povzročitelja infekcije identificiramo z brisom rane, ki mora biti pravilno odvzet, transportiran in kultiviran. To velja zlasti za izolacijo anaerobov. Kadar gre le za lokalne znake vnetja (rdečina, oteklina, toplejše področje, bolečina) in obseg razjede ne presega 2. stopnje po Maggitt - Wagnerjevi klasifikaciji, lahko zdravimo bolnika ambulantno s peroralnimi antibiotiki, ki jih damo najprej empirično (amoksicilin s klavulansko kislino ali klindamicin), nato pa glede na antibiogram. Kadar se pojavijo sistemski znaki vnetja in/ali je razjeda 3., 4. ali 5. stopnje, je potrebna hospitalizacija, kirurška oskrba in parenteralno dajanje antibiotikov.

Vlažna gangrena je kirurška urgenca, saj odlašanje s terapijo privede do višjega nivoja amputacije in hudega poslabšanje splošnega stanja bolnika (1,13).

Zdravljenje diabetičnega stopala

Najpomembnejša je preventiva, ki vključuje vzgojo bolnika o pravilni negi nog, redne preglede nog z izvajanjem presejalnega testa, dobro urejanje nivoja sladkorja in motivacijo bolnika za odpravljanje ostalih dejavnikov tveganja (kajenje, prekomerna telesna teža, arterijska hipertenzija in dislipidemija).

Za zdravljenje pa je potreben multidisciplinaren pristop (splošni/družinski zdravnik, medicinska sestra, diabetolog, splošni in žilni kirurg, ortoped, radiolog, kirurg plastik, fiziater, infektolog, pediker).

Zdravljenje nevroishemičnega stopala lahko vključuje: intervalni mišični trening (12), antiagregacijsko terapijo, zdravljenje s pentoksifilinom, dilatacijo zožene arterije z balončkom ali pa vstavev stenta, lokalno kirurško čiščenje zamašene žile (endarterektomija), premostitev zapore z lastno veno ali žilno protezo (by-pass) (1).

Zdravljenje nevropatičnega stopala lahko obsega: strokovno pedikuro, razbremenitev najbolj obremenjenih delov stopala (redukcija telesne teže, uporaba začasnega čevelja- healing shoe, mavčevega čevelja, bergel); pri pekočih nogah se lahko poslužimo TENS-a (površinsko protibolečinsko električno draženje) ali pa zdravil (karbamazepin, gabapentin ali serotoninški antidepressivi) (6).

Zdravljenje razjede lahko vključuje: razbremenitev (začasni čevelj, mavčev čevelj ali škorenj- total contact cast, pnevmatična opornica-air cast) (9), eradikacijo infekcije, nego razjede (na trgu je ogromno različnih oblog za rane, vendar je potrebno te menjavati pogosteje kot pri bolniku, ki nima sladkorne bolezni) (8), zdravljenje z laserjem (10), podtlačno masažo (10), zdravljenje v hiperbarični komori (11), kirurško odstranjevanje mrtvine (nekrektomija)

Razjede 1. in 2. stopnje lahko zdravi splošni/družinski zdravnik ali diabetolog, razjede 3. stopnje in več pa kirurg.(1)

Zdravstvena vzgoja bolnika s sladkorno boleznijo glede nege stopal

Bolnika moramo naučiti prepoznavati težave s stopali. Zdravstveno osebje mu mora pokazati nekatere spretnosti npr. kako pravilno striči nohte. Pravilno moramo oceniti ali je bolnik naša navodila razumel in ali jih je sposoben izvajati. Kadar temu ni tako, moramo k sodelovanju pritegniti svojce (4). Vsak bolnik s sladkorno boleznijo mora vedeti glede nege nog naslednje (5):

- Noge naj si umiva vsak dan s tekočo mlačno vodo (nujno je preveriti temperaturo vode, da ne pride do opeklin) in milom. Noge naj si obriše do suhega, še posebej natančno med prsti.
- Suho kožo naj namaže z vlažno emulzijo, vendar ne med prsti.
- Nosi naj nogavice iz naravnih materialov, ki se dobro prilagodijo in niso zakrpane. Zamenja naj jih vsak dan.
- Čevlji morajo biti udobni, kupuje naj jih popoldan, uhodijo naj se postopoma.
- Notranjost čevljev je treba vsakič, preden jih obuje, natančno pregledati in pretipati z roko, da odstrani kamenčke ali druge tujke
- Vsak večer si mora natančno pregledati noge. Pri tem si lahko pomaga z ogledalom ali prosi svojce za pomoč
- Ne sme odstranjevati trde kože, kurjih oces in vraščenih nohtov z nesterilnimi pripomočki in keratolitiki.
- Nog naj ne greje pri peči, s termoforjem ali grelno blazino, ker lahko nastanejo opekline. Kadar ga zebe v noge, naj se topleje obuje, nogavice lahko nosi tudi v postelji.
- Manjše površinske rane naj razkuži z alkoholom, nanje položi sterilno gazo in povije s povojem. Naj ne uporablja mazil, posipov in pršil, še zlasti pa ne domačih pripravkov. Če se rana v nekaj dneh ne zaceli, mora bolnik k zdravniku in ga posebej opozoriti, da ima sladkorno bolezen.
- Hiperkeratoze naj mu odstranjuje pediker, ki je posebej usposobljen za nego diabetičnega stopala.

Dejavniki tveganja za nastanek diabetičnega stopala so:

- Anamnestični podatek o razjedi ali amputaciji v preteklosti.
- Prisotnost senzorične in motorične nevropatije.
- Poškodba zaradi neprimerne obutve, hoje z bosimi nogami, padca, nesreče ali tujka v čevljih.
- Porušena biomehanika stopala zaradi omejene gibljivosti sklepov, kostnih izboklin, deformacij nog (ploske noge, valgusna deformacija palca, krempljasti prsti, atrofije maščobnih blazinic), trde in poroženele kože.
- Periferna žilna bolezen (odsotnost pulzov na arterijah stopala, znižan gleženjski indeks).
- Slab družbeno ekonomski položaj (nizka izobrazba, slabe možnosti zdravstvene oskrbe, nesodelovanje in malomarnost pri izvajanju navodil zdravstvenega osebja) (4).

Razvrstitev bolnikov v skupine s povečanim tveganjem za nastanek diabetičnega stopala (presejalni test)

Na podlagi kliničnega pregleda nog lahko bolnike razdelimo v naslednje rizične skupine (7):

Rizična skupina 1:

- ohranjena je zaščitna senzibiliteta (testiramo jo z 10g Semmes-Weinsteinovim monofilamentom ali glasbenimi vilicami ali z iglo ali vato na hrbtnišču stopala ali izzivanjem Ahilovega refleksa (4))
- ni anamneze o ulkusih ali amputacijah
- ni deformacij stopala

Ukrep:

- osnovni zdravstveno-vzgojni program
- pregled ponovimo vsaj enkrat na dve let (idealno enkrat letno)

Rizična skupina 2:

- izguba zaščitne senzibilitete
- ni anamneze o ulkusih ali amputacijah
- periferni pulzi so tipni
- ni deformacij stopala

Ukrep:

- zdravstvena vzgoja (nega nog, izbira pravilne obutve)
- pregled ponovimo ob vsakem obisku

Rizična skupina 3:

- ohranjena zaščitna senzibilnost
- ni anamneze o ulkusih ali amputacijah
- odsotnost stopalnih pulzov

Ukrep

- zdravstvena vzgoja (nega nog, izbira pravilne obutve)
- napotitev v angiološko ambulanto
- pregled ponovimo ob vsakem obisku

Rizična skupina 4:

- kombinacija izgube senzibilitete, ishemije in/ali deformacije
- in/ali anamneza o ulkusih ali amputacijah
- in/ali Charcotovo stopalo (porušen pedalni lok, razredčitev kostne strukture in destrukcija sklepov; stopalo je toplo in oteklo)

Ukrep:

- razširjen zdravstveno vzgojni program
- napotitev v ambulanto za nogo
- predpis ustreznega vložka ali obutve
- pregled ponovimo ob vsakem obisku

Vloga družinskega zdravnika pri bolniku z diabetičnim stopalom

Splošni/družinski zdravnik je običajno prvi, ki ugotovi sladkorno bolezen pri svojem pacientu. Ob prvem pregledu mora vzeti natančno anamnezo glede življenjskega sloga, socialnih razmer (to mu da vpogled v sposobnost bolnika za razumevanje njegove aktivne vloge v zdravljenju sladkorne bolezni), družinske obremenjenosti s sladkorno boleznijo, prisotnosti simptomov kasnih zapletov sladkorne bolezni (predvsem pri starejših ljudeh so lahko ob odkritju sladkorne bolezni že prisotni pozni zapleti), drugih bolezni, kajenja in jemanja zdravil.

V splošnem kliničnem statusu ne smemo pozabiti na tehtanje, meritev krvnega tlaka, v specialnem statusu pa na natančen pregled nog. Iščemo deformacije stopala, hiperkeratoze, spremembe med prsti, tipamo pulze na arterijah spodnjih okončin, z 10g monofilamentom testiramo ali je ohranjena zaščitna senzibiliteta. Pomagamo si lahko s posebnim obrazcem, ki nas vodi skozi pregled stopala (10). Na podlagi pregleda bolnika uvrstimo v rizično skupino glede nastanka diabetičnega stopala.

Potrebno je določiti v krvi nivo glikiranega hemoglobina, krvnega sladkorja, lipidov, sečnine, kreatinina. V urinu pogledamo ali je že prisotna proteinurija. Bolnika napotimo na pregled očesnega ozadja k okulistu.(2)

Na podlagi vseh podatkov se lahko odločimo ali lahko pacienta kakovostno obravnavamo v svoji ambulanti ali pa je potrebna napotitev na sekundarni nivo (diabetični dispanzer).

Menim, da bi lahko paciente, ki potrebujejo le dieto ali peroralne antidiabetike vodili sami. Seveda če smo za to dovolj usposobljeni in predvsem, če nam to dopušča vsakodnevno prenatrpana ambulanta.

Pri zdravstveni vzgoji si lahko pomagamo z različnimi brošurami, v katerih je poleg navodil glede diete, zdravega življenjskega sloga tudi dobro opisana pravilna nega nog. Vsekakor moramo preveriti ali je bolnik prebrano razumel in mu omogočiti, da nam lahko zastavi še dodatna vprašanja. V veliko pomoč nam je tudi medicinska sestra, ki je seznanjena z vodenjem bolnika s sladkorno boleznijo.

Vodenje sladkornih bolnikov omogoča register sladkornih bolnikov in list bolnika s sladkorno boleznijo v zdravstvenem kartonu ali na računalniku, ki nam omogoča spremljanje kakovosti vodenja. Register daje zdravniku pregled nad populacijo sladkornih bolnikov in omogoča klicanje bolnikov, ki izostanejo pri načrtovanih kontrolah (2).

Kakovostno voden bolnik naj bi imel nivo glikiranega hemoglobina (HbA1c) pod 6.5%, glukozo v plazmi na tešče 5,0 do 7,2 mmol/l, po obroku pod 9mmol/l, v urinu ne sme imeti glukoze in acetona, celokupni holesterol pod 4,5mmol/l, LDL pod 2,5 mmol/l, HDL nad 1mmol/l, trigliceride pod 2 mmol/l, krvni tlak pod 130/85 mmHg, pri ledvični bolezni pod 125/75 mmHg, indeks telesne mase pod 25 pri ženskah in pod 26 pri moških. Mora biti dobro poučen o svoji bolezni (5).

Noge moramo bolniku s sladkorno boleznijo pregledati enkrat letno oz. glede na rezultat presejalnega testa tudi pogosteje. Kadar je potrebno napotimo bolnika v ambulanto za diabetično stopalo. Razjede na stopalu lahko zdravimo le dokler ne presežejo 2. stopnje po Meggitt-Wagnerjevi klasifikaciji. Zelo pomembno je, da znamo pravočasno oceniti, kdaj pacient potrebuje multidisciplinarni pristop, da mu s pravilnimi napotitvami in koordinacijo med specialisti uspemo v celoti ohraniti spodnjo okončino.

Zaključek

Žal je pri nas še vedno preveč izgubljenih okončin zaradi kroničnih zapletov sladkorne bolezni. S tem tudi pada kakovost življenja bolnikov s sladkorno boleznijo. Z osveščanjem bolnikov, doseganjem ciljev za kakovostno oskrbo bolnika s sladkorno boleznijo, rednimi pregledi nog in pravilno oskrbo diabetičnega stopala, bi lahko preprečili 80% amputacij. Zato je pomembno, da pri bolniku, ki ima sladkorno bolezen, vsaj enkrat letno pregledamo tudi noge in na podlagi videnega ustrezno ukrepamo.

Literatura

1. Štirn B. Diabetično stopalo. Medicinski mesečnik; 10: 2006: 280–7
2. Kersnik J. Veščine obravnave posameznih skupin zdravstvenih težav. In: Kersnik J. Osnove družinske medicine. Maribor; 2007 218–21
3. Medvešček M. Pomen oskrbe diabetičnega stopala. In: Urbančič Rovan V. Oskrba diabetičnega stopala. Ljubljana; 2003 13-22
4. Urbančič Rovan V. Mednarodni dogovor o diabetičnem stopalu, priloga Praktična navodila za zdravljenje in preprečevanje diabetičnega stopala; Februar 2001 6–9
5. Urbančič V. Diabetično stopalo. In: Medvešek M, Mrevlje F, Koselj M. Sladkorna bolezen 2. izdaja. Ljubljana; 2005 129-44
6. Meh D. Zdravljenje bolnikov z diabetično nevropatijo s fizikalnimi sredstvi. IV. Fajdigovi dnevi. Kranjska gora, Oktober 2002
7. Piletič M. Presejalni test za diabetično stopalo. In: Urbančič Rovan V. Oskrba diabetičnega stopala. Ljubljana; 2003 47 – 57
8. Vodičar A, Kregar M, Prešeren M, Potnik L, Dermota M, Novak M et all. Klasifikacija sodobnih oblog za rane. GZS; 2004
9. Schuren J, Spruit P, Prešeren M. Popolnoma prilegajoči mavec za zdravljenje razjed na diabetičnem stopalu In: Urbančič Rovan V. Oskrba diabetičnega stopala. Ljubljana; 2003 125 - 32
10. Sedej B, Kos N. Fizikalna terapija pri zdravljenju razjed na diabetičnem stopalu. In: Urbančič Rovan V. Oskrba diabetičnega stopala. Ljubljana; 2003 131- 43
11. Finderle Ž. Možnosti zdravljenja zapletov pri sladkorni bolezni s hiperbarično oksigenacijo. Sladkorna bolezen 2005 ; 61: 1-8
12. Blinc A. Periferna arterijska bolezen In: Kocijančič A, Mrevlje F, Štajer D. Interna medicina. Ljubljana; 2005 260-71
13. Urbančič V. Okužbe diabetične noge. IV. Fajdigovi dnevi. Kranjska gora, Oktober 2002