

## 24. AMBULANTNA OSKRBA

Marjeta Tomažič

(nespremenjeno poglavje iz Smernic 2011)

Bolniki s sladkorno boleznijo potrebujejo ambulantno oskrbo, primerno obravnavi bolnika s kronično boleznijo, ki se bistveno razlikuje od obravnave bolnikov z akutnimi stanji. Organizacija oskrbe mora biti načrtovana, osredotočena na bolnika in njemu prijazna. Oskrbo naj izvaja ustrezno usposobljena zdravstvena delovna skupina, ki pridobiva znanje s stalnim izobraževanjem in pri delu upošteva veljavne strokovne smernice.

### PRIPOROČILA

1. Ob prvi obravnavi bolnika s sladkorno boleznijo (novoodkrito ali že znano) je potrebna celostna diagnostična obravnava za opredelitev sladkorne bolezni, odkrivanje prisotnosti zapletov sladkorne bolezni, opredelitev predhodnega zdravljenja in urejenosti glikemije pri bolnikih z že ugotovljeno sladkorno boleznijo, pomoč pri oblikovanju načrta zdravljenja in zagotovitev podlage za nadaljnjo oskrbo (1). (E\*, I)
2. Trajna ambulantna oskrba bolnika s sladkorno boleznijo obsega načrtovane in izredne obiske ali druge oblike stikov (2). (B, I)

Načrtovani obiski so namenjeni vzdrževanju dolgoročne dobre presnovne urejenosti in nadzoru nad kroničnimi zapleti. Potekajo po sistemu naročanja nekajkrat na leto, po možnosti v posebej za to določenem času dela v ambulanti, ločeno od obravnave bolnikov z drugimi boleznimi. Namen in vsebina načrtovanih obiskov sta vnaprej določena (2, 3). (B, I)

Izredni obiski so namenjeni reševanju nenadnih in nepredvidenih težav. Zagotovimo takojšnji dostop do zdravstvene delovne skupine (lahko tudi po telefonu, elektronski pošti). (E, I)

3. Bolnika seznanimo z vsebinami, ki so zanj pomembne. Vzpodbujamo ga k dejavnemu in enakopravnemu sodelovanju pri načrtovanju in izvajanju zdravljenja (4). (B, I) Omogočimo mu, da izrazi svoje skrbi in pomisleke. Z bolnikom se dogovorimo glede zdravljenja in dogovor obnavljamo ob vsakem stiku ter spreminjamo glede na želje, okoliščine in stanje bolezni. (E, I)
4. Na podlagi letne ocene stanja bolezni oblikujemo letno poročilo (1-3). (B, I) (Za vsebino letnega pregleda stanja bolezni glejte *Tabelo 1*) in na osnovi tega poročila v zdravstvenem timu načrtujemo nadaljnjo oskrbo bolnika.

5. Sestavni del obravnave je vodenje namenske zbirke podatkov bolnikov, ki omogoča njihovo sistematično naročanje in oceno kakovosti oskrbe. (E, I)
6. Oskrbo naj izvaja ustrezno usposobljeni zdravstveni tim, ki pridobiva znanje s stalnim izobraževanjem in pri delu upošteva veljavne strokovne smernice (1, 2). (B, I)

### **Vsebina prvega pregleda**

#### **Anamneza in objektivni podatki o dosedanjem poteku bolezni:**

- starost, simptomi in znaki ob odkritju sladkorne bolezni (npr. diabetična ketoacidoza, asimptomatska slučajna laboratorijska najdba),
- prehrabene navade, navade glede telesne dejavnosti, prehranski status, spreminjanje telesne teže, rast in razvoj v otroški in dobi odraščanja,
- dosedanja edukacija o sladkorni bolezni,
- pregled prejšnjih režimov zdravljenja in odziv na zdravljenje (podatki o HbA1c), trenutno zdravljenje sladkorne bolezni, vključno z zdravili, prehranski načrt, vzorec telesne dejavnosti, rezultati spremljanja glukoze v krvi in sposobnost smiselne uporabe pri načrtovanju ukrepov,
- akutna huda poslabšanja (diabetični aketotični hiperosmolarni sindrom, diabetična): pogostnost, vzroki,
- hipoglikemije: pogostnost, podatki o hudi hipoglikemiji (vzroki pojavljanja), zaznavanje znakov,
- anamneza kroničnih zapletov sladkorne bolezni,
- mikrovaskularne: retinopatija, nefropatija, nevropatija: senzorična (vključno s podatki o poškodbah nog), avtonomna, vključno s spolno disfunkcijo in gastroparezo),
- makrovaskularni zaplet: srčno-žilne bolezni, cerebrovaskularne bolezni, periferna arterijska bolezen,
- drugo: psihosocialne težave, bolezni zob, ustne votline in obzobnih tkiv.

#### **Fizikalni pregled:**

- višina, teža, indeks telesne mase,
- meritev krvnega tlaka (vključno z ortostatsko meritvijo),
- pregled ali slikanje očesnega ozadja,
- palpacija ščitnice,
- pregled kože (za acanthosis nigricans in mesta injiciranja insulina),
- celovit pregled stopal (glej poglavje *Diabetična noga*).

#### **Laboratorijske preiskave** (če niso bile opravljene v zadnjih 12 mesecih):

- HbA1c (vedno pri novoodkritem, sicer pa, če je zadnji izvid starejši od 2-3 mesecev),
- lipidni profil na tešče (celoten holesterol, LDL-in HDL holesterol, trigliceridi),
- jetrni encimi,
- določitev proteinurije s testnim lističem v naključnem vzorcu urina,
- serumski kreatinin in izračunana hitrost glomerulne filtracije,
- TSH pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 1, dislipidemijo, ali ženskah starejših od 50 let.

## Namen in vsebina načrtovanega obiska

### Redni obdobjni obisk za:

- titracijo odmerkov zdravil,
- odkrivanje kroničnih okvar,
- spremembo terapevtske sheme,
- dodatno izobraževanje.

### Vsebina načrtovanega obiska\*:

- telesna teža, krvni tlak, glukoza v krvi, HbA1c; urin s testnim lističem: glukoza, proteini, ketoni;
- pregled izvidov samokontrole
- lipidogram, ocena glomerulne filtracije,
- zdravljenje dejavnikov tveganja za srčno-žilne bolezni,
- pregled očesnega ozadja,
- pregled nog,
- psihosocialni status.

*\*Komentar: pridobivanje teh podatkov je namenjeno kakovostni obravnavi bolnika in sestavi letnega poročila, ni nujno, da so vse preiskave opravljene ob vsakem pregledu.*

## Tabela 1. Letna ocena stanja bolezni

- ocena ravni opolnomočenosti
- prilagoditev življenjskega sloga
- ocena psihosocialnega stanja
- telesna teža, njen trend
- doseganje individualnih ciljev glikemije, krvnega tlaka in lipidov
- ostale laboratorijske preiskave po individualni oceni
- erektilna disfunkcija
- stanje nog
- stanje oči
- stanje ledvic
- prekonceptijsko svetovanje
- medikamentozno zdravljenje

## **UTEMELJITEV**

Bolnik s sladkorno boleznijo mora imeti možnost takojšnje in stalne zdravstvene oskrbe. Kdo, kdaj in kje izvaja oskrbo, je odvisno od lokalnih okoliščin, mora pa biti sistematično organizirana.

Splošno načelo je:

- letni pregled urejenosti glikemije in kroničnih zapletov,
- dogovorjen in sodoben načrt zdravljenja,
- načrt izvaja multidisciplinarni tim zdravstvenih delavcev, ki mora biti organiziran tako, da je bolnik v središču oskrbe. Osnovni tim sestavljajo zdravnik (specialist splošne ali družinske medicine in specialist internist), višja medicinska sestra ali diplomirana medicinska sestra-edukator in po možnosti dietetik. Po potrebi se vključijo drugi zdravniki specialisti (oftalmolog, kardiolog, nevrolog, nefrolog, žilni kirurg, infektolog, gastroenterolog, ginekolog, psihiater, specialist dentalne medicine), drugi sorodni poklici (psiholog, farmacevt) in zdravstvene organizacije.

## **Dokazi**

Sistemi strukturirane organizacije oskrbe ne dopuščajo primerjave v randomiziranih raziskavah. Največ je opisnih in intervencijskih raziskav. Nekateri vidiki zdravstvene oskrbe so privzeti kot dobra klinična praksa in niso podprti z dokazi. Sistematični pregled raziskav nudijo kanadske (6) in britanske smernice (National Institute of Excellence-NICE) (7). Omenjene smernice priporočajo multidisciplinarni pristop, ki vključuje delo medicinske sestre za izobraževanje, dietetike in podiatre.

Ni dokazov o potrebnosti letnih pregledov urejenosti glikemije, zdravljenja dejavnikov tveganja za srčno-žilne zaplete in prisotnosti kroničnih zapletov sladkorne bolezni, vendar so taki pregledi sestavni del številnih sistemov za spremljanje kakovosti zdravstvene oskrbe sladkornih bolnikov (7, 4).

Uporabe protokolov za zdravstveno oskrbo smernice ne omenjajo. Kanadske smernice predlagajo nabor podatkov, ki služijo bolniku in zdravniku tudi kot opomnik (6). NICE meni, da je nabor podatkov nujen za letno poročilo (7).

## **Komentar**

Organizacija oskrbe po omenjenih smernicah je povezana s:

- sistemom registracije bolnikov, beleženja podatkov in opominjanja, ki zagotavlja, da so bolniki deležni potrebne oskrbe,
- dostopnostjo do usposobljenih zdravstvenih strokovnjakov, ki nudijo ustrezne nasvete oziroma oskrbo.

## LITERATURA

1. ADA Standards of Medical Care in Diabetes 2011. *Diabetes Care*. 2011; 34: 17.
2. Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner EH, Eijk Van JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings: a systematic review. *Diabetes Care*. 2001; 24: 1821-33.
3. Greenhalgh PM. Shared care for diabetes. A systematic review. *Occas Pap R Coll Gen Pract*. 1994; 67: 1-35.
4. Griffin S, Kinmonth AL. Diabetes care: the effectiveness of systems for routine surveillance for people with diabetes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; CD000541.
5. Brown SA. Studies of educational interventions and outcomes in diabetic adults: a meta-analysis revisited. *Patient Educ Couns*. 1990; 16: 189-215.
6. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Canadian Diabetes Association 2003 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Canadian Journal of Diabetes*. 2003; 27 (Suppl 2): s14-s16.
7. The National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Type 1 Diabetes in Adults. National clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care. Dosegljivo s spletne strani: <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/DIA/index.asp>.
8. European Diabetes Policy Group 1999. A desktop guide to Type 2 diabetes mellitus. *Diabet Med*. 1999; 16: 716-30. Dosegljivo s spletne strani: <http://www.staff.ncl.ac.uk/philip.home/guidelines>.