

PRIROČNIK ZA IZVAJANJE PRISTOPA SOPA



Priročnik za izvajanje aktivnosti
in obravnavo pitja alkohola
UČNO GRADIVO

PRIROČNIK ZA IZVAJANJE PRISTOPA SOPA

Priročnik
za izvajanje aktivnosti
in obravnavo pitja
alkohola

UČNO GRADIVO

Zvezek II/III



Ljubljana, 2022

Priročnik za izvajanje pristopa SOPA

Zvezek II

Uredniki:
mag. Tadeja Hočevar, dr. Marko Kolšek, Karmen Henigsman, dr. Maja Roškar, Darja Boben Bardutzky

Tehnično urejanje: Rok Zaletel

Lektoriranje: Ana Peklenik

Oblikovanje: Altius d.o.o.

Izdajatelj: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2022

Elektronska izdaja

Spletni naslov: www.nijz.si

Brezplačen izvod. Izvod je namenjen izvajalcem pristopa SOPA in strokovni javnosti.

KAZALO

ZVEZEK II/III

Sklop 4: Področja izvajanja kratkega ukrepa 1	6
4.1. Specialist družinske medicine	8
4.2. Diplomirana medicinska sestra v ambulantni družinske medicine	16
4.3. Zdravstvenovzgojni center in center za krepitev zdravja	24
4.4. Patronažno varstvo	34
4.5. Center za socialno delo	44
4.6. Medicina dela, prometa in športa	54
Sklop 5: Področja izvajanja kratkega ukrepa 2	62
5.1. Ginekologija in porodništvo	64
5.2. Otorinolaringologija	76
5.3. Onkologija	84
5.4. Transfuzijska medicina	90
5.5. Gastroenterologija	96
5.6. Dentalna medicina - zobozdravstvena dejavnost	104
5.7. Kardiologija	112
5.8. Urgentna medicina	120



SKLOP 4

PODROČJA IZVAJANJA KRATKEGA UKREPA 1

4.1. SPECIALIST DRUŽINSKE MEDICINE

Marko Kolšek

4.2. DIPLOMIRANA MEDICINSKA SESTRA V AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE

Nataša Medved, Marjana Vrhovski, Tadeja Hočevar

4.3. ZDRAVSTVENOVZGOJNI CENTER IN CENTER ZA KREPITEV ZDRAVJA

Erika Povšnar, Tadeja Hočevar

4.4. PATRONAŽNO VARSTVO

Martina Horvat, Andreja Krajnc, Tadeja Hočevar

4.5. CENTER ZA SOCIALNO DELO

Breda Lepoša, Štefan Lepoša, Urška Vrhovec, Tadeja Hočevar

4.6. MEDICINA DELA, PROMETA IN ŠPORTA

Marjan Bilban

4.1. SPECIALIST DRUŽINSKE MEDICINE

Marko Kolšek

Izhodišča

Specialist družinske medicine (ZDM) s svojim timom deluje v skladu z osnovno opredelitvijo družinske medicine kot stroke, ki obravnava pacienta na celovit in celostni način. Njegovi pacienti so vsi, ki ga izberejo za svojega osebnega zdravnika ne glede na težave, ki jih imajo, starost, spol ali druge karakteristike. ZDM svoje delo usmerja v promocijo zdravja, preprečevanje bolezni, zdravljenje in rehabilitacijo. Pri svojem delu upošteva bio-psiho-socialni model pogleda na človeka, tj. upošteva telesne, duševne, duhovne in socialne dejavnike (1).

Zdravniki družinske medicine s svojimi timi imajo nenadomestljivo vlogo pri obravnavi alkoholne problematike, saj se zaradi narave in vsebine svojega dela v nekaj letih srečajo skoraj s celotno odraslo populacijo.

Vsebina izobraževanja v okviru specializacije družinske medicine (DM) je generacijam zdravnikov DM v zadnjih 18 letih omogočila (2), da so lahko pridobili ustrezno usposobljenost za obravnavo alkoholne problematike, starejši kolegi pa so se lahko usposobili v okviru stalnega strokovnega razvoja in s študijem strokovne literature, pripravljene posebej zanje (3).

V strokovni literaturi za ZDM (3) je pripravljen okvirni protokol obravnave alkoholne problematike, vključno z ustreznimi pripomočki (4). Obravnava pitja alkohola je vključena v redno delo ZDM, saj naj bi bil podatek o pacientovem pitju alkohola (t. i. pivskem statusu) zabeležen v zdravstveni dokumentaciji vsakega bolnika, dodatno pa to beležijo tudi člani tima ZDM (ambulantna medicinska sestra, diplomirana medicinska sestra v ambulantni ZDM – t. i. referenčna sestra, patronažna sestra, strokovnjaki v centru za krepitev zdravja). Pri ad hoc analizi zdravstvene dokumentacije številnih bolnikov so se pred vključitvijo »referenčnih sester« v ambulate ZDM kazale velike razlike v obravnavi pitja alkohola pri opredeljenih pacientih, ki se pa sedaj s sodelovanjem vseh članov tima ZDM v zadnjem obdobju zmanjšujejo.

Predlog obravnave tvegane in škodljivega pitja alkohola

Cilji obravnave

Namen obravnave pitja alkohola pacientov je preprečevanje in zmanjšanje problematike, povezane s pitjem alkohola.

Glavni cilj je uspešna izvedba ustreznega kratkega ukrepa (ustrezno informiranje o problemu pitja alkohola, zgodnje odkrivanje morebitnega tvegane in škodljivega pitja (T&ŠpA) ali zasvojenosti z alkoholom, izvedba svetovanja, spremljanje ter sodelovanje z drugimi strokovnjaki).

Ciljne skupine

Ciljna skupina obravnave pitja alkohola so vsi pacienti, opredeljeni v ambulantni ZDM – večinoma so to odrasli.

Gledano optimalno pride vprašanje o pitju alkohola v poštev praktično pri vsakem obisku pacienta v ambulantni: ob različnih težavah, zaradi katerih pride – bolezni ali poškodbe, ob kontrolnih pregledih zaradi spremljanja kroničnih bolezni, v okviru sistematskih preventivnih pregledov, ob obisku zaradi

bolezni ali težav drugih članov družine, ob predpisovanju zdravil ali pa ob obisku zdravnika zaradi različnih administrativnih opravil.

Gledano minimalno pa je treba vprašanja o pitju alkohola uporabiti vsaj pri posebnih skupinah ljudi, ki jim priporočamo, da ne pijejo alkohola,:

- ker je pri njih tveganje za škodljiv vpliv alkohola še večje: To so nosečnice, doječe matere, mladostniki, bolniki z nekaterimi kroničnimi boleznimi (npr. boleznimi jeter, trebušne slinavke, psihiatričnimi in nevrološkimi boleznimi, motnjami srčnega ritma, arterijsko hipertenzijo, nekaterimi rakavimi boleznimi), delavci na višini, s stroji, udeleženci v prometu;
- ker je večje tveganje za prekomerno pitje alkohola: To so mladi odrasli, odrasli otroci alkoholikov, ob izgubi zaposlitve, prva leta po upokojitvi, finančnih težavah, razvezi, smrti partnerja, nasilju v družini ipd.

Potrebna specifična znanja za obravnavo

Za uspešno obravnavno tvegane in škodljivega pitja alkohola ter zasvojenosti z alkoholom je treba:

- poznati vpliv alkohola na človeka;
- poznati tveganja in posledice, povezane s tveganim in škodljivim pitjem alkohola;
- poznati standardne merice oz. enote alkohola;
- poznati meje manj tvegane pitja;
- poznati razvrstitev posameznika v kategorije glede na pivsko vedenje;
- znati postavljati ustrezna vprašanja in uporabljati standardiziran vprašalnik o pitju alkohola;
- znati aktivno poslušati in vzpostaviti empatičen odnos;
- znati prepoznati tvegano in škodljivo pitje ter zasvojenost z alkoholom;
- znati ustrezno obravnavati paciente, ki pijejo tvegano ali škodljivo ali so zasvojeni z alkoholom (kratek nasvet, strukturiran kratek posvet, svetovanje za spremembo vedenja z elementi motivacijskega pogovora, napotitev v nadaljnjo obravnavo);
- znati spremljati vedenje oziroma spremembo pitja;
- povezovati se in sodelovati z drugimi strokovnjaki;
- kritično ovrednotiti svoje delo.

Potek obravnave

Glede na okoliščine lahko zdravnik izbere različne oblike kratkega ukrepa (ali nasvet ali strukturiran kratek posvet ali pa nekoliko daljše svetovanje – motivacijski pogovor), ki so natančneje opisani v poglavju 2.2 – Zvezek I. Če okoliščine dopuščajo in če se pacient strinja, bo zdravnik uporabil čim več elementov motivacijskega pogovora, ki vključuje odkrivanje tvegane ali škodljivega pitja, svetovanje v smislu motivacijskega pogovora, spremljanje morebitne spremembe pitja in sodelovanje z drugimi strokovnjaki, če je potrebno (3, 5).

Presejanje (odkrivanje, prepoznavanje)

Vsak pacient, opredeljen pri ZDM, bi moral imeti v zdravstveni dokumentaciji med drugimi podatki zabeležen tudi pivski status najmanj enkrat v 5 letih, če pa gre za tvegano ali škodljivo pitje ali zasvo-

jenost z alkoholom, pa pogosteje (vsaj enkrat letno). Vprašanja o pitju alkohola so del anamneze o življenjskih navadah, prav tako morajo biti ustrezno vključena med vprašanja ob najrazličnejših težavah (boleznih, poškodbah ali drugih problemih), zaradi katerih pride pacient v ambulantno, vsekakor tudi ob različnih preventivnih aktivnostih. Takšno presejanje je del rednih obveznosti ZDM. Vprašanja o pitju alkohola so lahko tudi v pisni obliki kot standardizirani vprašalnik AUDIT-C oz. (v prilogi 1) (4, 6) in so lahko del širšega vprašalnika o življenjskem slogu in navadah (npr. preventivni vprašalnik). Če gre za manj tvegano pitje, posebni ukrepi niso potrebni. V pogovoru (ali z vprašalnikom AUDIT-C) zdravnik lahko ugotovi, da pacient presega meje manj tvegane pitja. Z dodatnimi vprašanji (lahko tudi s celotnim vprašalnikom AUDIT z 10 vprašanji) dobi podatke o tem, ali ima pacient poleg preseganja meje manj tvegane pitja tudi kakršnekoli težave, povezane s pitjem alkohola, in gre torej za škodljivo pitje ali celo že za zasvojenost. Včasih se za hitro oceno možne zasvojenosti lahko uporabi vprašanja iz vprašalnika CAGE, večina od njih je sicer že vključena v vprašalnik AUDIT. Na podlagi te ocene, za katero vrsto pitja alkohola gre pri pacientu, se odloči, kakšen ukrep je potreben.

Tipični primer, ko naj zdravnik vpraša pacienta o pitju alkohola, je ob poškodbi, saj je pod vplivom alkohola večja možnost zanje. Podobno je v primeru kakršnega koli nasilja. Ob številnih kroničnih ne-nalezljivih boleznih ima alkohol lahko pomembno negativen vpliv na njihova razvoj in potek (7), zato je ob tem med drugimi vprašanji o življenjskem slogu nujno tudi vprašanje o pitju alkohola. Ob predpisovanju različnih zdravil je potrebno s pacientom govoriti o pitju alkohola zaradi možnih interakcij alkohola z zdravili. Razne nespecifične težave so neredko posledica pitja alkohola (utrujenost, slabost, nespečnost, motnje v spolnosti ipd.) tako za pacienta kot bližnje člane družine.

Svetovanje

Zdravnik prilagodi svojo obravnavo razlogu za pacientov pridod v ambulantno. V nekaterih primerih lahko kmalu izpostavi temo pitja alkohola. Pogosto pa mora najprej usmeriti svojo pozornost na neposredni razlog pacientovega prihoda in proti koncu obravnave omeni še alkohol.

Če pacienta uvrsti med abstinentne, se zdravnik radovedno pozanima o razlogu, zakaj ne pije alkohola in kdaj se je odločil za abstinenco. V primeru manj tvegane pitja z enim stavkom povzame, da je dobro, da ne presega meje manj tvegane pitja in da ne bi bilo nič narobe, tudi če alkohola sploh ne bi pil.

Če je ugotovljeno tvegano ali škodljivega pitje, zdravnik to ustrezno predstavi pacientu in ga vpraša, kaj meni o tej ugotovitvi. Pacienta vpraša, ali se lahko na kratko pogovorita o tem, saj pitje alkohola lahko neugodno vpliva na zdravje. Če se pacient ne strinja s pogovorom o pitju alkohola, zdravnik v enem stavku pove, da se mu zaradi skrbi za pacientovo zdravje zdi pomembno upoštevanje meje manj tvegane pitja in mu ponudi zloženko s splošnimi informacijami o pitju alkohola (8) ali ga povabi, naj obišče spletno stran www.nalijem.si ali www.sopa.si kjer je anonimni vprašalnik o pitju alkohola (9), lahko pa mu ponudi tudi brošuro za samopomoč pivcem za zmanjšanje pitja alkohola (10). Če pa se pacient strinja s pogovorom o alkoholu, zdravnik lahko začne z motivacijskim pogovorom (11). V primeru ugotovljene zasvojenosti z alkoholom zdravnik prav tako ponudi pogovor, ki poteka v smeri motivacije za ustrezno zdravljenje zasvojenosti.

V pogovoru se zdravnik izogiba pregovarjanju, prepričevanju in moraliziranju, z vprašanji skuša spoznati in razumeti pacientova stališča, prepričanja, navade, pričakovanja, pomisleke, načrte. Zdravnik vodi pogovor v duhu motivacijskega pogovora: z empatijo, sprejemanjem, sočutjem, partnerstvom, aktivnim poslušanjem, odprtimi vprašanji, pritrjevanjem, odzivanjem, povzemanjem. V pogovoru spodbuja pacienta k razmišljanju, upošteva njegovo odgovornost za lastno zdravje, avtonomijo in odgovornost. Glede na pacientovo stopnjo motivacije za zmanjšanje ali opustitev pitja oziroma upoštevanja meje manj tvegane pitja lahko tak pogovor izpelje enkrat v 10–15 minutah, lahko pa se dogovorita za vnovično eno ali več srečanj, ki naj bodo v razmaku 1–3 tednov. V teh začetnih motivacijskih pogovorih je bolje, da razmiki med posameznimi srečanji niso predolgi, saj tako lažje

vzdržujemo pripravljenost za vztrajanje v pogovorih. Natančnejši opis motivacijskega pogovora je v poglavju 2.1 – Zvezek I in v prilogi 2 – Zvezek I.

Spremljanje

Po pogovoru ali več pogovorih o alkoholu je smiselno spremljanje skozi daljše obdobje. Če se je pacient odločil, da bo spremenil svoje pивske navade, je potrebno sistematično spremljanje, v začetku vsaj enkrat mesečno, kasneje pa lahko na 2 ali 3 mesece, saj je takšno spodbujevalno spremljanje pacientu lahko v dodatno oporo pri vztrajanju v novem vedenju, saj naše okolje mokre kulture stalno bolj ali manj pritiska nanj. Spremljanje je lahko v pogovoru v ambulanti, lahko pa je tudi klic po telefonu. Če pacient uspešno zmanjša svoje pitje ali alkohol v daljšem obdobju celo opusti, je po približno enem letu vzdrževanja dovolj vprašanje o pitju enkrat letno. Seveda lahko zdravnik vpraša pacienta, kako se počuti in živi sedaj, ko je zmanjšal pitje, in se empatično odzove, tudi če pacient pride v ambulantno zaradi kakšnega drugega razloga.

Če se pa pacient po prvih pogovorih ni odločil za zmanjšanje pitja oz. upoštevanje meje manj tvegane pitja, naj zdravnik vprašanje o pitju in morebitnem razmisleku o tem nevsiljivo izpostavi ob kakšnem pacientovem naslednjem obisku v ambulanti zaradi katerega koli razloga. Lahko ga enkrat letno povabi na preventivni pregled, kar je sicer pogosteje, kot velja po protokolu za takšne preglede pri zdravih odraslih ljudeh.

Tako kot pri začetnih pogovorih lahko zdravnik oceni način pitja z ustreznimi vprašanji ali pa z vprašalnikom AUDIT-C (priloga 1 – Zvezek I).

Za pilotni projekt SOPA je bilo zaradi časovne omejitve potrebno spremljanje 3 mesece in 6 mesecev po zaključenem svetovanju pri pacientih, ki so se odločili zmanjšati ali opustiti pitje alkohola in so ob zadnjem svetovalnem srečanju pili manj tvegano ali so abstinirali.

Ob vsem tem zdravnik ne sme pozabiti, da alkohol povzroča celo vrsto zdravstvenih, tako telesnih kot duševnih težav in bolezni. Zato mora ob svetovanju in spremljanju večkrat pomisliti tudi na te možnosti in paciente, ki pijejo škodljivo ali so zasvojeni, usmerjeno iskati in ustrezno zdraviti.

Viri pomoči in povezovanje s strokovnjaki z drugih področij

ZDM pri svojem delu ni sam. Zato lahko del takšnih pogovorov o pitju alkohola pri tvegane ali škodljivem pitju prepusti drugim članov svojega tima (npr. diplomirani medicinski sestre v ambulanti DM, patronažni sestre, včasih ga lahko usmeri tudi k medicinski sestri ali drugemu strokovnjaku v centru za krepitev zdravja, ki izvaja preventivne programe), seveda če se pacient s tem strinja ali če sam izrazi tako željo. Lahko se zgodi, da se pacient ne bo želel pogovarjati z zdravnikom o svojem pitju ali bo pitje zanimal ali zdravniku povedal sprejemljivejši način pitja, kot ga bo povedal medicinski sestra. Ob tem je zelo pomembno medsebojno sodelovanje članov tima in izmenjava informacij, če je potrebno, tudi kak skupni sestanek. Če je pacient z medicinsko sestro bolj iskren in pogovori z njo pripomorejo k zmanjšanju njegovega pitja, naj zdravnik ne očita pacientu neiskrenosti, ampak preprosto podpre njeno delo v smislu, da verjame, da so pogovori z medicinsko sestro dobri zanj. Seveda je razumljivo, da tako kot lahko zdravnik prepusti del pogovorov o pitju alkohola medicinski sestri, tudi medicinska sestra, ki je v timu ZDM (sestra v ambulanti DM, v patronažnem varstvu ali v centru za krepitev zdravja), lahko del tovrstnih pogovorov prepusti zdravniku – to pomeni, da pacienta za to usmeri na pogovor k ZDM.

Tudi v primeru zasvojenosti z alkoholom se pacient lahko pogovarja z zdravnikom ali medicinsko sestro, vendar je v tem primeru pogovor usmerjen v pomoč za morebitno odločitev za ustrezno zdravljenje. Pri nekaterih ljudeh, ki pijejo škodljivo, je smiselno podobno zdravljenje kot pri zasvojenih, čeprav ne izpolnjujejo meril za zasvojenost. To pride v poštev npr. predvsem pri tistih, ki so že

več kot enkrat neuspešno poskušali zmanjšati ali opustiti pitje in imajo resnejše težave zaradi pitja alkohola. Zdravnik mora poznati možnosti za pomoč zasvojenim v zdravstvenem sistemu (alkohološke ambulate) in pri nevladnih organizacijah (npr. klubi zdravljenih alkoholikov) oziroma terapevtskih skupinah (npr. Žarek upanja, Abstinent) in skupine samopomoči (npr. skupine AA, Al-Anon), da se o tem lahko pogovarja s pacientom, ga tja usmeri oziroma napoti (če se pacient odloči za zdravljenje oz. želi pomoč kot svoje zasvojenega), včasih lahko tudi pomaga navezati telefonski stik.

Povezovanje s strokovnjaki z drugih področij

Pomembno področje sodelovanja ZDM je tudi z različnimi zdravniki na sekundarnem nivoju. Ob napotitvi na sekundarni nivo mora na napotnici ustrezno navesti relevantne podatke o pacientovem pitju alkohola, seveda pa upravičeno pričakuje, da bo tovrstne podatke dobil tudi on, napisane na izvidih in odpustnicah iz bolnišnic.

Posebej je treba izpostaviti sodelovanje ZDM s specialisti medicine dela, prometa in športa (MDPŠ). Ti za svoje delo potrebujejo čim več podatkov o pacientih, ki jih obravnavajo, da lahko ustrezno ocenijo njihovo sposobnost za delo, vožnjo avtomobila, odločajo o potrebnih pacientovih omejitvah za delo ipd. Zato mora ZDM vse pomembne podatke zapisati na ustrezni obrazec, ki ga pošlje specialistu MDPŠ, med te podatke sodi tudi pivski status, saj zaenkrat nimamo povsem objektivnega laboratorijskega parametra, ki bi zanesljivo odkril škodljivo pitje ali zasvojenost z alkoholom (12), takšno pitje pa pacienti neredko specialistu MDPŠ prikrivajo. V tem primeru je ZDM v etični dilemi, saj sta tu v nasprotju dve etični načeli: resnicoljubnost in zaupnost, zato je o tem koristen pogovor s pacientom. Tudi specialist MDPŠ bi moral seznaniti osebnega ZDM pacienta o svojih ugotovitvah.

V primeru težav zaradi pitja alkohola, ki so povezane s socialnim področjem, je prav, da pacienta ali njegovega svojca usmeri na center za socialno delo (CSD), s katerim mora zdravnik tudi sodelovati v okviru svojih zmožnosti. Seveda je za delo ZDM koristna informacija o tveganjih za zdravje njegovih pacientov (npr. problemi, povezani s pitjem alkohola), ki jih dobi od centrov za socialno delo.

Za paciente bi bilo dobro, da bi njihov ZDM dobil podatke tudi od drugih organizacij in inštitucij, ki pri svojem delu dobijo podatke, ki lahko vplivajo na zdravje – o težavah, povezanih s pitjem alkohola (npr. od sodišča, policije ali centrov, ki izvajajo edukacijske in rehabilitacijske delavnice, če kdo vozi pod vplivom alkohola), nasilju, povezanim s pitjem ipd.; od Zavoda RS za zaposlovanje bi lahko dobil podatke o slabi zaposljivosti zaradi pitja alkohola ipd. Tovrstne podatke od CSD bi zdravnik lahko dobil, če bi se oseba s tem strinjala.

Zaključki

Sistemska uvedba pristopa v družinsko medicino

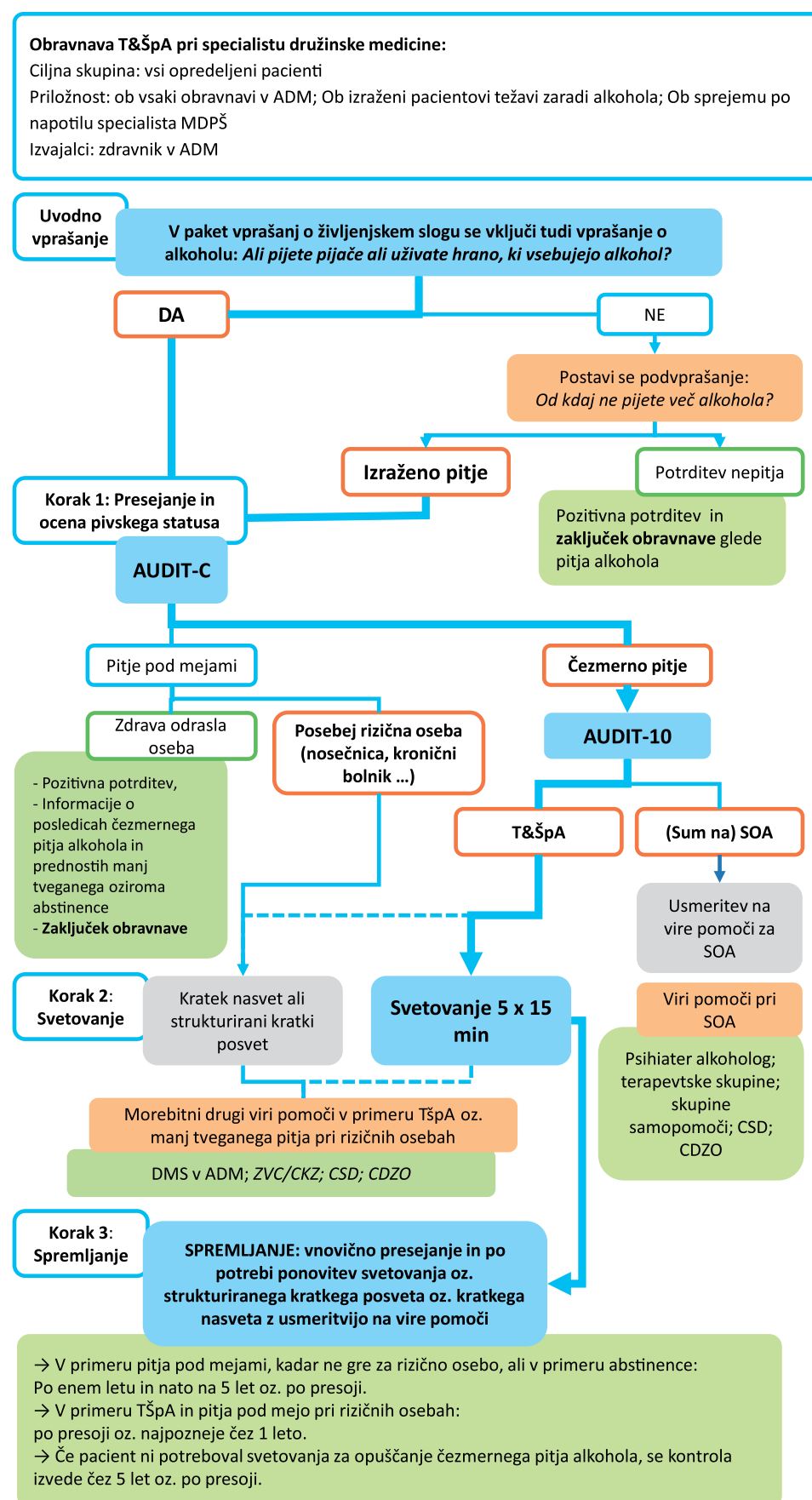
Teoretično je ustrezen sistemski pristop k problematiki pitja alkohola pri pacientih ZDM že uveljavljen, saj njihovo tovrstno sistematično usposabljanje poteka že vrsto let med specializacijo v obliki nekajurne teme o pitju alkohola v okviru preventive, dvodnevne modula o zasvojenostih ter enodnevne delavnice za motivacijski pogovor. Tema pitja alkohola je izpostavljena že v dodiplomskem študiju. Seveda bi bilo v izobraževanje ZDM smiselno vključiti več vsebin za še boljšo senzibilizacijo mladih zdravnikov za problematiko pitja alkohola in več časa za učenje motivacijskega pogovora. Tako sedaj v praksi celovit pristop k problematiki pitja alkohola še ni dovolj uveljavljen predvsem zaradi velikega pomanjkanja ZDM in s tem pomanjkanja časa za bolj poglobljeno obravnavo čezmerne pitja pacientov. Ob boljših delovnih razmerah (beri: manjših vsakodnevnih obremenitvah) in morda še več izobraževanja bi se ZDM lažje bolj posvečal tudi tej problematiki, čeprav je to v precejšnji meri možno tudi sedaj, če se ta problematika obravnava v okviru raznih težav, s katerimi prihajajo pacienti v ambulantno ZDM, saj so mnoge težave bolj ali manj povezane s pitjem alkohola pacienta ali članov

njegove družine.

V vsakem primeru pa bi bilo treba ZDM zagotoviti več časa za delo s pacienti, njemu in članom njegovega ožjega tima pa omogočiti občasno obnavljanje usposabljanja predvsem za motivacijski pogovor.

Ključni poudarki

Glede na škodljivost pitja alkohola in razširjenost pitja alkohola mora vsak ZDM poznati pivski status za vsakega svojega bolnika. To pomeni, da mora v okviru svojega rednega dela paciente sistematično spraševati tudi o njihovih pivskih navadah. Če ugotovi, da gre pri pacientu za čezmerno pitje (tvegano ali škodljivo pitje ali celo zasvojenost), se mora o tem pogovoriti z njim na empatičen način in ga z ustreznim svetovanjem spodbuditi k morebitnemu zmanjšanju ali opustitvi pitja alkohola. Pacienta mora spremljati ne glede na to, ali ta spremeni svoje pitje ali ne. Pri svojem delu s pacienti, ki pijejo, se zdravnik na ustrezen način z upoštevanjem varovanja podatkov povezuje s člani svojega tima in drugimi strokovnjaki v okviru zdravstvenega sistema in drugimi službami in organizacijami v družbi.



Slika 1: Shema izvajanja kratkega ukrepa 1 pri specialistu družinske medicine.

Literatura

- Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Švab I, Ram P. European Academy of Teachers in General Practice. The European definition of general practice/family medicine. Leuven: EURACT, 2005.
- Vsebina specializacije DM. [Internetna stran]. Pridobljeno 17.10.2021 s spletne strani: https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/specialiacije/testna-mapa/druzinska-medicina/nova-vse-bina-druzinska-medicina/9913-vsebina-dm--od-1-6.pdf?sfvrsn=4ad2936_8.
- Kolšek M. O pitju alkohola. Priročnik za zdravnike družinske medicine. 2. dopolnjena izd. Ljubljana: Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, 2011.
- Kolšek M, Poplas Susič T, Kersnik J. Slovenian adaptation of the original AUDIT-C questionnaire. Subst use misuse. 2013 Jun;48(8):581-9. doi: 10.3109/10826084.2013.793354.
- Kolšek M (urednik, prevajalec). Ljubljana: Klinične smernice za zgodnje odkrivanje tveganega in škodljivega pitja in kratki ukrepi. Alkohol in osnovno zdravstvo : evropski projekt za obravnavo alkoholne problematike v osnovnem zdravstvu (PHEPA). Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, 2006.
- Babor TF, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro MG. WHO: AUDIT – the alcohol use disorders identification test. World Health Organization, 2001.
- Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. Addiction 2010; 105: 817-43.
- Kolšek M, Jenko R. Sporočilo v steklenici. Klikni in se preizkusi na www.nalijem.si [spletna stran]. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Zavod za razvoj družinske medicine, 2012.
- Kolšek M. Sporočilo v steklenici – vprašalnik [Internetna stran]. Pridobljeno dne, 17.10.2021 s spletne strani: https://www.nalijem.si/vprasalnik_za_samooceno_pitja/vprasalnik/.
- Kolšek M. Ali vem, pri čem sem s svojim ...? [za ljudi, ki pijejo tvegano ali škodljivo]. 2. izd. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2011.
- Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Helping People Change, 3rd Edition. New York: Guilford Press, 2012.
- Tavakoli HR, Hull M, Okasinski M. Review of Current Clinical Biomarkers for the Detection of Alcohol Dependence. Innov Clin Neurosci, 2011;8(3):26–33. Pridobljeno dne, 11.11.2021 s spletne strani: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21487543/>.

4.2. DIPLOMIRANA MEDICINSKA SESTRA V AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE

Nataša Medved, Marjana Vrhovski, Tadeja Hočevar

Izhodišča

Od leta 2011 se v zdravstvene domove po vseh regijah v državi postopno uvajajo do nedavnega t. i. referenčne ambulate družinske medicine (danes ambulate družinske medicine¹). Bistvena novost ambulate je, da se v delo tima, ki sta ga do sedaj predstavljala zdravnik družinske medicine in srednja medicinska sestra, vključuje še diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik (v nadaljevanju uporabljena kratica DMS za oba spola), ki z dispanzersko metodo dela omogoča kakovostnejši pristop k bolniku.

Tako organizirana ambulanta pomeni uvedbo drugačnega načina in drugačnih vsebin dela v osnovnem zdravstvu (1). Celostna obravnava pacientov in zadovoljstvo zaposlenih se je izboljšalo, pacienti se manj pritožujejo, vodeni so sistematično, zmanjšala se je frekvenca obiskov pacientov pri zdravniku, ob tem pa se ni zmanjšala dostopnost (2).

Diplomirana medicinska sestra v ambulanti družinske medicine (v nadaljevanju: ADM) že ima veliko teoretičnega znanja s področja zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje (4), pridobljene na dodiplomskem študiju. S prevzemom izvajanja presejanja v integrirani preventivi za kronične nenalezljive bolezni (KNB) prevzema DMS vse več del, nalog in odgovornosti, za katere potrebuje veliko specifičnih znanj in veščin in s tem tudi veščine v interdisciplinarnem pristopu tvegane in škodljivega pitja alkohola, ki si jih dodatno pridobi na modularnem izobraževanju za izvajanje integrirane preventive na KNB in je tudi pogoj za opravljanje dela v ADM. Tako DMS izvaja preventivne preglede (presejanje) vseh pacientov, starih 30 in več let, za zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja, med njimi tudi tvegano/škodljivo pitje alkoholnih pijač, in ogroženosti za kronične nenalezljive bolezni. Vključeni so lahko tudi posamezniki pred 30. letom starosti, ki so družinsko obremenjeni z boleznimi srca in žilja, družinsko hiperholesterolemijo oziroma dislipidemijo in bolniki s sladkorno boleznijo.

Pomembno je, da se DMS zavedajo, da pacienta obravnavamo celostno, ne samo fizično. Za vsako DMS je pomembno, da ima ob sicer potrebnih znanjih o obravnavi sposobnost razumevanja pacienta (5) ter znanja in veščine, kako spregovoriti in voditi pogovor pri temah, ki so lahko posebno občutljive. Zaradi pogosto prisotne stigmatizacije in tabuizacije je to še posebno pomembno pri pacientih, kjer je prisotno tvegano ali škodljivo pitje alkohola.

Pogoj, da zdravstveno osebje zna empatično komunicirati, je obvladovanje verbalne ter neverbalne komunikacije (7).

Za pacienta ter tudi svojce je informiranost o bolezni velikega pomena. Naloga DMS je, da pacienta in svojce seznani s posebnostmi, na katere morajo biti pozorni pri tvegane vedenju in določenih boleznih. Ključno je, da to pojasni v taki obliki oz. na tak način, da pacient razume, in da jasno odgovoriti na njegova vprašanja, če jih ima (6).

1 Na podlagi sklepa Projektnega sveta projekta referenčnih ambulant z dne 30. 11. 2017 se referenčne ambulate družinske medicine (RADM), ki imajo v timu specialista splošne/družinske medicine, DMS in tehnika zdravstvene nege, s 1. 1. 2018 preimenujejo v ambulate družinske medicine (ADM), v kateri ima vsak član tima določeno vlogo v zdravstveni obravnavi pacienta (3).

Raven zadovoljstva je odvisna tudi od pacientovih lastnosti, zdravstvenega statusa, njegovega načina sporočanja občutkov, njegovih pričakovanj ter tudi odnosa zdravstvenih delavcev (6).

Predlog obravnave tvegane in škodljivega pitja alkohola

Cilji obravnave

Cilji obravnave so raznoliki. Pomembno je (prilagojeno po 8):

1. seznani paciente o mejah manj tvegane pitja alkohola;
2. ustrezno presejati: odkriti paciente, ki pijejo čezmerno: tvegano, škodljivo (T&ŠpA) ali so z alkoholom zasvojeni;
3. opozoriti na posledice čezmernega pitja alkohola in prednosti zdravih alternativ;
4. ustrezno nadalje obravnavati paciente, ki pijejo tvegano ali škodljivo ali so z alkoholom zasvojeni:
 - a) v primeru tvegane ali krajši čas prisotnega škodljivega pitja alkohola izvesti ustrezno različico svetovanja ali jih usmeriti k alternativnim virom pomoči za izvedbo kratkega ukrepa oz.
 - b) v primeru dlje časa prisotnega škodljivega pitja alkohola ali (suma na) SOA pacienta usmeriti k nadaljnjim virom pomoči;
5. spremljati pacientov napredek.

Ciljne skupine

Ciljne skupine, pri katerih naslavljamo T&ŠpA, so (prilagojeno po 8):

- moški in ženske od 30. leta dalje, pri katerih v okviru preventivnega pregleda za preprečevanje KNB opredelimo pivski status;
- osebe z veliko ogroženostjo/tveganjem za KNB (za srčno-žilne bolezni (SŽB), sladkorno bolezen tipa 2, KOPB, depresijo) in osebe z že prisotnimi KNB (SŽB, sladkorno boleznijo tipa 2, KOPB, astmo, benigno hiperplazijo prostate, debelostjo, povišanim krvnim tlakom ali motenimi maščobami v krvi), pri katerih izvedemo presejanje 1-krat letno;
- priložnostno vsaj še pri splošno bolj ogroženih skupinah (mladi odrasli, odrasli otroci alkoholikov idr.);
- ob posebnih življenjskih situacijah (neugodno socialno stanje, smrt v družini ipd.);
- osebe, katerih težave v telesnem ali duševnem zdravju (gastroenterološke bolezni, nevropsihiatrične motnje, poškodbe, bolniški staleži ipd.) ali v medosebnih odnosih oziroma v odnosu do sebe (prepirljivost, nasilje, zadah po alkoholu, spremenjeno vedenje, telesni znaki, pomanjkljiva osebna higiena ipd.) so lahko povezane s T&ŠpA.

Posebno pozornost je treba nameniti skupinam ljudi, pri katerih je tveganje za škodljiv vpliv alkohola še večje: nosečnice, doječe matere, bolniki z nekaterimi kroničnimi boleznimi, npr. boleznimi jeter, trebušne slinavke, psihiatričnimi in nevrološkimi boleznimi, motnjami srčnega ritma, arterijsko hipertenzijo in nekaterimi rakavimi boleznimi. Tem posebej rizičnim osebam priporočamo, da alkohola ne pijejo.

Potrebna specifična znanja za obravnavo

Za uspešno obravnavo T&ŠpA je za DMS pomembno, da (prilagojeno po 8):

- pozna tveganja in posledice, povezane s čezmernim pitjem alkohola;
- pozna standardne merice oz. enote alkohola in razvrstitev oseb glede na pivsko vedenje v kategorije;
- zna aktivno poslušati in vzpostaviti empatičen odnos;
- zna postavljati vprašanja o pitju alkohola;
- zna oceniti, ali ima pacient težave zaradi alkohola;
- zna oceniti škodljivo pitje alkohola in sum na zasvojenost z alkoholom;
- zna dalje ustrezno obravnavati paciente, ki pijejo tvegano ali škodljivo ali so zasvojeni z alkoholom: izvesti ustrezno različico svetovanja (kratek nasvet, strukturirani kratek posvet ali motivacijski pogovor 5-krat 15 minut) in usmeriti pacienta k alternativnim oz. nadaljnjim virom pomoči;
- zna spremljati vedenje, pivski status in napredek pacienta;
- se zna povezovati in sodelovati z drugimi strokovnjaki (dipl. medicinsko sestro v patronažnem varstvu, centri za socialno delo, specialist MDPŠ idr.);
- zna kritično ovrednotiti svoje delo.

Potek obravnave

Presejanje (odkrivanje, prepoznavanje)

Presejanje (odkrivanje, prepoznavanje) čezmernega pitja alkohola je aktualno:

- na preventivnem pregledu za preprečevanje KNB,
- pri obravnavah kroničnih pacientov oziroma ob naključnih obiskih v ambulanti pri DMS/ZDM,
- ko posameznik poišče DMS v ADM ter izrazi svojo težavo s T&ŠpA ali/in
- ob sprejemu pacienta po napotilu spec. MDPŠ.

Potek presejanja

DMS izvede presejalni postopek, s katerim oceni pivski status. Potek presejanja v ADM sestavljajo naslednje faze.

1. V pogovoru o življenjskih navadah pacienta vprašamo: »Ali pijete alkohol ali uživate hrano, ki vsebuje alkohol?« Če pacient odgovori, da ne pije alkohola, mu postavimo podvprašanje: »Od kdaj ne pijete več alkohola?« Če se odsotnost pitja potrdi, se pacientov odnos do pitja alkohola pozitivno potrdi in obravnava glede pitja alkohola se zaključi.
2. Če pacient na osnovno vprašanja in/ali podvprašanje odgovori z »DA«, se presejanje nadaljuje s pomočjo vprašalnika za ugotavljanje čezmernega pitja alkohola AUDIT-C, ki je sicer del Vprašalnika za preventivni pregled na področju kroničnih nenalezljivih bolezni.
3. Skladno z navodili se opravi vrednotenje vprašalnika AUDIT-C (bodisi v pogovoru ali z rešitvijo vprašalnika).
4. Če je ugotovljeno manj tvegano pitje in ob tem ne gre za posebej rizično skupino, kjer se priporoča vzdržnost od alkohola, pacientu nudimo pozitivno potrditev njegovega vedenja v odnosu do

alkohola (afirmiramo pacientov odnos do pitja alkohola in vedenje), ga informiramo o priporočilu stroke o alkoholu: čim manj ali nič, o prednostih manj tveganega pitja oz. abstinence, mejah manj tveganega pitja alkohola ter posledicah čezmernega pitja alkohola. Obravnava glede pitja alkohola se zaključi.

5. Če je ugotovljeno manj tvegano pitje in gre za posebej rizično skupino, kjer je priporočena vzdržnost od alkohola, pacienta glede pitja alkohola obravnavamo naprej.
6. Če je z vprašanji AUDIT-C ugotovljeno čezmerno pitje, nadaljujemo z dodatnimi vprašanji glede pitja alkohola, ki so del vprašalnika AUDIT-10.

Skladno z navodili opravimo vrednotenje vprašalnika AUDIT-10 in določimo, ali gre za tvegano pitje ali škodljivo pitje ali (sum na) SOA.

Svetovanje

Tvegano ali škodljivo pitje alkohola pri moških in ženskah, kjer ne gre za posebej rizično skupino, za katero velja ničelna toleranca: Izvede se svetovanje 5-krat 15 minut (Priloga 2 – Zvezek I). Če se ni možno dogovoriti za večkratno svetovanje, se izvede kratki strukturirani posvet ali kratek nasvet oziroma se pacienta usmeri k alternativnim virom pomoči za izvedbo kratkega ukrepa (ZDM, CKZ/ ZVC ali drugim virom pomoči).

Pri nekaterih ljudeh, ki pijejo škodljivo, je smiselna podobna nadaljnja obravnava oz. zdravljenje kot pri zasvojenih, čeprav ne izpolnjujejo meril za zasvojenost. To pride v poštev npr. predvsem pri tistih, ki so že več kot enkrat neuspešno poskušali zmanjšati ali opustiti pitje in imajo resnejše težave zaradi pitja alkohola.

(Sum na) zasvojenost: pacienta se usmeri k nadaljnjim virom pomoči oz. svetovanje izvede zdravnik.

Ne glede na to, kakšen je pacientov odnos do pitja alkohola, je eden ključnih elementov obravnave glede pitja alkohola ozaveščanje – če pacient tega še ne ve –, da je priporočilo stroke glede pitja alkohola *čim manj ali nič*.

Spremljanje

Spremljanje določimo glede na oceno pivskega statusa ob zaključku svetovanja. Zajema vnovično presejanje in obravnavo glede na izid vnovičnega presejanja.

Če pacient ni potreboval svetovanja za opuščanje čezmernega pitja alkohola, se kontrola izvede vsakih 5 let, lahko tudi pogosteje.

Če je pacient ob zaključku svetovanja abstiniral ali pil manj tvegano (in ni posebej rizična oseba), pivski status preverimo po 1 letu in nato na 5 let oz. po presoji.²

Če pacient ob zaključku svetovanja ni pil manj tvegano (ali pa je pil manj tvegano in je posebej rizična oseba), pivski status preverimo po presoji oz. v okviru obravnave že prisotne druge kronične bolezni oz. najpozneje po 1 letu.

Če je ob spremljanju kadar koli ugotovljeno čezmerno pitje alkohola, se izvede nadaljnja obravnava po predhodno opisanem protokolu.

V primeru s strani zdravnika postavljenega sindroma odvisnosti od alkohola (SOA) pacienta spremlja osebni izbrani zdravnik.

² V pilotu projekta SOPA je zaradi časovnih omejitev veljal protokol, da se po uspešno zaključenem svetovanju za spremembo pitja alkohola 5-krat 15 minut opravi kontrola čez 3 in 6 mesecev po uspešno zaključenem svetovanju.

Viri pomoči

Viri pomoči pri SOA

- Psihiater alkohololog
- Skupine samopomoči (npr. Anonimni alkoholiki, Al-Anon)
- Terapevtske skupine

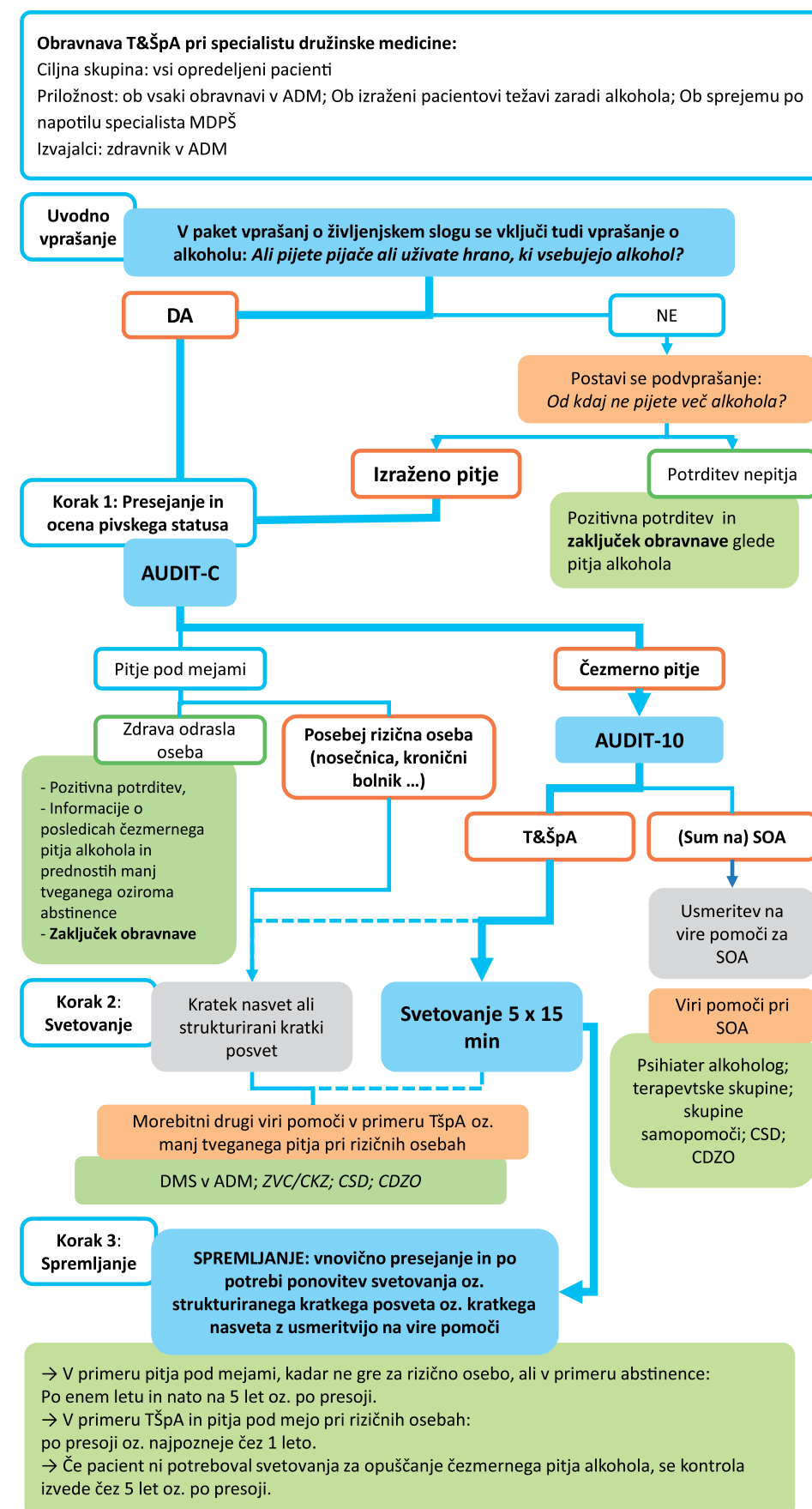
Morebitni drugi viri pomoči pri T&ŠpA

- Izbrani osebni zdravnik
- DMS v ADM
- Patronažno varstvo
- ZVC/CKZ
- Center za socialno delo
- Specialist medicine dela, prometa, športa

Dodatni viri pomoči

- Spletna stran www.sopa.si
- Spletna stran www.nalijem.si
- Sporočilo iz steklenice (zloženko, dostopna v obliki PDF na »<http://www.cindi-slovnija.net/> oziroma www.nijz.si)
- Ali vem pri čem sem s svojim ...? (knjižica NIJZ)

Zaključki



Slika 1: Shema izvajanja kratkega ukrepa 1 pri DMS v ambulantni družinske medicine.

Ključni poudarki

Uvedba referenčnih ambulant, preimenovanih v ambulate družinske medicine (ADM), je v Sloveniji prispevala k večjemu zadovoljstvu pacientov. DMS v ADM imajo določene natančne protokole vedenja pacientov ter orodja za odkrivanje tveganega pitja alkohola.

DMS svoja znanja pridobijo na modulu Izvajanje integrirane preventive kronično nenalezljivih bolezni za DMS v ADM, kjer je za izvajanje KU1 po pristopu SOPA treba razširiti znanja za poglobljeno svetovanje po principu motivacijskega intervjuja, 5-krat po 15 minut.

Zaenkrat imajo DMS različna znanja, kar se odraža tudi pri obravnavi pacientov s T&ŠpA. Potrebni so dobra in kontinuirana uglašenost tima ADM (zdravnika družinske medicine in DMS) ter sodelovanje in povezovanje vseh izvajalcev preventive za odrasle na primarni ravni zdravstvenega varstva.

V presejanje glede pitja alkohola bi bilo treba zajeti vse odrasle od 18. leta starosti dalje, ne glede na stopnjo ranljivosti ali starostno strukturo. S tem bi zagotavljali bolj kakovostno preventivno obravnavo, celostno informiranje in motiviranje.

S SOPA smo pridobili poglobljena znanja iz svetovanja za spremembo pivskega vedenja, možnost praktičnih vaj iz svetovanja, poglobili sodelovanje s CKZ/ZVC, kjer je na podlagi pristopa SOPA prav tako možnost poglobljenega svetovanja.

Vpeljava predlaganih sistemskih sprememb mora biti usklajena z vsemi odločevalci (MZ, ZZZS, skupina za strokovni razvoj ADM).

DMS mora svoje znanje nenehno izpopolnjevati, dopolnjevati in upoštevati svoje kompetence, saj le ustrezno usposobljena medicinska sestra lahko pacientu pomaga živeti kakovostno osebno, družinsko in socialno življenje.

Literatura

1. Poplas Susič T in Marušič D. Referenčne ambulate. Bilten – ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu, 2011;27(1), pp. 9–17
2. Koželj Rekanović Z. Referenčna ambulanta, novosti na primarnem nivoju. Glasilo Koronarni klub Mežiške doline. 2014; 12: 2-3.
3. Skela Savič K, Klemenc D. V: Skela Savič B. (ur) et al. Moja kariera – quo vadis: specializacije v zdravstveni negi – partnerstvo med zdravstveno nego in medicino. 4. posvet z mednarodno udeležbo. Ljubljana, 2011:20 – 33.
4. Železnik D, Panikvar Žlahtič K, Vidmar I, Istenič B, Filej B et al. Aktivnosti zdravstvene nege za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege v ambulanti družinske medicine. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011: 1–47.
5. Bizjak M. Vpliv odnosov med zdravstvenimi delavci na odnose do bolnikov. V B. Filej & P. Kersni (Ured.). 6. mednarodni kongres zdravstvene in babiške nege »Zdravstvena in babiška nega – kakovostna, učinkovita in varna« Ljubljana, Slovenija: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2007.
6. Dolžan Lindič H in Kramar Z. Sodobna organizacijska oblika kakovostne obravnave pacienta je tudi »case management«. 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. »Medicinske sestre in babice - znanje je naša moč«. Pridobljeno 14. 10. 2021 s spletne strani: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/133F.pdf.
7. Esser M in Lang S. Patientenansprache mit Empatie, 2012. Pridobljeno 14. 10. 2021 s spletne strani: http://www.comedical.de/assets/media/AZ_23-9.pdf
8. Kolšek M. Pitje alkoholnih pijač. Algoritem odločanja in ukrepanja diplomirane medicinske sestre v procesu izvajanja preventivnega pregleda v ambulanti družinske medicine. Pridobljeno 9.12.2021 s spletne strani: http://www.referencna-ambulanta.si/wp-content/uploads/22082019_Algoritem_V5_20082019.pdf.

Predlagana literatura za DMS

- Kolšek M. Vloga družinskega zdravnika pri tveganem in škodljivem pitju alkohola. Med. razgl.,2002; 41(Suppl. 1), 157-62.
- Kolšek M. Pitje alkohola. In: Švab I, Rotar Pavlič D. Družinska medicina (Učbenik). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine; 2012: 103–13.
- Kolšek M, ed. Klinične smernice za zgodnje odkrivanje tveganega in škodljivega pitja in kratki ukrepi. Ljubljana: Medicinska fakulteta; 2005.
- Kolšek M. O pitju alkohola. Priročnik za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: CINDI Slovenija; 2004.

4.3. ZDRAVSTVENOVZGOJNI CENTER IN CENTER ZA KREPITEV ZDRAVJA

Erika Povšnar, Tadeja Hočevar

Izhodišča

Zdravstvenovzgojni centri (ZVC) in Centri za krepitev zdravja (CKZ) so samostojne organizacijske enote, ki so locirane v 61 zdravstvenih domovih v Sloveniji. Skupno je v sistem vključenih 31 ZVC in 28 CKZ, ki so ključne organizacijske strukture za zagotavljanje aktivnosti promocije zdravja in zdravstvene vzgoje za odraslo populacijo na primarni ravni zdravstvenega varstva (1, 3). CKZ organizacijsko-funkcionalno in vsebinsko predstavljajo nadgradnjo obstoječih ZVC. Z aktivno vlogo, ki jo imajo pri krepitevi zdravja, preprečevanju bolezni, zmanjševanju neenakosti v zdravju, zmanjševanju bremena kroničnih bolezni ter vključevanju ranljivih oseb v preventivno zdravstveno varstvo (2) lahko učinkovito pripomorejo k obvladovanju alkoholne problematike.

Med temeljne aktivnosti ZVC/CKZ, ki lahko uspešno prispevajo k zmanjševanju čezmernega pitja alkoholnih pijač, zagotovo sodi izvajanje nemedikamentoznih obravnav; v ZVC izvajanje Programa svetovanje za zdravje in v CKZ nadgrajene različice Program za krepitev zdravja (v nadaljevanju Program) ter izvajanje pogovornih ur za krepitev zdravja. Nemedikamentozne obravnave potekajo v obliki zdravstvenovzgojnih in psihoedukativnih delavnic ter individualnih svetovanj, ki so strukturirani v sklopu temeljnih in poglobljenih obravnav (1, 2) (preglednica 1).

Preglednica 1: Struktura Programa Svetovanja za zdravje v ZVC in Programa za krepitev zdravja v CKZ

ZVC – PROGRAM SVETVANJA ZA ZDRAVJE			
TEMELJNE (KRATKE) DELAVNICE	POGLOBLJENE (DOLGE) DELAVNICE IN INDIVIDUALNA SVETOVANJA		
	SVETOVALNICA ZA ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG	SVETOVALNICA ZA DUŠEVNO ZDRAVJE	SVETOVALNICA ZA TVEGANA VEDENJA
Življenjski slog Ali sem fit? Dejavniki tveganja (Zvišan krvni tlak, Zvišane maščobe v krvi, Zvišan krvni sladkor) Tehnike sproščanja Sladkorna bolezen tipa 2	Zdravo jem Zdravo hujšanje Gibam se S sladkorno boleznijo skozi življenje	Podpora pri spoprijemanju z depresijo Podpora pri spoprijemanju s tesnobo Podpora pri spoprijemanju s stresom Zdravi odnosi	Skupinsko svetovanje za opuščanje kajenja Individualno svetovanje za opuščanje kajenja Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola - individualno svetovanje (temeljni del) Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola - individualno svetovanje (vzdrževalni del)

CKZ – PROGRAM KREPITVE ZDRAVJA			
TEMELJNE (KRATKE) DELAVNICE	POGLOBLJENE (DOLGE) DELAVNICE IN INDIVIDUALNA SVETOVANJA		
	SVETOVALNICA ZA ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG	SVETOVALNICA ZA DUŠEVNO ZDRAVJE	SVETOVALNICA ZA TVEGANA VEDENJA
Zdravo živim Ali sem fit? Zvišan krvni tlak Zvišane maščobe v krvi Zvišan krvni sladkor Tehnike sproščanja Sladkorna bolezen tipa 2 Test telesne pripravljenosti za odrasle/starejše	Zdravo jem Zdravo hujšanje Gibam se S sladkorno boleznijo skozi življenje	Podpora pri spoprijemanju z depresijo Podpora pri spoprijemanju s tesnobo Podpora pri spoprijemanju s stresom Zdravi odnosi	Skupinsko svetovanje za opuščanje kajenja Individualno svetovanje za opuščanje kajenja Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola - individualno svetovanje (temeljni del) Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola - individualno svetovanje (vzdrževalni del)

POGOVORNE URE ZA KREPITEV ZDRAVJA v ZVC/CKZ

Namen Programa je seznanjanje odraslih oseb s pomenom zdravega življenjskega sloga za ohranjanje in krepitev zdravja ter kakovostnejše življenje s kronično boleznijo oziroma za preprečevanje nastanka kroničnih bolezni, spodbujanje v aktivno skrb za lastno zdravje, posredovanje strokovnih informacij, učenje veščin ter nudenje opore in pomoči za dolgotrajnejšo spremembo življenjskih navad in krepitev zdravja. Pogovorne ure za krepitev zdravja (v nadaljevanju Pogovorne ure) predstavljajo obliko krajših individualnih posvetov o krepitevi in ohranjanju zdravja, izvajanje kontrolnih meritev ter nudenje strokovne podpore in pomoči pri spreminjanju vedenja, povezanega z zdravjem.

Ciljna populacija Programa so odrasle osebe s prisotnimi dejavniki tveganja za kronične bolezni, osebe z visoko ogroženostjo za razvoj kroničnih bolezni in osebe s kroničnimi boleznimi, ki imajo urejeno osnovno zdravstveno zavarovanje. Vključevanje ciljne populacije v Program poteka po različnih poteh (1,2). Osebe lahko v program vključijo z napotitvijo ali brez napotitve. Z napotitvijo jih v Program po opravljenem preventivnem pregledu v ambulantni družinske medicine usmeri zdravnik specialist družinske medicine oz. diplomirana medicinska sestra v ambulantni družinske medicine (v vse temeljne in poglobljene delavnice), zdravnik specialist psihiater (v temeljno delavnico Tehnike sproščanja, v Svetovalnico za duševno zdravje). V Program se oseba lahko vključi tudi brez napotitve - samoiniciativno ali na podlagi usmeritve s strani drugih služb (npr. patronažna služba, druge specialistične ambulante, Center za socialno delo, nevladne organizacije ...). To velja za vse Temeljne delavnice, za Svetovalnico za duševno zdravje – delavnica Podpora pri spoprijemanju s stresom, Svetovalnico za tvegana vedenja).

Standardni interdisciplinarni tim izvajalcev Programov v ZVC/CKZ sestavljajo diplomirana medicinska sestra s specialnimi znanji, diplomirani fizioterapevt, univerzitetni diplomirani psiholog, ter v CKZ še diplomirani dietetik in diplomirani kineziolog. Izvajalci morajo imeti ustrezno dodiplomsko izobrazbo.

bo ter dodatno strokovno usposabljanje na NIJZ, poimenovano Temeljno izobraževanje za promocijo zdravja in preprečevanje kroničnih bolezni za odraslo populacijo v primarnem zdravstvenem varstvu (2).

Obstoječe stanje glede naslavljanja alkoholne problematike kaže, da so bili doslej formalno opredeljeni izvajalci Individualnega svetovanja za opuščanje tvegane in škodljivega pitja alkohola zdravniki specialisti družinske medicine. Svetovanje ni predstavljalo del programa ZVC/CKZ (1,2). Okvirno je bil podan vsebinski in časovni potek svetovanja, ni pa bilo izdelanih protokolov oz. standardov z opredeljenimi kompetencami za druge člane tima. V praksi individualno svetovanje v okviru rednih delovnih nalog družinske medicine tako ni nikoli (v polnosti) zaživel. V Program je bilo področje naslavljanja alkoholne problematike do leta 2022 vključeno v okviru Temeljnega izobraževanja za strokovni tim ZVC/CKZ z 90-minutnim modulom (2). Poskusno implementiranje Individualnega svetovanja za opuščanje tvegane in škodljivega pitja alkohola je sicer potekalo tudi v prvih pilotnih projektih CKZ, a se zaradi premalo usposobljenih strokovnjakov, premalo poglobljenega programa usposabljanja in zaradi prekratkega trajanja projekta do leta 2022 ni uvrstilo v program.

Z letom 2022 se v Program uvajata 2 novi delavnici za podporo pri opuščanju čezmerne pitja alkohola: *Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola – individualno svetovanje (temeljni del)* in *Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola – individualno svetovanje (vzdrževalni del)*.

V temeljni del se lahko vključi vsak, ki ima težave zaradi alkohola, bodisi samoiniciativno bodisi na podlagi napotitve s strani zdravnika specialista družinske medicine oz. diplomirane medicinske sestre v ambulantni družinske medicine ali usmeritve drugih služb in organizacij (npr. patronažna služba, druge specialistične ambulante, center za socialno delo, nevladne organizacije ...). V vzdrževalni del se lahko vključijo vsi, ki so zaključili temeljni del individualnega svetovanja Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola.

Skladno z uvedbo delavnic se v program temeljnega usposabljanja za strokovnjake v ZVC/CKZ dodaja modul za pridobitev ustreznih znanj.

Z opravljenim izobraževanjem in usposabljanjem iz interdisciplinarne obravnave tvegane in škodljivega pitja alkohola odraslih ter pridobljenimi znanji (vsebina priročnika) poleg zdravnikov specialistov družinske medicine kompetence za izvajanje individualnega svetovanja za opuščanje tvegane in škodljivega pitja alkohola v ZVC/CKZ pridobivajo tudi strokovnjaki drugih poklicev (diplomirana medicinska sestra in univ. diplomirani psiholog).

Predlog obravnave tvegane in škodljivega pitja alkohola

Cilji obravnave

Temeljni cilj obravnave v ZVC/CKZ je prispevek k zmanjšanju alkoholne problematike med udeleženci Programa svetovanja za zdravje oz. Programa za krepitev zdravja oz. članov skupnosti.

Specifični cilj obravnave je izvedba kratkega ukrepa 1 (KU1) oz. dveh delavnic: *Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola – individualno svetovanje (temeljni del)* in *Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola – individualno svetovanje (vzdrževalni del)*. Kratki ukrep 1 zajema presejanje, svetovanje in spremljanje z morebitnim usmerjanjem k alternativnim oz. nadaljnjim virom pomoči.

Ciljne skupine

Ciljna skupina za presejanje in morebitno nadaljnjo obravnavo so vse odrasle osebe, ki imajo težave zaradi alkohola oz. bi želele podporo pri spremembi svojega odnosa do pitja alkohola.

Ciljna skupina so tudi vse odrasle osebe, ki se vključujejo v katere koli delavnice Programa, ki je na-

menjen osebam z biološkimi, psihosocialnimi in vedenjskimi dejavniki tveganja, osebam, ogroženim za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni, in osebam s prisotnimi kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, oziroma pridejo na pogovor v okviru Pogovornih ur.

Ob tem so ciljna skupina tudi svojci oseb, ki imajo težave zaradi pitja alkohola. Ti lahko na pogovor o tem pridejo samoiniciativno ali na podlagi usmeritve drugih, s Pogovornimi urami ali delavnicami Programa.

Posebno pozornost je treba nameniti skupinam ljudi, pri katerih je tveganje za škodljiv vpliv alkohola še večji: nosečnicam, doječim materam, bolnikom z nekaterimi kroničnimi boleznimi, npr. boleznimi jeter, trebušne slinavke, psihiatričnimi in nevrološkimi boleznimi, motnjami srčnega ritma, arterijsko hipertenzijo in nekaterimi rakavimi boleznimi. Tem posebej rizičnim osebam priporočamo, da alkohola ne pijejo.

Potrebna specifična znanja za obravnavo

Izvajalci individualnih svetovanj v ZVC/CKZ morajo za uspešno obravnavno opuščanja tvegane in škodljivega pitja alkohola:

- poznati splošno alkoholno problematiko;
- poznati tveganja in posledice, povezane s tveganim in škodljivim pitjem alkohola ter zasvojenostjo;
- poznati standardne merice oz. enote alkohola in meje manj tvegane pitja alkohola;
- poznati razvrstitev oseb v kategorije glede na pivsko vedenje;
- uporabljati specifična znanja in veščine ter orodja za odkrivanje tveganj in škodljivih pivcev;
- oceniti, ali ima pacient težave z alkoholom;
- prepoznati tvegano in škodljivo pitje alkohola ter utemeljen sum na zasvojenost z alkoholom;
- poznati značilnosti posvetovalnega načina komuniciranja;
- znati vzpostaviti zaupanje, empatičen odnos, postavljanje meja ...;
- poznati in znati uporabiti elemente kakovostnega pogovora (spretnosti sprejemanja/ aktivno poslušanje, sporočanja/govorjenja, molčanja, nagovarjanje pacienta);
- poznati proces spreminjanja vedenja in motivacijski intervju;
- znati postavljati vprašanja o pitju alkohola;
- znati ustrezno obravnavati paciente, ki pijejo alkohol na tvegan ali škodljiv način ali zanje obstaja sum, da so z alkoholom zasvojeni;
- znati spremljati pivski status, vedenje oz. vedenjske spremembe ter napredek pacienta;
- znati kritično ovrednotiti svoje delo;
- imeti veščine, znanja in pripravljenost za povezovanje in sodelovanje z drugimi strokovnjaki.

Potek obravnave

Presejanje (odkrivanje, prepoznavanje)

Uvodni del presejanja predstavlja splošno vprašanje »Ali pijete alkoholne pijače ali jeste hrano, ki vsebujejo alkohol?« Vprašanje naj bo del splošne anamneze v pogovoru o pacientovem življenjskem slogu bodisi v okviru delavnic Programa bodisi Pogovornih ur. Če pacient odgovori, da alkohola ne pije,

se pozanimamo: »*Od kdaj ne pijete več alkohola?*« To podvprašanje je povsem smiselno. Glede na to, da Slovenija sodi v t. i. mokro kulturo, za katero je (med drugim) po eni strani značilen tolerantni odnos do pitja alkohola, po drugi strani pa lahko pitje alkohola posamezniku predstavlja moralno-etični problem in stigma, je odgovor pacienta, da »NE PIJE« alkohola, skoraj samodejen in pričakovan. Ko pacientu postavimo to vprašanje, se naknadno pogosto izkaže, da je pitje alkohola prisotno.

Če z odgovorom na podvprašanje lahko potrdimo odsotnost pitja, sledi pozitivna potrditev pacientovega odnosa in vedenja do pitja alkohola in zaključek obravnave. Če iz odgovora na podvprašanje razberemo, da pacient pije alkohol, nadaljujemo z vprašanji kratkega vprašalnika za odkrivanja čezmernega pitja alkohola AUDIT-C (Priloga 1 – Zvezek I). Prav tako z vprašanji kratkega vprašalnika AUDIT-C nadaljujemo, če je na osnovno vprašanje o pitju alkohola odgovor »da«.

Pri pacientih, ki pijejo alkohol, obravnavo torej nadaljujemo z vprašanji iz kratkega vprašalnika AUDIT-C. Izvajalec se odloči oz. presodi, kako bo izvedel presejanje (npr. vprašalnik lahko pacienti izpolnijo sami, lahko ga izvajalec izpolni skupaj s pacientom, odgovore lahko pridobi med oz. s pogovorom; v skupini lahko vprašalnik ob krajšem uvodu na temo alkohola izpolnijo pacienti ob začetku ali zaključku katerekoli delavnice ...) (Priloga I – Zvezek I).

V skladu z navodili izvajalec ovrednoti vprašalnik.

Če pacient glede na rezultate vprašalnika ne presega kriterijev za pitje z nižjo stopnjo tveganja in hkrati ni posebej rizična oseba (kronični bolnik, nosečnica ipd.), pacientu nudimo pozitivno potrditev njegovega vedenja v odnosu do alkohola (afirmiramo pacientov odnos do pitja alkohola in vedenje), ga informiramo o priporočilu stroke o alkoholu: čim manj ali nič, o prednostih manj tveganega pitja oz. abstinence, mejah manj tveganega pitja alkohola ter posledicah čezmernega pitja alkohola. Če je oseba posebej rizična (kronični bolnik, nosečnica ipd.), nadaljujemo z obravnavo oz. svetovanjem.

Če s kratkim vprašalnikom AUDIT-C potrdimo čezmerno pitje, nadaljujemo z vprašanji daljše različice vprašalnika AUDIT-10, na podlagi katere lahko pacientovo vedenje glede pitja alkohola razvrstimo v kategorije: tvegano pitje, škodljivo pitje in (sum na) SOA. Nato nadaljujemo z obravnavo oz. svetovanjem.

Svetovanje

Po presejanju se izvajalec glede na oceno pivskega statusa in skladno s stopnjo pacientove pripravljenosti spremeniti tvegano vedenje (4) odloči in predlaga ustrezne ukrepe oz. nadaljnjo obravnavo tveganega ali škodljivega pitja alkohola/utemeljenega suma na zasvojenost z alkoholom.

Pri ugotovljenem **manj tveganem pitju alkohola pri rizičnih osebah** izvedemo kratek nasvet ali strukturirani kratki posvet (poglavje 2.2 – Zvezek I). Po presoji lahko pacienta povabimo tudi v nadaljnjo obravnavo – svetovanje po principu 5-krat 15 minut oz. usmerimo k alternativnim virom pomoči (ambulanta družinske medicine idr.).

Ob ugotovljenem tveganem in škodljivem pitju alkohola pacienta povabimo v nadaljnjo obravnavo – nadaljnje svetovanje po principu motivacijskega intervjuja, 5-krat 15 minut v okviru delavnice Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola – individualno svetovanje (temeljni del) (Priloga 2 – Zvezek 1).

Če pacient nadaljnje obravnave ne želi oz. ta ni mogoča, podamo kratek nasvet ali izvedemo strukturirani kratki posvet in ga seznanimo z alternativnimi viri pomoči.

V primeru (**suma na**) **zasvojenost** pacienta motiviramo in mu predlagamo druge ustrezne obravnave (zdravnik družinske medicine, psihiater alkohololog, terapevtske skupine oz. klubi zdravljenih alkoholikov, skupine samopomoči oz. združenja anonimnih alkoholikov ipd.).

Če gre za **svojca** osebe, ki ima težave zaradi alkohola, svojca seznanimo z viri pomoči za osebe, ki imajo težave zaradi alkohola, in jih usmerimo k nadaljnjim virom pomoči za svojce (terapevtske skupine in skupine samopomoči za svojce).

V primeru pridruženih socialnih stisk lahko pacienta, ki ima težave zaradi pitja alkohola, oziroma svojca osebe, ki ima težave zaradi pitja alkohola, usmerimo (tudi) na center za socialno delo.

Ne glede na to, kakšen je pacientov odnos do pitja alkohola, je eden ključnih elementov obravnave glede pitja alkohola ozaveščanje – če pacient tega še ne ve –, da je priporočilo stroke glede pitja alkohola *čim manj ali nič*.

V primeru kratkega nasveta ali strukturiranega kratkega posveta obravnava lahko poteka v okviru siceršnjega dela (individualna srečanja v poglobljenih delavnicah, individualno svetovanje – kajenje, pogovorne ure). V primeru svetovanja 5-krat 15 minut pa govorimo o delavnici *Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola – individualno svetovanje (temeljni del)*, ki poteka v slopu petih srečanj. Izvajanje delavnice je opredeljeno tudi kot storitev ZZZS³. Svetovanje lahko izvajamo v osebni stiku ali po videokonferenci (če je med potencialnimi udeleženci interes ter imajo dostop in znanje za uporabo informacijsko-komunikacijske tehnologije). Vsaj polovico individualnih svetovanj (vključno z uvodnim srečanjem) je treba opraviti osebno. Zabeležijo se razlog za storitev na daljavo, datum in vsebina ter način komunikacije.

Ob zaključku svetovanja je smiselno poročati in obveščati (npr. izbranega družinskega zdravnika idr.), kar pa mora biti v skladu s privoljenjem oz. soglasjem pacienta.

Spremljanje

Spremljanje napredka je predvideno v primeru zaključene delavnice *Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola – individualno svetovanje (temeljni del)*, in sicer 3 in 6 mesev po zaključku svetovanja. Poteka v okviru delavnice *Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola – individualno svetovanje (vzdrževalni del)* in zajema 2 srečanja po 15 minut.

Na obeh srečanjih vzdrževalnega dela oz. spremljanja pacientovega napredka nadaljujemo motivacijski pogovor skladno s fazo spremembe vedenja po transteoretičnem modelu spreminjanja vedenja (poglavje 2.1 - Zvezek I in poglavje 2.2 – Zvezek I).

Ponovno vprašamo po pitju alkohola in izvedemo presejanje z vprašanji iz vprašalnika AUDIT. Če pacient vzdržuje manj tvegan življenjski slog ali abstiniira, pozitivno potrdimo njegovo vedenje in ga spodbudimo k nadaljevanju, vzdrževanju in krepitvi zdravega življenjskega sloga.

Če ob spremljanju pacienta kadar koli ugotovimo čezmerno pitje alkohola, izvedemo nadaljnjo obravnavo po predhodno opisanem protokolu: svetovanje 5-krat 15 minut ali kratek nasvet oz. izvedemo strukturirani kratki posvet z usmeritvijo na nadaljnje vire pomoči.

Spremljanje naj poteka na temu posebej namenjenih srečanjih⁴.

Viri pomoči

Gre za individualno odločitev, presojo izvajalca svetovanja glede na posameznika oz. obravnavo pacienta (posredovanje informacij o virih pomoči/gradivo; vzpostavitev kontakta in dogovor za obravnavo ipd.).

³ Storitve je možno obračunati, če je pacient navzoč na vsaj 3 srečanjih. Kot prvo velja srečanje, na katerem je bilo izvedeno presejanje in začetek motivacijskega svetovanja po principu 5-krat 15 minut.

⁴ Delavnica se lahko izvaja v osebni stiku ali po videokonferenci (če je med potencialnimi udeleženci interes ter imajo dostop in znanje za uporabo IKT). Vsaj polovico individualnih svetovanj (vključno z uvodnim srečanjem) je treba opraviti v osebni stiku. Zabeležijo se razlog za storitev na daljavo, datum in vsebina ter način komunikacije.

Tvegano in škodljivo pitje alkohola

Alternativni viri pomoči

- strokovnjaki v drugih enotah zdravstvenega doma – zdravnik družinske medicine, diplomirana medicinska sestra v ambulanti družinske medicine, strokovnjaki dispanzerja za mentalno zdravje (klinični psihologi, psihiatri), diplomirana sestra v patronažnem varstvu, strokovnjaki dispanzerja za medicino dela, prometa in športa, drugih specialističnih ambulant;
- strokovnjaki centrov za socialno delo;
- pisna in spletna gradiva o problematiki.

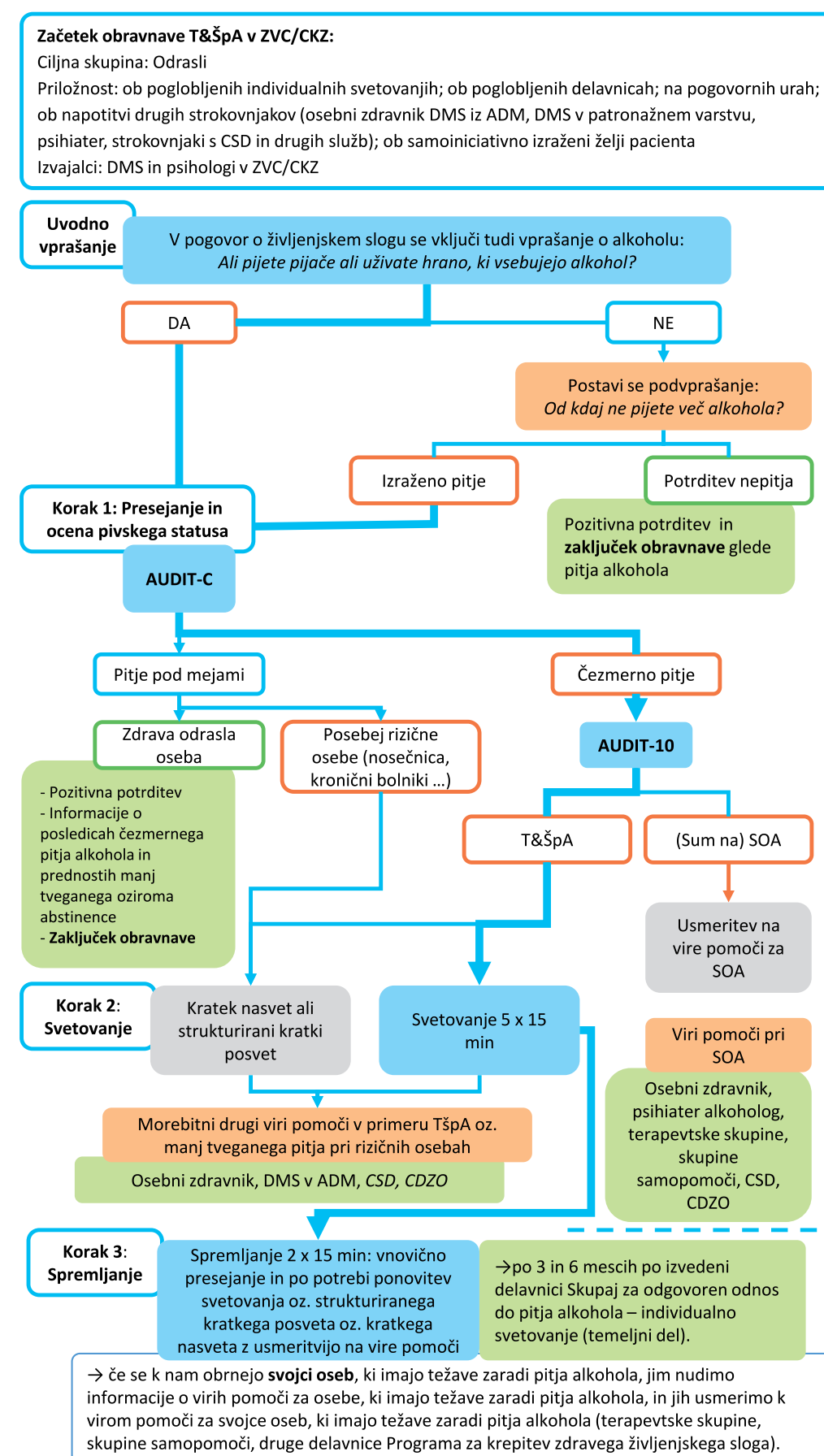
Nekatere ljudi, ki pijejo škodljivo, je smiselno podobno nadalje obravnavati oz. zdraviti kot zasvojene, čeprav ne izpolnjujejo meril za zasvojenost. To pride v poštev npr. predvsem pri tistih, ki so že več kot enkrat neuspešno poskušali zmanjšati ali opustiti pitje in imajo resnejše težave zaradi pitja alkohola.

Sum na zasvojenost z alkoholom

Viri pomoči

- strokovnjaki v drugih enotah zdravstvenega doma – zdravnik družinske medicine, strokovnjaki dispanzerjev za mentalno zdravje (klinični psihologi, psihiatri);
- center za duševno zdravje odraslih v zdravstvenem domu;
- strokovnjaki na sekundarni ravni – v bolnišnici (psihiater alkohololog, klinični psiholog idr.);
- strokovnjaki centrov za socialno delo;
- terapevtske skupine (klubi zdravljenih alkoholikov – Društvo Žarek upanja ipd.);
- skupine za samopomoč (AA – anonimni alkoholiki, skupine AI-anon);
- pisna in spletna gradiva o problematiki.

Zaključki



Delavnica - Vzdrževalni del | Delavnica - Temeljni del

Slika 1: Shema izvajanja kratkega ukrepa 1 pri strokovnem delavcu v ZVC/CKZ.

Ključni poudarki

ZVC/CKZ s svojimi preventivnimi programi predstavljajo pomemben vir pomoči pri krepitevi posameznikovega zdravega življenjskega sloga.

Pitje alkohola je običajno del življenjskega sloga posameznika, zato je pomembno, da to vprašanje naslovimo pri vseh uporabnikih programov ZCV/CKZ in v tudi kontekstu drugih dejavnikov tveganja.

V ZVC/CKZ se za podporo pri opuščanju tveganega in škodljivega pitja alkohola izvaja Kratki ukrep 1, ki zajema: delavnico Individualno svetovanje za podporo pri opuščanju tveganega in škodljivega pitja alkohola - temeljni del (presejanje in svetovanje 5 x 15 minut) in delavnico Individualno svetovanje za podporo pri opuščanju tveganega in škodljivega pitja alkohola - vzdrževalni del (spremljanje napredka 2 x 15 minut).

Pri pacientih, kjer je sum na SOA, je ključno usmerjanje v ustrezne nadaljnje vire pomoči.

Proučiti bi bilo smiselno tudi potrebe in možnosti za izvedbo skupinskega svetovanja.

Literatura

1. Vrbovšek S, Rebernik K, Remec M, Čeplak M, Blatnik B. Navodila za organizacijo in delovanje zdravstvenovzgojnih centrov ter izvajanje Programa svetovanja za zdravje. Verzija 1/2019. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019.
2. Nacionalni inštitut za javno zdravje: Navodila za organizacijo in delovanje centrov za krepitev zdravja ter izvajanje Programa za krepitev zdravja Verzija 1/2018. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018 Pridobljeno 4. 12. 2021 s spletne strani: file:///C:/Users/ckz21/Documents/1.%20MOJI%20DOKUMENTI/SOPA/navodila_ckz.pdf.
3. Dravec S, Drglin Z, Farkaš Lainščak J, Horvat M, Huber I, Konec Juričič N. et al. Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih. Vsebinska izhodišča za izvajanje projektnih aktivnosti. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017.

4.4. PATRONAŽNO VARSTVO

Martina Horvat, Andreja Krajnc, Tadeja Hočevar

Izhodišča

Temeljni terenski koncept dela patronažnega varstva je na geografsko opredeljenem območju individualno in družinsko obravnavati paciente v vseh življenjskih obdobjih (1). Je posebna oblika zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno varovanje posameznika, družine in skupnosti (2, 3). Način in mesto delovanja opredeljujeta patronažno varstvo kot tisti del primarnega zdravstvenega varstva, ki najhitreje prepozna spremembe posameznika, družine in lokalne skupnosti ter se nanje lahko tudi hitro in učinkovito odzove (4, 5). Temelj dela v patronažnem varstvu predstavlja biopsihosocialni (bioekopsihosocialni oz. socioekološki) model, ki se zliva z biomedicinskim, saj sta pri varovanju zdravja oba enako pomembna. Vlogo povezovalca med obema modeloma lahko pripišemo javnemu zdravju (5–7). Medicinske sestre v patronažnem varstvu⁵ obravnavajo posameznika, njegovo družino in skupnost v okolju, kjer bivajo, se učijo, igrajo in delajo. Aktivno skrbijo za zdravstveno stanje prebivalcev na določenem zdravstvenem območju, razvijajo programe promocije zdravja ter tako spodbujajo ljudi k čim večji skrbi za lastno zdravje in zdravje družin (2, 3). Medicinska sestra v patronažnem varstvu ima v sklopu svojega polivalentnega delovanja – pri obravnavi posameznikov in njihovih družin v vseh življenjskih obdobjih in bolezenskih stanjih – številne možnosti za prepoznavanje in obravnavo tveganega in škodljivega pitja alkohola (T&ŠpA). Njeno delovanje mora biti osredotočeno predvsem na tiste skupine prebivalcev, ki so zaradi različnih vzrokov še posebno občutljivi in potencialno dovzetni za škodljive dejavnike iz okolja ali pa so tem dejavnikom že izpostavljeni (2, 3, 8).

V okviru študija na visokošolskih študijskih programih 1. stopnje Zdravstvena nega ni sistematičnega izobraževanja za naslavljanje alkoholne problematike, zato izvajalci na terenu nimajo dovolj znanja za ustrezno obravnavo T&ŠpA (9).

Medicinska sestra v patronažnem varstvu mora slediti potrebam, razmeram oz. stanju pri posamezniku, družini ali skupini in skupnosti ter se jim prilagajati. Pri obravnavi posameznika in družine, ki se srečuje s problemom T&ŠpA, ima pomembno vlogo, čeprav ta ni formalno opredeljena v Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (10). Pri preventivni obravnavi kroničnega pacienta in integriranem presejanju za kronične nenalezljive bolezni na domu se v skladu z Navodilom za izvajanje, beleženje in obračunavanje storitev v patronažnem varstvu od leta 2021 uporablja Vprašalnik za preventivni pregled na področju kroničnih nenalezljivih bolezni v patronažnem varstvu, katerega del je tudi presejalno orodje za odkrivanje T&ŠpA (enako kot v ambulantah družinske medicine) (11). Vsebine za obravnavo T&ŠpA pri drugih posameznikih in družinah (npr. nosečnicah, starejših osebah idr.) niso opredeljene v strokovnih smernicah in priporočilih, zato so obravnave v praksi prepuščene izvajalcem na terenu, njihovemu znanju, izkušnjam in zavedanju pomembnosti problematike (12, 13).

⁵ Z izrazom medicinska sestra v patronažnem varstvu je mišljena diplomirana medicinska sestra, višja medicinska sestra ali srednja medicinska sestra v patronažnem varstvu, ki so zaključile izobraževanje po srednješolskem strokovnem izobraževalnem programu zdravstvena nega, v katerega je zadnji vpis potekal v šolskem letu 1980/1981, ter opravljajo polivalentno patronažno zdravstveno nego, kar predstavlja izjemo v prehodnem obdobju do njihove upokojitve, ko se jih bo nadomestilo z diplomirano medicinsko sestro.

Uporabljen izraz medicinska sestra v ženski slovnični obliki se uporablja kot nevtralni za ženske in moške.

Predlog obravnave

Cilji obravnave

Cilji obravnave T&ŠpA v patronažnem varstvu:

- zmanjšati T&ŠpA v populaciji na terenskem območju;
- odkriti paciente, ki pijejo tvegano, škodljivo ali obstaja sum, da so z alkoholom zasvojeni, oziroma na osnovi informacije o pacientovih navadah pitja alkoholnih pijač ugotoviti, ali je prisotno T&ŠpA ali sum na sindrom odvisnosti od alkohola (SOA);
- obravnavati paciente, ki pijejo tvegano, škodljivo, ali obstaja sum, da so z alkoholom zasvojeni – ugotavljati stopnjo motivacije za spremembo vedenja, svetovanje z elementi motivacijskega intervjuja (14) oziroma usmeritev k nadaljnjim virom pomoči;
- ozaveščati paciente o mejah T&ŠpA in posledicah, do katerih lahko pride preseganje še sprejemljivih mej manj tveganega pitja alkohola, ter zdravih alternativah;
- ustrezno obravnavati pacienta znotraj družine in druge družinske člane;
- sodelovati z drugimi strokovnjaki.

Ciljne skupine

Odkrivanje T&ŠpA lahko izvajamo pri vseh obravnavah v patronažnem varstvu:

- preventivne obravnave (nosečnica, otročnica, kronični bolnik, starejše osebe, neodzivniki v nacionalnih preventivnih programih idr.),
- kurativne obravnave (obrnave po naročilu zdravnika – različni razlogi obravnave),
- odkrivanje T&ŠpA pri svojcih oziroma družinskih članih, kadar je v družini odkrita problematika, ki bi lahko bila posledica T&ŠpA, npr.:
- poslabšani medsebojni odnosi,
- disfunkcionalni družinski procesi,
- neučinkovito izvajanje družinskih in družbenih vlog,
- nasilje v družini.

Posebno pozornost je treba nameniti skupinam ljudi, pri katerih je tveganje za škodljiv vpliv alkohola še večji: npr. nosečnicam, doječim materam, bolnikom z nekaterimi kroničnimi boleznimi, npr. boleznimi jeter, trebušne slinavke, psihiatričnimi in nevrološkimi boleznimi, motnjami srčnega ritma, arterijsko hipertenzijo in nekaterimi rakavimi boleznimi. Tem posebej rizičnim osebam priporočamo, da alkohola ne pijejo.

Potrebna specifična znanja za obravnavo

Medicinska sestra v patronažnem varstvu mora, poleg temeljnih znanj, za delovanje na področju odkrivanja ter uspešnega obravnavanja T&ŠpA:

- poznati tveganja in posledice, povezane s T&ŠpA;
- poznati standardne merice oz. enote alkohola;
- poznati meje manj tveganega pitja;
- poznati razvrstitev oseb v kategorije glede na pivsko vedenje;
- znati postavljati vprašanja o pitju alkohola;
- oceniti, ali ima pacient težave z alkoholom;
- uporabljati specifična znanja in veščine ter orodja za odkrivanje tveganjih in škodljivih pivcev;
- znati aktivno poslušati in vzpostaviti empatičen odnos;
- prepoznati T&ŠpA in sum na SOA;
- znati ustrezno obravnavati paciente, ki pijejo tvegano ali škodljivo ali so zasvojeni z alkoholom (kratek nasvet, strukturirani kratki posvet, svetovanje za spremembo vedenja z elementi motivacijskega intervjuja, usmeritev v nadaljnjo obravnavo);
- znati spremljati pacientovo vedenje, pivski status in napredek;
- povezovati se in sodelovati z drugimi strokovnjaki;
- kritično ovrednotiti svoje delo.

Potek obravnave

Presejanje (odkrivanje, prepoznavanje)

V patronažnem varstvu ugotavljamo stanje pitja alkohola v družini pri vseh vrstah obiskov in obravnav. Oceno izvedemo tudi v primeru, ko nas na problem T&ŠpA opozori kdo drug. Če gre za prvi in edini obisk, ugotavljamo/vprašamo takrat. Če bomo posameznika in družino obiskovali dlje časa, pa ugotavljamo stanje postopoma, skupaj z odkrivanjem drugih negovalnih problemov. Oceno pivskega statusa opravimo v okviru negovalne anamneze (zbiranje podatkov, pogovor, opazovanje ...). Vprašanja o pitju alkohola so lahko občutljive narave, zato je smiselno, da jih postavljamo v paketu vprašanj v sklopu vedenjskih dejavnikov tveganja. Postavimno vprašanje: »Ali pijete pijače ali uživate hrano, ki vsebujejo alkohol?« Kdaj in kako, je odvisno od značilnosti in vrste obiska (npr. ob obisku nosečnico vprašamo, ali je kje zasledila informacijo o tem, da pitje piva spodbuja laktacijo, kaj meni o tem ipd.). Posebej smo pozorni, ko se posameznik in družina znajdejo v posebnih življenjskih okoliščinah (npr. z izgubo službe, neugodnim socialnim stanjem, ločitvijo, smrtjo v družini). Tudi pozitivni dogodki lahko za nekatere predstavljajo stres (rojstvo otroka, hkrati preselitev, novo okolje ipd.), kar lahko prav tako pripelje v težave v duševnem zdravju ali T&ŠpA.

Če je odgovor na vprašanje o pitju alkohola »ne«, postavimo podvprašanje: »Od kdaj ne pijete več alkohola?« Če z odgovorom na podvprašanje lahko potrdimo odsotnost pitja, sledi pozitivna potrditev in zaključek obravnave glede pitja alkohola. Če v odgovoru na podvprašanje razberemo pitje alkohola, nadaljujemo z vprašanji po vprašalniku AUDIT-C (Priloga 1 – Zvezek I).

Če je odgovor na osnovno vprašanje o pitju alkohola »da«, nadaljujemo z vprašanji iz vprašalnika AUDIT-C.

Če z vprašanji iz vprašalnika AUDIT-C ugotovimo, da gre pri pacientu za manj tvegano pitje, in hkrati ne spada v posebej rizično skupino (npr. kronični bolniki, nosečnice), pacientu nudimo pozitivno potrditev njegovega vedenja v odnosu do alkohola (afirmiramo pacientov odnos do pitja alkohola in vedenje), ga informiramo o priporočilu stroke o alkoholu: *čim manj ali nič*, o prednostih manj tveganega pitja oz. abstinence, mejah manj tveganega pitja alkohola ter posledicah čezmernega pitja alkohola.

Če ugotovimo, da gre pri pacientu za manj tvegano pitje in pacient spada v posebej rizično skupino, kjer se priporoča vzdržnost od alkohola, obravnavo nadaljujemo.

Če z vprašalnikom AUDIT-C ugotovimo, da gre pri pacientu za čezmerno pitje, nadaljujemo z vprašanji iz vprašalnika AUDIT-10 (Priloga 1 – Zvezek I).

Vprašanja iz AUDIT-10, ki jih moramo zelo dobro poznati, postavimo v kontekstu pogovora s pacientom in jih vpletemo v pogovor. Vrednotenje lahko na osnovi zapisov opravimo tudi pozneje, ko obisk dokumentiramo. Glede na ugotovitve se odločimo za vrsto nadaljnje obravnave (Slika 1).

Z opazovanjem ter v pogovoru s pacientom in drugimi družinskimi člani oz. pomembnimi drugimi o počutju, zdravstvenem in socialnem stanju ugotavljamo znake, ki lahko kažejo na dejavnike tveganja za T&ŠpA. S pomočjo predpisanih orodij razjasnimo, ali gre dejansko za pojav T&ŠpA pri posamezniku in/ali katerem od družinskih članov. Primerjamo pridobljene informacije (pogovor, opazovanje, ocena stanja) o preteklem in sedanjem zdravstvenem ter socialnem stanju.

Ne glede na pacientov odnos do pitja alkohola je eden ključnih elementov obravnave glede pitja alkohola ozaveščanje – če pacient tega še ne ve –, da je priporočilo stroke glede pitja alkohola *čim manj ali nič*.

Svetovanje

Odvisno od ugotovitev, ali gre za manj tvegano pitje, tvegano pitje, škodljivo pitje ali sum na SOA oz. ali svetovanje lahko izvede sama ali pacienta usmeri k drugim strokovnjakom, se medicinska sestra v patronažnem varstvu odloči za nadaljnje korake.

- Obravnavo nadaljuje medicinska sestra sama

V primeru tveganega škodljivega pitja alkohola je priporočeno, da se izvede svetovanje z elementi motivacijskega intervjuja na do petih obiskih, ki si sledijo v predpisanih intervalih (Priloga 2 – Zvezek I). Za izvajanje svetovanja z elementi motivacijskega intervjuja se mora obvezno pridobiti dodatna znanja. Če ni možno izvesti svetovanja 5-krat 15 minut, se izvede strukturirani kratki posvet ali kratek nasvet (poglavje 2.2 – Zvezek I in sklop 5 – Zvezek II).

Strukturirani kratki posvet ali kratek nasvet se izvede tudi v primeru pacienta iz posebej rizične skupine, ki pije pod siceršnjimi mejami manj tveganega pitja alkohola.

- Pacienta usmeri k drugim strokovnjakom

Če pacient, ki pije tvegano ali škodljivo, ne želi, da svetovanje izvaja medicinska sestra v patronažnem varstvu, in si želi nadaljnje obravnave, ga usmeri v ambulantno družinske medicine (ADM), k osebnemu zdravniku ali v ZVC/CKZ.

Nekatere ljudi, ki pijejo škodljivo, je smiselno podobno nadalje obravnavati oz. zdraviti kot zasvojene, čeprav ne izpolnjujejo meril za zasvojenost. To pride v poštev npr. predvsem pri tistih, ki so že več kot enkrat neuspešno poskušali zmanjšati ali opustiti pitje in imajo resnejše težave zaradi pitja alkohola.

Če obstaja sum na SOA, se pacienta usmeri k osebnemu zdravniku oz. psihiatru alkoholologu za postavitev diagnoze SOA in nadaljnjo obravnavo. Seznani ga tudi z drugimi viri pomoči: terapijskimi skupinami (npr. Društvo Žarek upanja, Abstinent), skupinami samopomoči (npr. AA, Al-Anon) ipd.

Če so prisotne še socialne stiske, pacienta usmeri tudi na center za socialno delo.

Spremljanje

Pri ugotovljenem manj tveganem pitju, ko ne gre za posebej rizične osebe, ali abstinenci se naredi oceno na vsakih 5 let.

Ob ugotovljenem tveganem ali škodljivem pitju alkohola ter manj tveganem pitju v primeru posebej rizičnih skupin se načrtuje kontrolno obravnavo 1 mesec po zaključenem svetovanju ter nato še po enem in petih letih. Ponovimo presejanje in po potrebi izvedemo kratek nasvet oz. se vnovič dogovorimo za večkratne obiske za izvedbo svetovanja.

V okviru izvajanja kratkega ukrepa 1 v projektu SOPA je bilo zaradi časovnih omejitev do 15 minut trajajoče spremljanje 3 in 6 mesecev po zaključenem svetovanju.

V primeru suma na SOA poglobljeno spremljanje izvaja vir pomoči, h kateremu smo pacienta usmerili v nadaljnjo obravnavo. Kljub temu pa ga povprašamo glede pitja alkohola in ga po potrebi spodbujamo k izbiri zdravih alternativ na nadaljnjih obiskih v sklopu siceršnje patronažne obravnave.

Svetovanje in spremljanje medicinska sestra v patronažnem varstvu lahko izvede v okviru obiska na domu ali v telefonskem pogovoru.

Če pacient nadaljuje obravnavo pri osebнем zdravniku ali drugje, se lahko po končani obravnavi obvesti patronažno službo, naj opravi kontrolni pregled v enem mesecu.

Obravnavo svojcev

Del rednega dela medicinske sestre v PV je obravnavo posameznika in družine.

Obravnavo odraslih svojcev je z naslova pitja alkohola ob obisku obravnavanega pacienta lahko aktualna v dveh primerih: a) svojec sam čezmerno pije oz. obstaja pri njem samem sum na SOA, b) svojec ima težave zaradi pitja alkohola s strani obravnavanega pacienta.

V prvem primeru svojca glede pitja alkohola obravnavamo po zgoraj predpisanem protokolu, v drugem primeru pa ga usmerimo k nadaljnjim virom pomoči za svojce oseb s težavami zaradi pitja alkohola (terapevtske skupine in skupine samopomoči).

Če so v družini, kjer je pri odraslem ugotovljeno čezmerno pitje alkohola oz. sum na SOA, prisotni mladoletni otroci, se po presoji poveže s pediatrom, centrom za socialno delo oz. se jih smeri k drugim virom pomoči (npr. skupino samopomoči AlTeen, spletni portali za pomoč otrokom).

Nekateri specifični ukrepi:

- vsebino obiska in opažanja dokumentiramo v predpisane obrazce za področje patronažnega varstva;
- obvestimo pacientovega osebnega zdravnika in druge strokovnjake, s katerimi sodelujemo pri obravnavi posameznikov, družin in skupnosti;
- v primeru nasilja v družini ravnamo in se povezujemo z drugimi strokovnjaki v skladu z Zakonom o preprečevanju nasilja v družini (ZPND) (19), Pravilnikom o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (20) in drugimi strokovnimi usmeritvami (21);
- po potrebi (če naletimo na problem, ki ga lahko rešimo s povezovanjem različnih strokovnjakov) skličemo timski sestanek, na katerega povabimo še druge strokovnjake (osebne zdravnika, medicinsko sestro iz ADM in/ali ZVC/CKZ, socialnega delavca, psihologa idr.);
- ob zaznavi dejavnikov tveganja za pojav T&ŠpA opravljamo dodatne obiske v družini;
- o zaznani situaciji vsakokrat naredimo zapis v predpisane obrazce za področje patronažnega varstva in v primeru odstopanja ter po zaključeni obravnavi o njih poročamo osebnemu zdravniku in drugim strokovnjakom, če so v obravnavi sodelovali;

- s svojim zdravstvenovzgojnim delovanjem v družini in vključevanjem drugih sodelavcev vplivamo na manj tvegan življenjski slog v družini;
- vseskozi skušamo ohranjati zaupanje tako pacienta kot tudi drugih družinskih članov;
- redno, skupaj s posameznikom in družino, načrtujemo naslednje obiske;
- spremljamo povratne informacije in vrednotimo.

Zaključki

Sistemska uvedba pristopa v patronažno varstvo

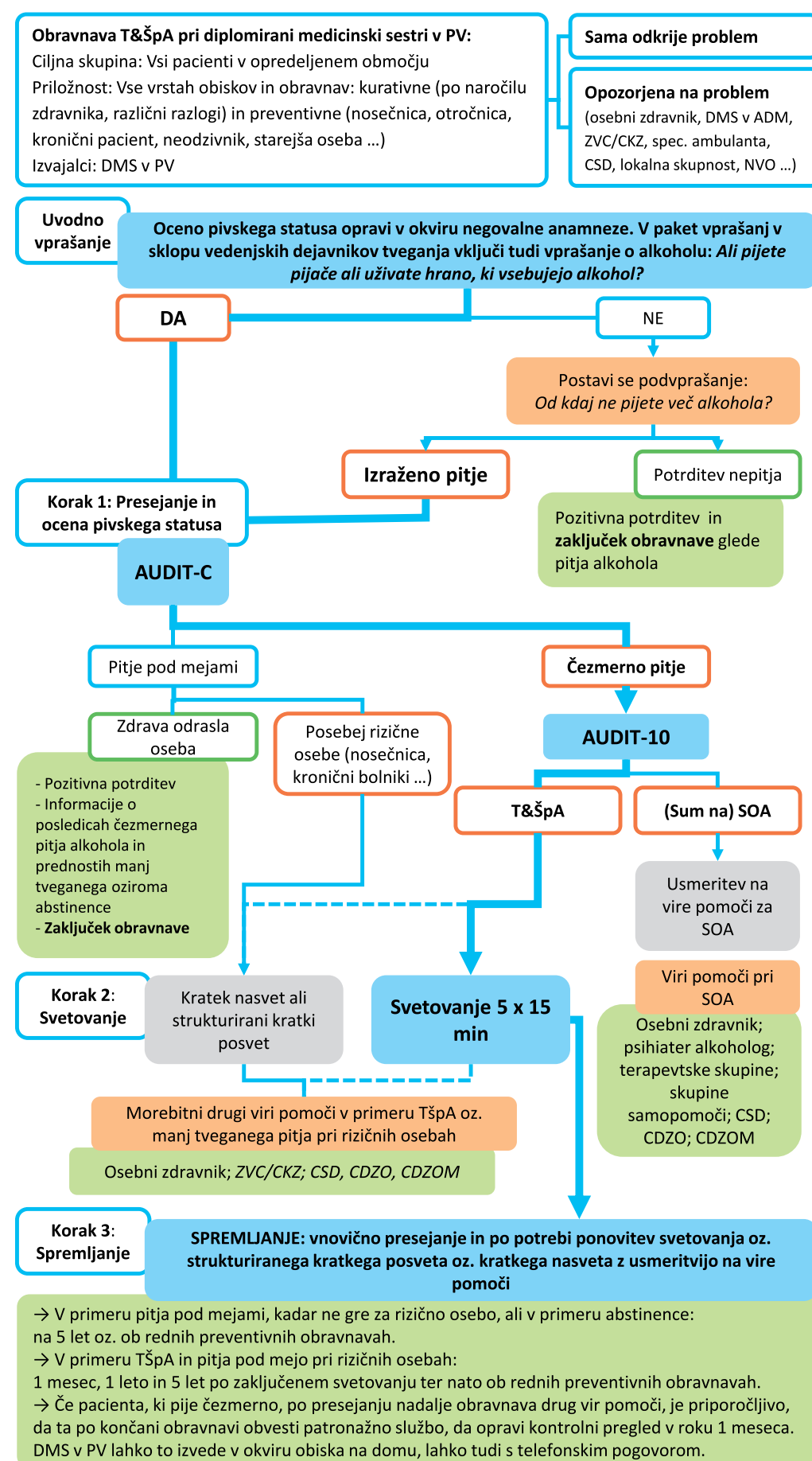
Pri obravnavi posameznika in družine, ki se srečuje s problemom T&ŠpA, je vloga medicinske sestre v patronažnem varstvu ključnega pomena. Zdravstveni delavec, ki znotraj sistema zdravstvenega varstva najpogosteje stopa v družino, ima namreč o družini pomembne informacije, ki bi lahko bile drugim strokovnjakom v pomoč pri obravnavi.

Vsebine, ki naslavlajo alkoholno problematiko, bi morale biti obvezno zajete že v:

- formalno dodiplomsko izobraževanje (študijski programi zdravstvene nege, 1. stopnja);
- formalno podiplomsko izobraževanje (specializacija, specialna znanja, magistrski program zdravstvena nega, 2. stopnja).

Za obstoječe in bodoče izvajalce zdravstvene nege v patronažnem varstvu je treba izvesti dodatna izobraževanja (posamezni moduli, klinična specializacija ipd.), ki bodo zajemala naslednje vsebine:

- splošno o problematiki T&ŠpA: razširjenost, razlogi, posledice, posebej rizične skupine ...;
- odkrivanje T&ŠpA pri obravnavah v patronažnem varstvu: orodja, vprašalniki;
- nadaljnja obravnavo posameznikov, družin in skupin v patronažnem varstvu, ki se srečujejo s problemom T&ŠpA in sumom na SOA: uporaba različnih svetovalnih pristopov, svetovanje z elementi motivacijskega intervjuja, individualno delo s posameznikom, ki tvegano in škodljivo pije, delo z družinami, kjer se pojavljata T&ŠpA in sum na SOA.



Ključni poudarki

- Pri obravnavi posameznika in družine, ki se srečuje s problemom T&ŠpA, je vloga medicinske sestre v patronažnem varstvu ključnega pomena, saj gre za zdravstvenega delavca, ki znotraj sistema zdravstvenega varstva najpogosteje vstopa v družino in ima o družini pomembne informacije, ki bi lahko bile drugim strokovnjakom v pomoč pri obravnavi.
- Postopek odkrivanja T&ŠpA mora postati sestavni del vseh obravnav v patronažnem varstvu kot njihov sestavni del na vseh področjih delovanja. Oceno pивskega statusa izvedemo v kontekstu pogovora s pacientom in družino. Pri tem uporabljamo že razvita presejalna orodja za odkrivanje T&ŠpA (enako kot v ambulantah družinske medicine).
- Glede na ugotovljeno stanje in potrebe pacienta ter družine se povezujemo z drugimi strokovnjaki – osebnim zdravnikom, ZVC/CKZ, psihiatom alkoholologom. Kadar so prisotne še socialne stiske, pacienta usmeri tudi na Center za socialno delo (ne glede na to, ali gre za T&ŠpA ali sum na SOA). V primeru suma na SOA pacienta seznanimo tudi z drugimi viri pomoči: Al-Anon, AA, skupine za samopomoč v lokalnem okolju.
- Zagotoviti moramo temeljna izobraževanja izvajalcev, ki bodo omogočala kakovostno izvajanje kratkega ukrepa 1.
- Zagotoviti moramo neprekinjeno podporo izvajalcem v obliki supervizije in reflektivne prakse.

Slika 1: Shema izvajanja kratkega ukrepa 1 v patronažnem varstvu.

Literatura

- Horvat M, Krajnc A. Pomen geografske opredeljenosti terenskega območja nosilcev patronažnega varstva - analiza terenskega območja. V: 12. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Medicinske sestre in babice, zagovornice zdravja za vse: zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic, 2019: 253–263.
- Šušteršič O, Horvat M, Cibic D, Peternelj A, Brložnik M. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega - nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. Obzornik zdravstvene nege 2006; 40: 247-52.
- Železnik D, Horvat M, Panikvar Žlahtič K, Filej B, Vidmar I. Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011.
- Saucier Lundy K, Janes S. Community Health Nursing Caring for the Public's Health. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2016.
- Stanhope M, Lancaster J. Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community, 10th ed. St. Louis: Elsevier, 2019.
- Zaletel Kragelj L, Eržen I, Premik M. Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2011: 45–60 .
- Horvat M. Krepitev vloge patronažnega varstva v javnem zdravju. In: 11. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Medicinske sestre in babice - ključne za zdravstveni sistem [Elektronski vir]: zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic, 2017: 253–263.
- deChesnay M, Anderson, BA. Caring for the Vulnerable: Perspectives in Nursing Theory, Practice, and Research. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2016.
- Horvat M. Analiza vsebin izobraževalnih programov v Sloveniji in tujini za izvajanje zdravstvene nege na domu in v lokalni skupnosti: specialistično delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 2016.
- Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list RS št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09, 17/15, 47/18, 57/18, 57/21 in 162/21.
- Horvat M, Mihevc Ponikvar B, Krajnc A. Navodilo za izvajanje, beleženje in obračunavanje storitev patronažnem varstvu. Pridobljeno 1. 12. 2021 s spletne strani: <https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/navodila-patronaza.pdf> .
- Krajnc A. Patronažna medicinska sestra kot zdravstvena vzgojiteljica družine v obdobju zgodnjega starševstva. In: Strokovno srečanje, Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester, Patronažno varstvo v obdobju zgodnjega starševstva : [zbornik prispevkov z recenzijo]. Dolenja vas pri Krškem, 2012: 24–29.
- Krajnc A. Patronažno varstvo v obvladovanju odvisnosti. In: 17. simpozij z mednarodno udeležbo, Odvisnost in problemi v širši družbi. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2016: 97 – 109.
- Boben Bardutzky D, Poštuvan V. Osnove motivacijskega intervjuja. In: Poštuvan V, editor. Znanja, spretnosti in kompetence na področju duševnega zdravja, Izbrane teme za psihologe in njim sorodne poklice [Elektronski vir]. Koper: Založba Univerze na Primorskem, 2020: 91–100.
- Kolšek M (urednik, prevajalec). Klinične smernice za zgodnje odkrivanje tveganega in škodljivega pitja in kratki ukrepi: alkohol in osnovno zdravstvo : evropski projekt za obravnavo alkoholne problematike v osnovnem zdravstvu (PHEPA). Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2006.
- Kolšek M. O pitju alkohola, Priročnik za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2011.
- Kolšek M. Pitje alkohola. In: Švab I, Rotar Pavlič D, editors. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2012: 101-112.
- Kolšek M. Svetovanje. In: Švab I, Rotar Pavlič D, editors. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2012: 191-197.
- Zakon o preprečevanju nasilja v družini. Uradni list RS, št. 16/08, 68/16 in 54/17 – ZSV-H.
- Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti. Uradni list RS, št. 38/11.
- Cvetežar IŠ, Horvat M, Lešnik Mugnaioni D. Patronažna služba. In: Šimenc J, editor. Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini, Priročnik za zdravstveno osebje. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, 2015: 127–129.

4.5. CENTER ZA SOCIALNO DELO

Breda Lepoša, Štefan Lepoša, Urška Vrhovec, Tadeja Hočevar

Izhodišča

Centri za socialno delo (CSD) se pogosto srečujejo z uporabniki, ki po definiciji sodijo v skupino oseb, ki čezmerno pijejo alkohol. V večini primerov se problematika, povezana s pitjem alkohola, pri uporabniku na CSD prepozna in obravnava šele tedaj, ko nastane vidnejša škoda (nasilje v družini, razveze, kazniva dejanja, materialna stiska, izguba zaposlitve, stanovanjski problem ipd.) oziroma kadar gre že za zasvojenost z alkoholom. Uporabnikov, ki se s svojimi pivskimi navadami gibljejo v mejah tvegane in škodljivega pitja alkohola, pa se ne obravnava načrtno. Prav ti, ki se gibljejo v razponu nad t. i. manj tveganim pitjem in obenem ostajajo pod mejo sindroma odvisnosti od alkohola, načeloma svojim pivskim navadam ne pripisujejo pretirano negativnega pomena in se niti ne zavedajo morebitnih negativnih posledic na socialnem in zdravstvenem področju. Pomanjkanje posvečanja temu področju gre v veliki meri pripisati odsotnosti protokola za naslavljanje problematike čezmerne pitja alkohola na CSD ter premajhnemu poudarku na alkoholno problematiko v sistemu izobraževanja tako v okviru študija kot izven. Ker pa do CSD dostopa širok krog ljudi z vidika različnih socialnih stisk, je ustanova izjemno pomembna vstopna točka za odkrivanje in obravnavo tvegane in škodljivega pitja alkohola med prebivalci. Uporabniki CSD imajo namreč v mnogo večjem obsegu v ozadju tvegano in škodljivo pitje alkohola, kot to velja za splošno populacijo.

Za lažje razumevanje teksta v nadaljevanju pojasnjujemo, da so CSD v Sloveniji organizirani regijsko. Imamo 16 regijskih CSD, vsak pa ima še določeno število enot, ki pokrivajo lokalne ravni.

Predlog obravnave tvegane in škodljivega pitja alkohola

V nadaljevanju so zajete bistvene vsebine, oporne točke, ki naj bodo v pomoč zaposlenim na CSD pri izvajanju kratkega ukrepa podpore za opuščanje čezmerne pitja alkohola, kot je bil razvit v okviru projekta SOPA. Kratki ukrep podpore uporabniku zajema prepoznavanje pivskega statusa uporabnika, svetovanje 5-krat 15 minut (ozaveščanje glede škodljivih posledic čezmerne rabe alkohola ter podpori uporabniku v smeri krepitve lastne motivacije za zmanjšanje količine popitega alkohola vsaj v meje manj tvegane pitja, če uporabnik pije čezmerno, in morebiti potrebnem usmerjanju v mrežo virov pomoči) ter spremljanje uporabnikovega napredka.

Ob težjem škodljivem pitju (z večlenimi povratki ipd.) in SOA je treba vključiti alkohologa na regijski ravni. Za to so potrebna še dodatna specialna znanja.

Če strokovni delavec na enoti CSD pri uporabniku ugotovi škodljivo pitje alkohola ali sumi na sindrom odvisnosti od alkohola, ga usmeri na CSD (regijski nivo), kjer naj bi bil po našem predlogu, strokovni delavec s specialnimi znanji s področja alkoholizma.

Ciljne skupine in cilji obravnave

Ciljna skupina so vsi uporabniki storitev na centru za socialno delo, kjer bi bil (pridruženi) razlog za obisk na CSD lahko tudi čezmerno pitje alkohola. **Osredotočamo se predvsem na odkrivanje in obravnavo oseb, ki tvegano ali škodljivo pijejo alkohol.** Če se med delom z uporabnikom pojavi sum na sindrom odvisnosti od alkohola, takega uporabnika nemudoma usmerimo v ustrezno obravnavo v mreži virov pomoči. Pomembno je zavedanje, da se z uporabniki, ki pijejo čezmerno, CSD srečuje na vseh delovnih področjih, ne glede na to, da s čezmernim pitjem povezana problematika (še) ni vidna oziroma ni (očitno) prisotna ter je bil razlog uporabnika za vstop na CSD drug, npr. zgolj oddaja vloge za otroški dodatek.

Zaradi nekaterih posebnosti pri naslavljanju problematike tvegane in škodljivega pitja alkohola lahko uporabnike, ki prihajajo v stik s CSD, v grobem delimo na tiste, ki na CSD vstopajo s prepoznavno stisko, in tiste, pri katerih stiska (vsaj na prvi pogled) ni prepoznavna.

Cilj obravnave je uspešna izvedba kratkega ukrepa 1 (KU1): prepoznavanje in motivacijsko svetovanje za opustitev tvegane in škodljivega pitja alkohola po principu 5-krat 15 minut s spremljanjem napredka oziroma ob sindromu odvisnosti od alkohola (SOA) (ali sumu na to) usmeritev v nadaljnjo obravnavo h koordinatorju pomoči v primeru SOA na regijski nivo CSD in druge vire pomoči.

Potrebna specifična znanja za obravnavo

Poleg siceršnjega znanja s socialnovarstvenega področja je za uspešno obravnavo tvegane in škodljivega pitja alkohola ter zasvojenosti z alkoholom treba tudi:

- poznati vpliv alkohola na človeka;
- poznati tveganja in posledice, povezane s tveganim in škodljivim pitjem alkohola;
- poznati standardne merice oz. enote alkohola;
- poznati meje manj tvegane pitja;
- znati opredeliti tvegano in škodljivo pitje ter zasvojenost z alkoholom;
- znati postavljati ustrezna vprašanja oz. ustrezno uporabljati standardiziran vprašalnik o pitju alkohola;
- znati ustrezno obravnavati paciente, ki pijejo tvegano ali škodljivo ali so zasvojeni z alkoholom (svetovanje za spremembo vedenja z elementi motivacijskega pogovora, usmeritev v nadaljnje vire pomoči);
- znati aktivno poslušati in vzpostaviti empatičen odnos;
- znati spremljati vedenje oziroma spremembo pitja;
- povezovati se in sodelovati z drugimi strokovnjaki;
- kritično ovrednotiti svoje delo.

Potek obravnave

Temeljne točke procesa

V procesu odkrivanja in obravnave tvegane in škodljivega pitja alkohola delo z uporabnikom zajema memo v naslednje **temeljne točke**:

1. delo z uporabnikom v okviru situacije, ki je razlog vstopa v CSD (težava, stiska, informacija idr.),
2. povabilo k raziskovanju uporabniškega pivskega statusa,
3. informacija uporabniku glede posledic čezmerne pitja (tako zdravstveni kot socialni vidik) in prednosti prenehanja,
4. svetovanje za opustitev čezmerne pitja ter
5. spremljanje in pregled realiziranih usmeritev.

Uporabniki s prepoznavno stisko vstopajo v proces odkrivanja in obravnave tvegane in škodljivega pitja alkohola v **prvi (1.) temeljni točki procesa** odkrivanja in obravnave tvegane in škodljivega pitja alkohola. **Druga (2.) temeljna točka procesa** je nadaljevanje dela z uporabnikom s prepoznavno

stisko in hkrati vstopna točka za vse druge uporabnike (torej tiste brez prepoznavnih rizičnih situacij). **V drugi (2.) točki procesa se delo z uporabnikom na CSD v procesu odkrivanja in obravnave tveganega in škodljivega pitja alkohola poenoti in nadalje poteka na enoten način, ne glede na razlog za vstop uporabnika na CSD.**

Vstopne točke za odkrivanje in nadaljno obravnavo

V nadaljevanju so po Katalogu javnih pooblastil, nalog po zakonu in storitev, ki jih izvajajo centri za socialno delo (4), najprej povzeta tista področja dela CSD, ki so hkrati pomembnejše **vstopne točke za odkrivanje in podporo** pri opuščanju tveganega in škodljivega pitja alkohola med odraslimi prebivalci.

Preglednica 1: Vstopne točke CSD za odkrivanje in podporo pri opuščanju tveganega in škodljivega pitja alkohola med odraslimi prebivalci (1, 2, 3)*

JAVNA POOBLASTILA IN NALOGE PO ZAKONU				SOCIALNO VARSTVENE STORITVE	
VARSTVO OTROK IN DRUŽINE	VARSTVO ODRASLIH	MATERIALNA POMOČ	PRVA SOCIALNA POMOČ	OSEBNA POMOČ	POMOČ DRUŽINI
Družinsko in/ ali partnersko svetovanje	Naloge za preprečevanja nasilja v družini	Enotna vstopna točka			Pomoč družini za dom
Svetovalni razgovor ob prenehanju zakonske zveze	Obravnava storilcev kaznivih dejanj	Starševsko varstvo in družinski prejemki			Pomoč družini na domu
Predhodno družinsko posredovanje	Priznanje statusa odrasle invalidne oseve (inst. Varstvo, DRP)				
Priznanje očetovstva / materinstva	Skrbništvo				
Varstvo otrokove koristi v sodnih postopkih (varstvo, stiki, preživnina)	Uporabniki s težavami v duševnem zdravju				
Izpolnjevanje starševske skrbi (roditeljska pravica)	Krizne intervencije				
Ukrepi CSD za varstvo otrok					
Obravnava otrok in mladoletnikov					

Posebnosti celostne obravnave tveganega in škodljivega pitja alkohola pri uporabnikih s prepoznavno stisko

Za vsako od vstopnih točk (področij dela) (preglednica 1) so v praksi socialnih delavcev postale prepoznavne **rizične situacije**, v katerih se lahko tudi **tvegano in škodljivo pitje alkohola pojavi tako kot vzrok kot tudi posledica** (npr. izguba zaposlitve je lahko vzrok za tvegano in škodljivo pitje, lahko pa je uporabnik zaradi tveganega in škodljivega pitja ostal brez zaposlitve). Smiselno je, da smo v vsakem primeru še posebno pozorni na take situacije ter jih sprejmemo kot informacijo in možnost za nadaljnje raziskovanje uporabnikovega življenja in njegovega pivskega statusa.

Kadar uporabnik vstopa na CSD s prepoznavno stisko, predstavljajo prepoznavne rizične situacije priložnost in izhodišče, na katero navežemo dialog o uporabnikovih pivskih navadah.

V nadaljevanju so sistematično, glede na zgornjo preglednico vstopnih točk (preglednica 1) prikazane pogostejše situacije, pri katerih je potrebno pozornost nameniti tudi problematiki tveganega in škodljivega pitja alkohola.

Preglednica 2: Prepoznavne rizične situacije za prisotnost čezmernega pitja alkohola glede na v preglednici 1 opredeljene vstopne točke.

PREPOZNAVNE RIZIČNE SITUACIJE (6):		
Varstvo otrok in družine	- slabi odnosi - konflikti - odsotnost komunikacije - ponavljajoče se škodljivo vedenje - bolezni - nasilje v družini	- odsotnost staršev - ogrožanje in zanemarjanje otrok - vzgojna nemoč - težave pri izvajanju stikov - neplačevanje prežvnine - neizpolnjevanje roditeljskih dolžnosti
Varstvo odraslih	- težave v odnosih med odraslimi - čezmerna raba alkohola - nasilje - zdravstvene težave - problem oskrbe odraslih oseb - človek v osebni stiski	- stanovanjska problematika - materialna ogroženost - kazniva dejanja in prekrški - deložacija - brezdomstvo
Materialna pomoč	- materialna stiska - dolгови, terjatve - izredne materialne stiske - elementarne naravne nesreče	- stanovanjska problematika - deložacija - brezposelnost - statusna vprašanja
Prva socialna pomoč	- vsa mogoča druga problematika	
Osebna pomoč	- človek v osebni socialni stiski	- kombinacija stisk in težav
Pomoč družini za dom	- težave v odnosih v družini	- težave v funkcioniranju družine
Pomoč družini na domu	- problem oskrbe odraslih oseb - težave v duševnem zdravju	- invalidnost - slaba socialna mreža

Navedene rizične situacije prikazujejo, kdaj in kje obstaja povečano tveganje, da je (ali bo) pri uporabniku prisotno tvegano in škodljivo pitje alkohola. Tvegano in škodljivo pitje alkohola lahko pušča pomembne posledice na zdravju uporabnika, obenem pa vpliva na njegovo družinsko, delovno, družbeno oziroma celotno življenjsko okolje. **S socialnega vidika je nujen celostni pogled na uporabnikovo situacijo.**

Zato bi morali imeti vsi strokovni delavci na enotah CSD (vsa delovna področja) osnovna znanja za prepoznavanje in kratko obravnavo tveganega in škodljivega pitja alkohola (svetovanje 5-krat 15 minut in spremljanje napredka) oz. usmerjanje uporabnikov, ki imajo SOA, k nadaljnjim virom pomoči za bolj poglobljeno obravnavo – k strokovnemu delavcu (vsaj eden na regijskem nivoju CSD) oz. izbranemu osebnemu zdravniku oz. psihiatru alkoholologu in terapevtskim skupinam oz. skupinam samopomoči.

Presejanje (odkrivanje, prepoznavanje)

Pri delu z uporabnikom v okviru situacije, zaradi katere prihaja na CSD, ga na empatičen, socialnodelavski način, ob upoštevanju etike udeležенosti, povabimo v pogovor o tematiki, povezani z alkoholom. Skupaj z njim raziščemo njegov odnos do pitja alkohola, vpliv morebitnega pitja alkohola na njegovo življenje. V vzpostavljenem socialnodelavskem delovnem odnosu kot tehniko pogovora pri naslavljanju tveganega in škodljivega pitja alkohola uporabimo pristop motivacijskega intervjuja (Poglavje 2.1 – Zvezek I). Tako koncept delovnega odnosa v socialnem delu kot pristop motivacijskega intervjuja poudarjata vlogo in pomen uporabnika samega kot tistega, ki ima moč, da vpliva na spremembe v svojem življenju ter stremi k cilju, da bi udeleženi v problemu postal udeleženec pri rešitvi.

Usmerjena vprašanja omogočajo lažji začetek oz. prehod na vprašanja za odkrivanje tveganega in škodljivega pitja alkohola (6).

Za raziskovanje uporabnikovega življenjskega okolja in mehkejši prehod od prve k drugi točki procesa uporabimo usmerjena vprašanja, ki jih ustrezno vsebinsko umestimo v motivacijski pogovor. Navajamo primer:

- Kako se uporabnik počuti v družini (okolju, socialni mreži), kakšni so odnosi, kako so porazdeljene vloge?

Ob tem se osredotočimo na njegovo osebno vlogo in obremenjenost uporabnika v družini (okolju, socialni mreži) ter nadaljujemo v smislu:

- Na kakšen način se uporabnik sooča s stisko, kaj mu pomaga?

V nadaljevanju se osredotočamo na splošen protokol odkrivanja in obravnave tveganega in škodljivega pitja alkohola, ki bi bil primeren in uporaben za delo z vsakim odraslim uporabnikom na CSD.

Pri samem odkrivanju oseb, ki pijejo tvegano ali škodljivo, je pomembno vzdušje v pogovoru in izbor ustreznih vprašanj. V pomoč nam je lahko uveljavljen pripomoček, vprašalnik o pitju alkohola AUDIT, ki ga je razvila Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization). Za odkrivanje čezmernih pivcev alkohola se uporablja krajša različica AUDIT-C (Priloga 1 – Zvezek I). Ob prepoznanem čezmernem pitju pogovor o alkoholu nadaljujemo in vključimo še vprašanja daljše različice vprašalnika (AUDIT-10).

Kljub nekaterim posebnostim dela z uporabnikom s prepoznavno stisko je cilj, ki ga želimo doseči, ta, da se na vseh vstopnih točkah CSD ustvarita priložnost in prostor za odkrivanje pivskega statusa uporabnika, ne glede na to, ali uporabnik vstopa na CSD s prepoznavno stisko ali brez nje (2, 4).

Svetovanje

Bistveno pri delu z uporabnikom CSD je vzpostavljanje socialnodelavskega delovnega odnosa in varnega prostora za dialog. Z uporabnikom smo odkriti in vselej ga vprašamo za dovoljenje, če smemo skupaj z njim raziskati njegov pivski status oziroma situacijo, v kateri obstaja tveganje za čezmerno pitje alkohola. Ob tem je pomembno, da ne stigmatiziramo in da uporabnika na primeren način razbremenimo. Razbremenitev poteka v okviru **tretje (3.) temeljne točke procesa** in pomeni informacijo, s katero odmaknemo pozornost od uporabnika na način, da preusmerimo pozornost na splošne posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola. Informacija naj bo konkretna in podkrepljena z znanstvenimi spoznanji in izkustvi iz prakse (npr. tveganje za razvoj nekaterih bolezni, število umrlih v prometnih nesrečah, otežen vstop na trg delovne sile). Pomembno je, da uporabniku predamo priporočilo stroke glede pitja alkohola: čim manj ali nič (oziroma v primeru posebej rizičnih skupin, kot so nosečnice, mladoletniki, žrtve nasilja ipd. nič). Enako pomembno je, da skupaj z uporabnikom raziščemo tudi prednosti opustitve pitja. Tretja (3.) temeljna točka se prepleta s **četrto (4.)**, v sklopu katere se izvaja nadaljnje, običajno večkratno svetovanje ob uporabi pristopa motivacijski intervju (Poglavje 2.1 – Zvezek I). Faza svetovanja, ki lahko obsega več obiskov, se lahko izvaja skladno s t. i. protokolom 5-krat 15 minut, ki predpostavlja, da je za to potrebnih pribl. 5 obiskov s po pribl. 15-minutnim podpornim pogovorom za opustitev čezmernega pitja alkohola (Priloga 2 – Zvezek I). Če strokovni delavec nima na voljo toliko časa, se je treba vsaj dotakniti uporabnikovih pivskih navad za potrebe nadaljnjega dela ter podati kratek nasvet (poglavje 2.2 – Zvezek I in sklop 5 – Zvezek II).

Spremljanje

Če strokovni delavec uspešno vzpostavi socialnodelavski odnos ob problematiki škodljivega pitja alkohola, mora vsekakor dlje časa spremljati realizacijo dogovorjenega načrta z uporabnikom in ga ves čas motivirati, da bi prenehal s škodljivim pitjem alkohola.

V projektu SOPA se je uporabnikov odnos do pitja alkohola spremljal še 6 mesecev po zaključenem svetovanju, in sicer kot osebni pogovor ali telefonski klic, izveden v sklopu siceršnje obravnave, ali pa posebej z namenom spremljanja glede pitja alkohola.

Sistemske je smiselno, da se uporabnikovo pivsko vedenje spremlja še vsaj 1 leto po zaključku svetovanja oz. po presoji pri vsakem nadaljnjem obisku.

Spremljanje pivskega vedenja naj zajema pogovor o količinah, razlogih in posledicah morebitno še prisotnega pitja ter izpostavljanje možnosti zdravih alternativ oz. pozitivno potrditev – afirmacijo ob opustitvi pitja oz. vzdrževanju manj tveganega pitja ali abstinence, vse po principu motivacijskega intervjuja.

Viri pomoči

Med obravnavo uporabnika, ki pije čezmerno, je treba imeti v mislih tudi druge vire pomoči, v katere ga je mogoče usmeriti v kateri koli fazi obravnave ob upoštevanju njegove problematike, volje, potreb in želja.

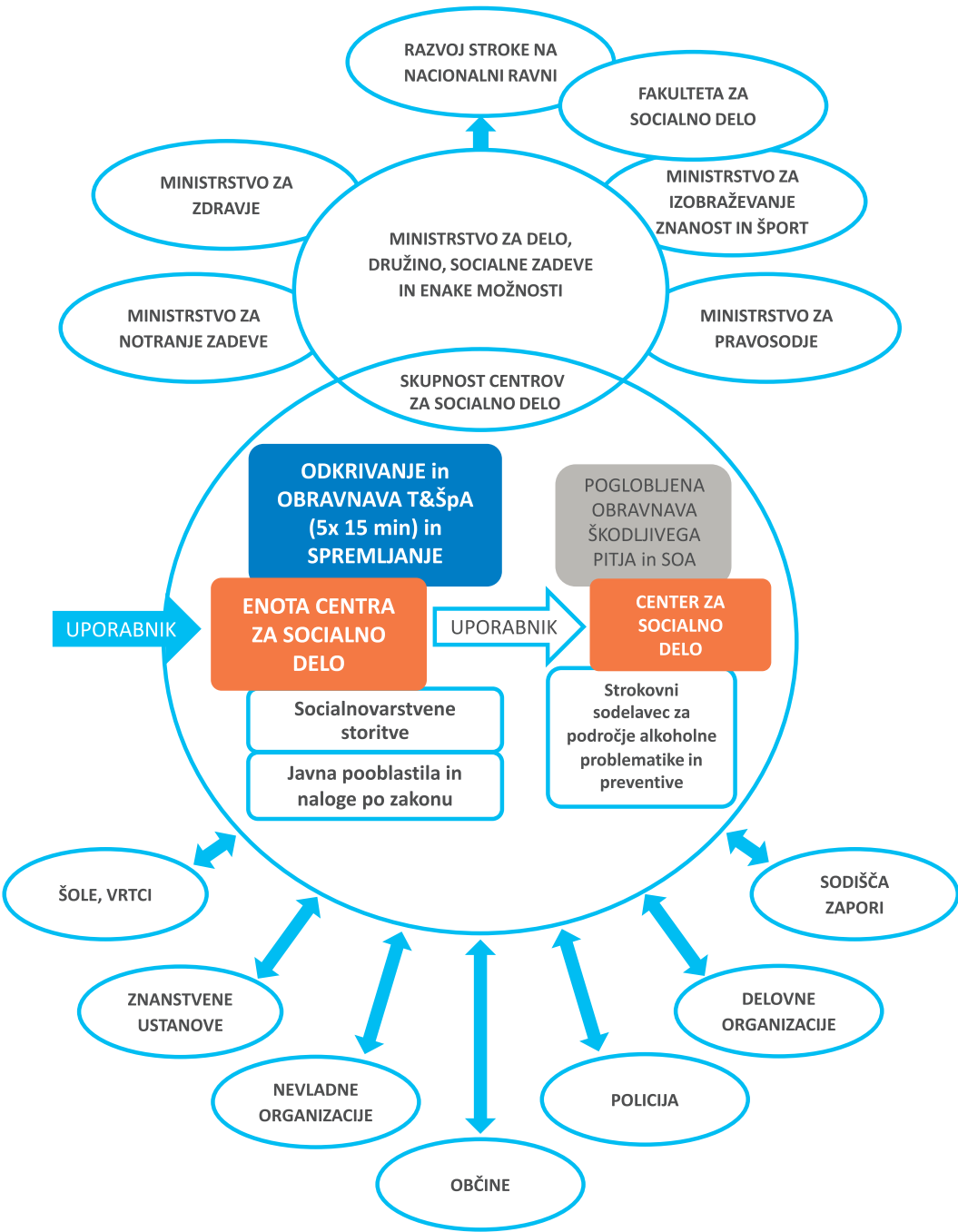
Usmerjanje uporabnikov, ki pijejo škodljivo oz. je sum na sindrom odvisnosti od alkohola.

Kadar strokovni delavec na enoti CSD prepozna, da gre za težji primer škodljivega pitja alkohola (dolgoletno prisoten problem in večkratni neuspehi poizkusi opustitve) ali (sumi na) SOA, uporabnika usmeri k strokovnemu delavcu, ki je usposobljen za delo s takimi uporabniki, na CSD (regijski nivo). Ta z uporabnikom opravi poglobljen razgovor in ga ustrezno usmeri v zdravstvo (k osebnemu zdravniku, psihiatru alkoholologu ali v nevladno organizacijo, ki se ukvarja s problematiko alkoholizma) (6).

Povezovanje s strokovnjaki z drugih področij

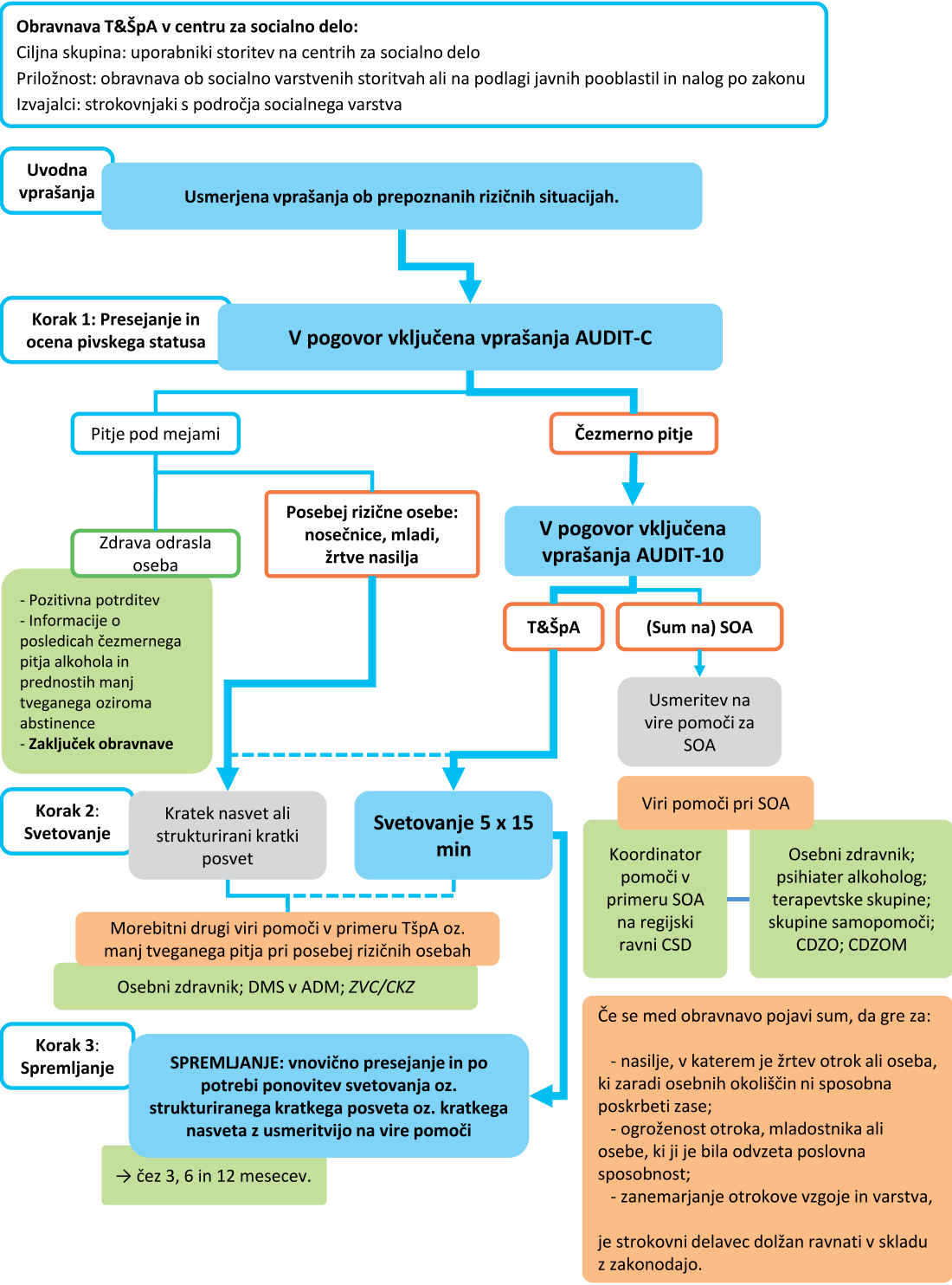
Če želimo v prihodnje zagotoviti učinkovito, sistematično in celostno obravnavo problematike čezmernega pitja alkohola ter posledično prispevati k izboljšanju javnega zdravja prebivalstva, je treba poskrbeti za povezovanje in sodelovanje med deležniki vseh strokovnih služb ter razvoj stroke tako na lokalni kot nacionalni ravni. Za uresničitev tega namena je treba ustrezno usposobiti strokovnjake na enotah CSD za izvajanje KU1 in na regijskem nivoju CSD zagotoviti vsaj enega strokovnega delavca, ki poglobljeno obravnava zgolj uporabnike, pri katerih je zaznana alkoholna problematika v težji obliki (težja in dolgotrajnejša oblika škodljivega pitja alkohola in sindrom odvisnosti od alkohola).

Ob tem je pomembno uporabnika usmerjati tudi k izbranemu osebnemu zdravniku oz. v primeru SOA tudi alkoholologu in drugim strokovnjakom za podporo ob težavah zaradi alkohola.



Slika 1: Shema dela pri odkrivanju in obravnavi uporabnika

Shema (slika 1) ponazarja delo pri odkrivanju in obravnavi uporabnika, pri katerem je zaznano čezmerno pitje alkohola, in sicer v primeru a) zaznanega manj problematičnega pitja (če gre za tvegano in ne dolgotrajno škodljivo pitje alkohola), ki se ga po principu KU1 (odkrivanje, svetovanje 5-krat 15 minut in spremljanje) lahko izvaja na enoti CSD, in b) ob težjem primeru škodljivega pitja oz. sumu na SOA, kjer se potrebna usmeritev k strokovnemu delavcu na CSD na regijskem nivoju. Za poenoten pristop skrbi Skupnost centrov za socialno delo. Zelo pomembno je sodelovanje z vsemi spodaj naštetimi službami (šolami, vrtci, zdravstvenimi ustanovami ipd.). Vloga Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti pa je sodelovanje z zgoraj naštetimi odločevalci na nacionalni ravni in Fakulteto za socialno delo.



Slika 2: Shema izvajanja kratkega ukrepa 1 v CSD.

Zaključki

Tvegano in škodljivo pitje alkohola je pomemben segment, ki ga je na CSD treba prepoznavati in dalje ustrezno obravnavati. Posledice takega načina življenja so namreč zelo pogosto tiste, ki so posameznika pripeljala do stiske, zaradi katere se je obrnil na center. Prav na vseh področjih dela na CSD je vedno treba imeti v mislih omenjeno problematiko in si ne zatiskati oči.

Socialnovarstvena storitev prve socialne pomoči je tista, kjer se mora vse začeti, nadaljevati pa pri socialnovarstveni storitvi osebne pomoči in pomoči družini za dom. Ne smemo zanemariti področja čezmernega pitja alkohola pri starostnikih, ki se povečuje, zato moramo biti pozorni tudi pri socialnovarstveni storitvi pomoč na domu.

Večja pozornost dela z uporabniki, ki tvegano in škodljivo pijejo alkohol, je vsekakor namenjena socialnovarstvenim storitvam, prepoznavati pa jo je zagotovo treba tudi pri javnih pooblastilih in nalogah po zakonu. Sodelovanje med strokovnimi službami – mreženje je nujno oz. je ključnega pomena.

Literatura

1. Zakon o socialnem varstvu. Ljubljana: Uradni list RS, št. 54/92, 1992.
2. Družinski zakonik. Ljubljana: Uradni list RS, št. 15/17, 2017.
3. Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev. Ljubljana: Uradni list RS, št. 45/10, 2010
4. Katalog javnih pooblastil, nalog po zakonu in storitev, ki jih izvajajo centri za socialno delo, Ljubljana: Skupnost centrov za socialno delo Slovenije, 2007.
5. Zakon o preprečevanju nasilja v družini, Ljubljana: Uradni list RS, št. 16/08, 2008.
6. Storitve prve socialne pomoči na CSD, Katalog storitve prva socialna pomoč. Kaljenje št. 6 , 2004,

4.6. MEDICINA DELA, PROMETA IN ŠPORTA

Marjan Bilban

Izhodišča

Medicina dela je multidisciplinarna dejavnost, ki proučuje vpliv dela in delovnega ter širšega okolja na zdravje in delazmožnost delavcev in je usmerjena k (5):

- varovanju in izboljšanju zdravja zaposlenih;
- preprečevanju in obvladovanju poklicnih bolezni;
- preprečevanju in obvladovanju poškodb pri delu;
- odpravljanju poklicnih tveganj in pogojev dela, ki ogrožajo varnost in zdravje pri delu;
- razvoju in napredku varstva pri delu;
- razvoju in napredku organizacije dela;
- razvoju in napredku delovnih razmer;
- izboljšanju fizičnega in materialnega statusa zaposlenih;
- ohranjanju in razvoju delazmožnosti zaposlenih;
- omogočanju socialno-ekonomsko produktivnega življenja.

Vsebina izobraževanja v okviru specializacije medicine dela, prometa in športa je generacijam zdravnikov zadnjih 25 let omogočila, da so lahko pridobili nekatera znanja za obravnavo alkoholne problematike – v okviru 1–2-mesečnega kroženja v alkohololoških oddelkih med specializacijo medicine dela in obveznega podiplomskega izobraževanja za promotorje zdravja v delovnem okolju, starejši kolegi pa so se lahko usposobili v okviru stalnega strokovnega razvoja in s študijem strokovne literature, pripravljene posebej zanje. Psiholog, ki je usmerjen v ocenjevanje vozniške in delovne zmožnosti, in diplomirana medicina sestra prav tako pridobivata znanje med usmerjevanjem v timu, kjer nadgrajujeta znanje, pridobljeno med študijem.

V strokovni literaturi za specialiste medicine dela, prometa in športa (MDPŠ) je pripravljen okvirni protokol obravnave alkoholne problematike (1, 3, 4), ki zajema presajanje (kot navedeno v osnovi z AUDIT-3 in ob indikaciji z razširjenim vprašalnikom AUDIT-10) ter ob indiciranem čezmernem pitju alkohola kratek nasvet in spremljanje v krajših obdobjih (npr. najprej na mesec dni, nato na daljša obdobja). Če je stanje pri pacientu skrb vzbujajoče in ni napredka oz. pripravljenosti sodelovati, pa lahko posežemo tudi po najradikalnejšem ukrepu z oceno delanezmožnosti, ki lahko pomeni za posameznika tudi prekinitev delovnega razmerja. V primeru vozniške zmožnosti pa predvsem pri kontrolnih pregledih zaradi zlorabe alkohola obravnava teče v smeri doktrinarno sprejetih stališč, kot so opredeljena v nadaljevanju.

Obravnava pitja alkohola je vključena v redno delo specialista MDPŠ, saj naj bi bil podatek o pivskem statusu zabeležen v zdravstveni dokumentaciji vsakega bolnika, dodatno pa to beležijo tudi člani tima, diplomirana medicinska sestra (DMS) ob sprejemu in evidenci pacienta.

Ocenjevanje delazmožnosti

Za ocenjevanje delazmožnosti je potreben holistični pristop (5).

Upoštevati je treba širše značilnosti posameznika, dejavnike, povezane z delovnim mestom, naravo dela ter ožje in širše okolje. Pomembno je posameznikovo zdravje (z zdravjem povezano vedenje), fizična, psihična in socialna zmogljivost, znanje in spretnosti, vseživljenjsko učenje, notranje vrednote, odnos do dela in drugi razlogi za motivacijo v poklicu (npr. izkušnje).

Pri delovnem mestu je treba upoštevati delo v vseh dimenzijah, od narave dela, samega delovnega mesta, delovnih razmer, odnosov med sodelavci, s podrejenimi in nadrejenimi.

Pri okolju je treba upoštevati posameznikovo družino, sorodnike, prijatelje, sosede (socialno mrežo), organizacijo varstva pri delu, zdravstvenega varstva delavcev in drugih storitev na področju zdravstva, izobraževanja in sociale ter nenazadnje tudi politiko in celotno družbo.

V nadaljevanju prikazujemo glede na trenutno obstoječ protokol bolj poglobljen predlog obravnave problematike pitja alkohola v delovnem okolju (vključno s profesionalnim športnim okoljem) in cestnem prometu po pristopu SOPA.

Predlog obravnave tveganega in škodljivega pitja alkohola

Cilji obravnave

Namen obravnave pitja alkohola pacientu je preprečevati in zmanjšati problematike, povezane s pitjem alkohola.

Glavni cilji pa so ustrezno informiranje o problemu pitja alkohola, zgodnje odkrivanje morebitnega T&ŠpA ali zasvojenosti z alkoholom ter uspešna izvedba svetovanja ob tem, spremljanje ter sodelovanje z drugimi strokovnjaki.

Ciljne skupine

Ciljna skupina obravnave pitja alkohola so vsi pacienti, ki obiščejo specialista MDPŠ v okviru preventivnega zdravstvenega pregleda (PZP), ocene vozniške zmožnosti, ocene sposobnosti za posest in nošenje orožja itd.

Gledano optimalno pride vprašanje o pitju alkohola v poštev praktično pri vsakem obisku pacienta v ambulantni v okviru preventivnih pregledov, ob različnih težavah, zaradi katerih pride v ambulantno – bolezni ali poškodbe, ob kontrolnih pregledih zaradi spremljanja kroničnih bolezni ali ob obisku zdravnika zaradi različnih administrativnih opravil (1).

Gledano minimalno pa je treba vprašanja o pitju alkohola uporabiti vsaj pri posebnih skupinah ljudi (posest in nošenje orožja, delo z nevarnimi snovmi (kemijskimi) in sevanji (sinergistično delovanje), delo na višini, vožnja v poklicne namene, nočno delo, delo, od katerega je odvisna varnost drugih (delovna mesta, kjer se zahteva visoka koncentracija in pozornost) ipd.).

Potrebna specifična znanja za obravnavo

Za uspešno obravnavo tveganega in škodljivega pitja alkohola ter zasvojenosti z alkoholom je treba (poleg poznavanja obremenitev, škodljivosti in tveganja delovnega okolja) tudi:

- poznati vpliv alkohola na človeka;
- poznati tveganja in posledice, povezane s tveganim in škodljivim pitjem alkohola;

- poznati standardne merice oz. enote alkohola;
- poznati meje manj tvegane pitja;
- poznati razvrstitev oseb v kategorije glede na pivsko vedenje;
- znati postavljati ustrezna vprašanja in uporabljati standardiziran vprašalnik o pitju alkohola;
- znati aktivno poslušati in vzpostaviti empatičen odnos;
- znati diagnosticirati tvegano in škodljivo pitje ter zasvojenost z alkoholom;
- znati ustrezno obravnavati paciente, ki pijejo tvegano ali škodljivo ali so zasvojeni z alkoholom (kratek nasvet, strukturirani kratek posvet, svetovanje za spremembo vedenja z elementi motivacijskega pogovora, napotitev v nadaljnjo obravnavo);
- znati spremljati vedenje oziroma spremembo pitja;
- povezovati se in sodelovati z drugimi strokovnjaki;
- kritično ovrednotiti svoje delo.

Potek obravnave

Glede na okoliščine lahko zdravnik izbere različne oblike kratkega ukrepa (nasvet ali kratko svetovanje ali pa nekoliko daljši motivacijski pogovor), ki so natančneje opisani v drugih poglavjih. Če okoliščine dopuščajo in če se pacient strinja, bo uporabil čim več elementov motivacijskega pogovora, ki vključuje odkrivanje tvegane ali škodljivega pitja, svetovanje v smislu motivacijskega pogovora, spremljanje morebitne spremembe pitja in sodelovanje z drugimi strokovnjaki, če je potrebno.

Obravnavo lahko v celoti izvede zdravnik, po dogovoru in ob ustrezni usposobljenosti nekatere korake lahko izvedeta tudi diplomirana medicinska sestra in psiholog v timu MDPŠ. DMS lahko izvede presejanje, psiholog pa se v večji meri posveti ugotavljanju osebnostnih spremembe zaradi morebitne škodljive rabe alkohola oz. odvisnosti, svetovanju in eventualnim usmeritvam k nadaljnjim virom pomoči.

Presejanje (odkrivanje, prepoznavanje)

Vsak pacient, ki je v obravnavi pri specialistu MDPŠ, bi moral imeti v zdravstveni dokumentaciji ob vsakem obisku med drugimi podatki zabeležen tudi pivski status. Vprašanja o pitju alkohola so del anamneze o življenjskih navadah, prav tako morajo biti ustrezno vključena med vprašanja ob najrazličnejših težavah (boleznih, poškodbah ali drugih problemih), zaradi katerih pride pacient v ambulantno, seveda tudi ob različnih preventivnih aktivnostih. Takšno presejanje je del rednih obveznosti zdravnika. Vprašanja o pitju alkohola so lahko tudi v pisni obliki kot standardiziran vprašalnik AUDIT-C oz. AUDIT-10 (Priloga 1 – Zvezek I) in so lahko tudi kot del širšega vprašalnika o življenju in delu (npr. vprašalnik pacientovih osebnih podatkih, družinski, socialni in delovni ter osebni anamnezi). Na podlagi odgovorov zdravnik oceni, za katero vrsto pitja alkohola gre pri pacientu, in se odloči, ali je potreben kakšen ukrep.

Ne glede na to, kakšen je pacientov odnos do pitja alkohola, je eden ključnih elementov obravnave glede pitja alkohola ozaveščanje – če pacient tega še ne ve –, da je priporočilo stroke glede pitja alkohola čim manj ali nič.

Anamneza in klinični pregled

Pri tvegane pitju lahko dobimo podatke o pivskih navadah samo s pogovorom oziroma vprašalnikom, ker ob kliničnem pregledu ne moremo najti nobenih znakov, povezanih s pitjem alkohola, saj

tvegano pitje pomeni, da človek presega meje manj tvegane pitja, a zaradi tega še nima nobenih posledic. Pri škodljivem pitju pa so že izražene takšne ali drugačne težave.

Nekateri ljudje, ki pijejo na tvegane način, ne vedo, da je njihovo pitje tvegano, a pri specialistu MDPŠ vseeno raje povedo, da pijejo manj, kot v resnici, saj ima ugotovitev specialista MDPŠ, da nekdo pije alkohol, zanje lahko negativne posledice. Mogoče je, da ne dobi pozitivnega mnenja za sposobnost za določeno delo ali pozitivnega mnenja za sposobnost za vožnjo. Še pogosteje pa specialist MDPŠ dobi neresnične podatke od ljudi, ki se zavedajo, da pijejo na tvegane ali škodljiv način ali so celo zasvojeni z alkoholom. Ti neredko celo zanikajo pitje alkohola ali pa povedo, da le kdaj pa kdaj spijejo kak kozarec.

Zato mora biti specialist MDPŠ pri kliničnem pregledu posebej pozoren na znake pitja alkohola pred kratkim časom (zadah po alkoholu) in znake zastrupitve z alkoholom, abstinenčno krizo, pa tudi na znake upada splošnega funkcioniranja, kot so slaba higiena, zanemarjenost. Težave zaradi pitja alkohola se lahko kažejo na številne načine, zato moramo pomisliti na možnosti škodljivega pitja alkohola pri bolnikih z arterijsko hipertenzijo, dislipidemijo, putiko, težavami z želodcem, pankreatitisom, jetrno okvaro (ob že zvečanih jetrih), epilepsijo, kardiomiopatijo, nekaterimi spremembami na koži (rdečica ali zabuhlost obraza, pajkasti nevusi na prsnem košu), pogostejšimi poškodbami (razvidnimi iz bolniškega staleža ali posledic, npr. brazgotin na koži), depresijo, anksioznostjo, nespečnostjo, motnjami v spolnem življenju, samomorilnimi težnjami, motnjami spomina, motnjami zbranosti, nerazločljivim slabim splošnim zdravstvenim stanjem, ponavljajočimi se krajšimi nejasnimi bolezenskimi stanji (pogoste krajše odsotnosti z dela ipd.), znaki abstinenčnega sindroma (tremor, razdražljivost, krči, slabost, bruhanje), težavami v družini, katere člani imajo ponavljajoče telesne in duševne težave, konflikti, težavami na delovnem mestu, drugimi oblikami zlorabe psihotropnih snovi, vključno s predpisanimi psihofarmakološkimi učinkovinami, in pri bolnikih, pri katerih zdravljenje neke bolezni ni tako uspešno, kot bi pričakovali (arterijska hipertenzija) (4).

Specialist MDPŠ v okviru svojega pregleda praviloma opravi tudi laboratorijski pregled krvi. Če pri tem najde povišane vrednosti MCV in gamaGT (morda tudi AST, ALT in CDT), mora med drugim pomisliti tudi na možnost škodljivega pitja alkohola.

Posebno pozornost je treba pri presejanju posvetiti posebej rizičnim skupinam, kjer velja ničelna toleranca do alkohola: a) poklicni vozniki, delavci, ki ravnaajo z orožjem ter nevarnimi snovmi, ter b) vsi, ki ne delujejo v skladu z zahtevo Zakona o varnosti pri delu (6). Ta narekuje popolno treznost v času opravljanja katerega koli dela. V rizično skupino se uvrščajo tudi osebe, ki presegajo dopustno mejo alkoholiziranosti v času udeležbe v prometu glede na Zakon o voznikih (7).

V teh primerih tudi pitje pod sicer veljavnimi mejami manj tvegane pitja alkohola narekuje nadaljevanje ukrepa 1.

Svetovanje

Vprašanja o pitju alkohola (AUDIT-C ali AUDIT-10) so že sedaj sestavni del anamneze pri specialistu MDPŠ, zato je skladno s v projektu SOPA preizkušeno izvedbo kratkega ukrepa 1 potrebno le bolj sistematično in strukturirano izvesti ustrezno svetovanje.

Specialist MDPŠ bo verjetno pogosteje dobil nerealne podatke o pivskih navadah pacientov – pri večini pacientov bo ugotovljena abstinenca ali manj tvegane pitje, zato se mora pacientu posebej posvetiti tudi v tem primeru.

Če pacienta uvrsti med abstinate, se zdravnik radovedno pozanima o razlogu, zakaj ne pije alkohola in kdaj se je odločil za abstinenco. V primeru manj tvegane pitja lahko pacienta vpraša, ali je kdaj prej v kakšnem obdobju pil kaj več oziroma pogosteje. Pri obeh omenjenih skupinah pa je smiselno, da poizve, ali pacient pozna meje manj tvegane pitja. Če jih ne, ga z njimi seznani.

Če zdravnik ugotovi tvegano ali škodljivo pitje, v pogovoru upošteva izhodišča, načela, večšine in strategije motivacijskega pogovora, ki so opisane v poglavju 2.1 in delno v poglavju 2.2 v Zvezku I. Zaradi narave svojega dela ima specialist MDPŠ nekaj manj možnosti izvajati svetovanje v več zaporednih pogovorih, saj so obiski pri njem plačljivi. Dobrodošlo je, če si lahko organizira delo na tak način, da enega ali dveh naslednjih obiskov za svetovanje pacientu ne zaračuna. Lažje si na kontrolni pregled naroči pacienta, pri katerem ugotovi patološke laboratorijske vrednosti krvi, še posebno jetrnih testov. Takemu pacientu lahko z ustreznim svetovanjem pomaga, da zmanjša ali opusti pitje alkohola, kar lahko po primernem časovnem obdobju 4–8 tednov potrdijo tudi izboljšani kontrolni krvni testi.

Pri nekaterih ljudeh, ki pijejo škodljivo, je smiselna podobna nadaljnja obravnava oz. zdravljenje kot pri zasvojenih, čeprav ne izpolnjujejo meril za zasvojenost. To pride v poštev npr. predvsem pri tistih, ki so že več kot enkrat neuspešno poskušali zmanjšati ali opustiti pitje in imajo resnejše težave zaradi pitja alkohola.

Seveda pa lahko v vsakem primeru pacienta usmeri na nadaljnje svetovanje k osebnemu zdravniku družinske medicine. Temu v vsakem primeru pošlje ustrezen izvid opravljenega pregleda.

Če je torej možno, bi bilo smiselno izvesti svetovanje v več zaporednih obiskih – idealno je, če je to možno po protokolu 5-krat 15 minut (Priloga 2 – Zvezek I), če to ni možno, pa opraviti vsaj strukturirani kratki posvet ali podeliti kratek nasvet (poglavje 2.2 – Zvezek I in sklop 5 – Zvezek II).

Spremljanje

Po pogovoru (ali več pogovorih o alkoholu) je smiselno spremljanje skozi daljše obdobje.

Trenutno pri ocenjevanju delazmožnosti pacienta, ki pije čezmerno, naročimo najprej na kontrolni pregled in ob izboljšanju parametrov pitja alkohola podamo mnenje za krajši čas (npr. za 1 mesec), nato se glede na prametne spremljanja in odzivnost pacienta odločamo za daljše roke. Če napredek ni viden, smo prisiljeni podati negativno mnenje o delazmožnosti. Delodajalec je nemalokrat voljan pri tem sodelovati, saj to prinaša red, disciplino in višjo delovno uspešnost. Če ni, lahko takega pacienta le usmerjamo k zdravniku družinske medicine. Na kontrolnih pregledih vzrokov zaradi zlorabe alkohola pa se glede na doktrino ocenjevanja odločamo za edukacijske delavnice, če je šlo za enkratni naključni dogodek in ne ugotavljamo parametrov škodljive rabe alkohola, za psihosocialno delavnico, če so podani parametri škodljive rabe alkohola in ob sumu na odvisnost za zdravljenje odvisnosti po standardiziranih programih in ponovno oceno vzročne zmožnosti po najmanj 6-mesečni kontrolirani abstinenci. Običajno so vzroki motivirani za spremembo tvegane vedenja, ker bi sicer izgubili vzročno dovoljenje, menimo pa, da se tako zdravniki kot tudi sodni organi premalokrat odločajo za zdravljenje odvisnosti in vse prevečkrat le za edukacijske delavnice, katerih vpliv na tvegano vedenje vzrokov je prav gotovo majhen.

V pilotnem projektu SOPA je bilo v vsakem primeru po zaključenem svetovanju potrebno spremljanje prvič po 3 in drugič po 6 mesecih. Tako kot pri začetnih pogovorih lahko zdravnik oceni pitje z ustreznimi vprašanji oz. z vprašalnikom AUDIT-C (v prilogi). Spremljanje lahko opravi tako, da pacienta povabi na kontrolo ali se z njim pogovori po telefonu.

Zaradi narave dela bo pri specialistu MDPŠ svetovanje zaključeno verjetno običajno že po prvem obisku. Če pa specialist MDPŠ naroči pacienta na kontrolo (npr. patoloških laboratorijskih vrednosti), lahko hkrati s tem opravi tudi spremljanje, če se kontrola ujema s časovnim razmikom 3 oziroma 6 mesecev. Prva kontrola je običajno že čez 1 mesec, nato na daljše obdobje (3 mesece do 1 leto) in nato skladno z roki iz ocene tveganja na 1–5 let.

Če se pacient, ki pije na tvegan način, po pogovorih ni odločil za zmanjšanje pitja oz. upoštevanje meje manj tvegane pitja in omejitev pitja alkohola na delovnem mestu, zdravnik vprašanje o pitju in morebitnem razmisleku o tem nevsiljivo izpostavi ob vsakem naslednjem obisku pacienta v ambulantni zaradi katerega koli razloga. Lahko ga vsaj enkrat na leto povabi na preventivni pregled, kar

je sicer pogostejše, kot velja po protokolu za takšne preglede pri sicer zdravih odraslih ljudeh. Če gre za delovno okolje, kjer pitje alkohola predstavlja povečano tveganje, se lahko odloča tudi za začasno negativno mnenje o delazmožnosti: ne izpolnjuje posebnih zdravstvenih zahtev za navedeno delo ali z določenimi stvarnimi ali časovnimi omejitvami. Takšne omejitve, ki jih lahko določi specialist MDPŠ, pridejo še posebej v poštev pri pacientih, ki pijejo na škodljiv način ali so zasvojeni z alkoholom.

Ob vsem tem zdravnik ne sme pozabiti, da alkohol povzroča celo vrsto zdravstvenih, tako telesnih kot duševnih težav in bolezni. Zato mora zdravnik ob svetovanju in spremljanju večkrat pomisliti tudi na te možnosti in jih pri škodljivem pitju in zasvojenosti usmerjeno iskati in ustrezno ukrepati – napotiti pacienta k osebnemu zdravniku v nadaljnjo obravnavo in vodenje (1,2,3,4).

Viri pomoči in povezovanje s strokovnjaki drugih področij

Zdravnik pri svojem delu ni sam. Zato lahko del takšnih pogovorov o pitju alkohola pri tvegane ali škodljivem pitju prepusti drugim članov svojega tima (npr. DMS, psihologu), seveda če se pacient s tem strinja ali če sam izrazi tako željo. Lahko se zgodi, da se pacient ne bo želel pogovarjati z zdravnikom o svojem pitju, ali bo pitje zanikal, ali zdravniku povedal sprejemljivejši način pitja kot medicinski sestr. Ob tem je pomembno medsebojno sodelovanje članov tima in izmenjava informacij in če je potrebno, tudi kak skupni sestanek. Če je pacient z DMS (ki ima za tako delo posebna znanja in izkušnje) ali psihologom (ki je usmerjen v ocenjevanje vzročne ali delovne zmožnosti) bolj iskren in pogovori z njo pripomorejo k zmanjšanju njegovega pitja, naj zdravnik ne očita pacientu neiskrenosti, ampak preprosto podpre delo DMS oz. psihologa v smislu, da verjame, da so taki pogovori dobri zanj.

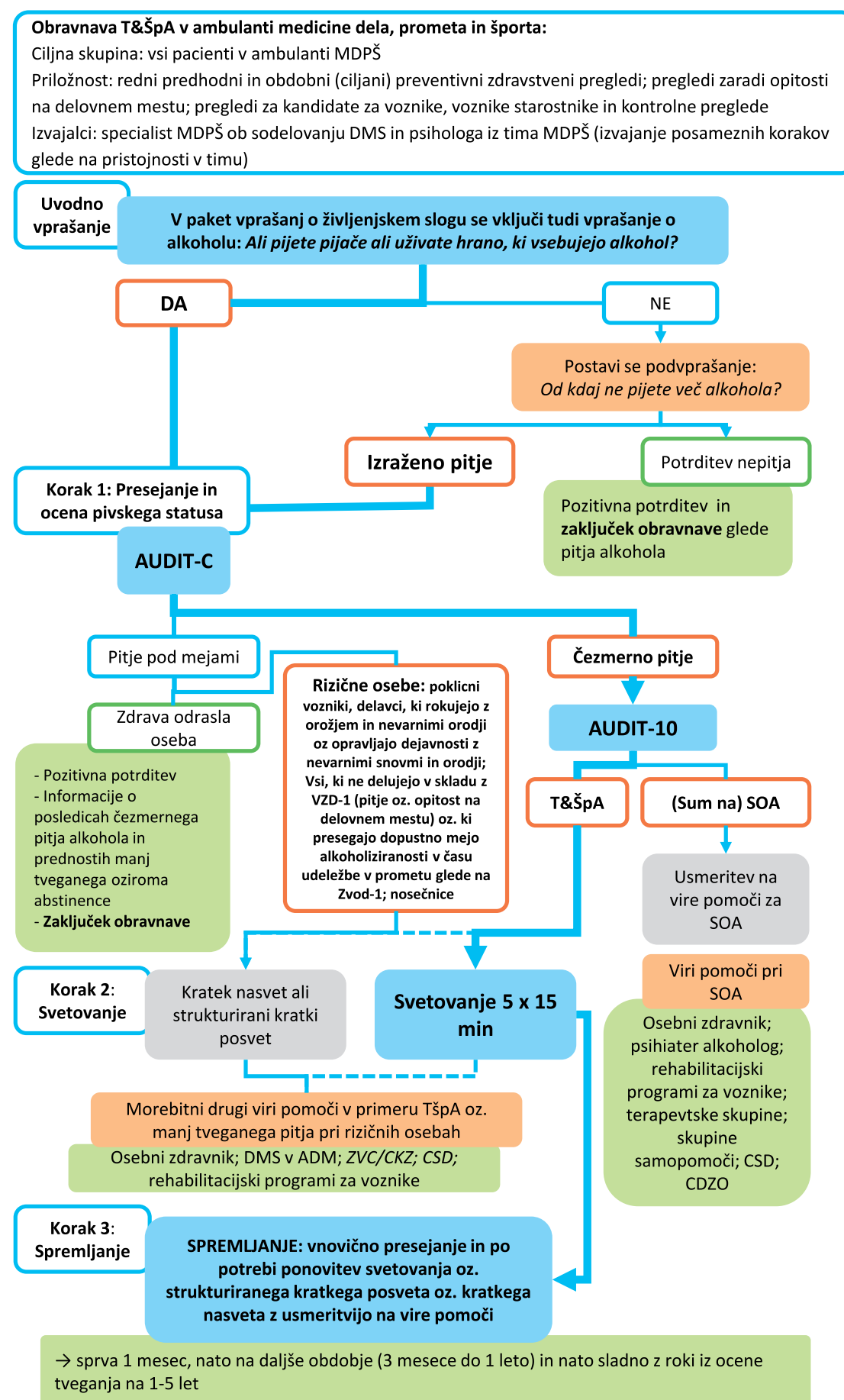
Tudi ob zasvojenosti z alkoholom se pacient lahko pogovarja z zdravnikom, psihologom ali medicinsko sestro, vendar je v tem primeru pogovora usmerjen v pomoč pri morebitni odločitvi za ustrezno zdravljenje (kar je včasih potrebno tudi pri škodljivem pitju). Zdravnik mora poznati možnosti za pomoč zasvojenim v zdravstvenem sistemu (alkohološke ambulate) in pri nevladnih organizacijah oziroma skupinah za samopomoč (npr. skupine AA, Al-Anon) ali terapevtske skupine (npr. Društvo Žarek upanja, Abstincent) v ožjem in tudi širšem okolju. Tako se o tem lahko pogovarja s pacientom, ga tja usmeri oziroma napoti (če se pacient odloči za zdravljenje), včasih lahko tudi pomaga navezati telefonski stik.

Pomembno področje sodelovanja specialista MDPŠ je tudi z različnimi zdravniki na sekundarnem nivoju. Ob napotitvi na sekundarni nivo mora na napotnici ustrezno navesti relevantne podatke o pacientovem pitju alkohola, seveda pa upravičeno pričakuje, da bo tovrstne podatke dobil tudi on, napisane na izvidih in odpustnicah iz bolnišnic.

V primeru težav zaradi pitja alkohola, ki so povezane s socialnim področjem, je prav, da pacienta ali njegovega svojca usmeri na center za socialno delo, s katerim mora zdravnik tudi sodelovati v okviru svojih zmožnosti (4).

Zaključki

Preventiva ima pomemben delež pri delu specialista MDPŠ. Zato je iskanje tveganj in škodljivosti za zdravje pacientov sestavni del njegovega dela, kamor seveda prištevamo tudi presejanje za pitje alkohola. Z ustreznim svetovanjem in sodelovanjem z delovnimi organizacijami in predvsem z osebnimi zdravniki pacientov pa se aktivno vključuje v zdravljenje in rehabilitacijo pacientov in s tem lahko pomembno vpliva na paciente, da živijo in delajo na čim bolj zdrav način. Zato bi bilo smiselno v izobraževanju še bolj poudariti alkoholno problematiko tako na dodiplomski ravni, v vsebini specializacije MDPŠ in na kasnejših strokovnih dogodkih v okviru stalnega strokovnega izobraževanja.



Slika 1: Shema izvajanja kratkega ukrepa 1 v medicini dela, prometa in športa.

Ključni poudarki

Pitje alkohola ima negativen vpliv na delazmožnost in udeležbo v cestnem prometu, zato je alkoholna problematika sestavni del ocenjevanja delovne (športne) in vozniške zmožnosti na vseh ravneh dela specialista medicine dela.

Priporoča se, da se podpora v primeru čezmernega pitja alkohola v ambulanti MDPŠ glede na obstoječe nekoliko poglobi in se izvaja v obliki kratkega ukrepa 1 (KU1). Ukrep zajema presejanje (če je možno, večkrat), motivacijsko svetovanje za opuščanje čezmernega pitja alkohola z eventualno potrebnim usmerjanjem v nadaljnje vire pomoči in spremljanje pacientovega napredka.

Posebno pozornost je treba nameniti obravnavi pitja alkohola pri vseh posebej rizičnih skupinah pacientov, kjer velja ničelna toleranca do alkohola.

Nujno je, da vsak kontakt specialista MDPŠ vsebuje tudi vprašanja s področja tvegane in škodljive rabe ali odvisnosti od alkohola, da so ukrepi sistematični in sistematizirani in izsledki eden od temeljev za končno oceno delovne ali vozniške zmožnosti.

Literatura

1. Bilban M. Alkoholizem v delovnem okolju = Alcoholism at the workplace. Delo + varnost : revija za varstvo pri delu in varstvo pred požarom, ISSN 0011-7943, 2016, letn. 61, št. 5: 38-54
2. Bilban M. Objava odvisnika od alkohola v ambulanti. Delo + varnost : revija za varstvo pri delu in varstvo pred požarom, ISSN 0011-7943, 2016, letn. 61, št. 6, str. 33-44
3. Bilban M. Ocenjevanje vozniške zmožnosti in alkohol. Ur.: MŽ. Tomori in F. Velikanje Prepoznavanje in zdravljenje odvisnosti od alkohola – interdisciplinarni pogled. PB Idrija, 2016: 91-144
4. Bilban M. Alkoholizem v delovnem okolju. Ur.: T. Ratkajec: 4. Sušnikovi dnevi Psihoaktivne snovi na delovnem mestu, ZMDPŠ SZD, Otočec, 2016: 20-93
5. Bilban M. Occupational medicine in the Slovene area. J Occup. Health, 2005 (47); 3: 193-200
6. Zakon o varnosti in zdravju pri delu. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije, št. 43/11, 2011.
7. Zakon o voznikih. Ljubljana: Uradni list RS, št. 85/16, 67/17, 21/19, 2019.



SKLOP 5

PODROČJA IZVAJANJA KRATKEGA UKREPA 2

5.1. GINEKOLOGIJA IN PORODNIŠTVO

Sava Rant Hafner, Marjetka Hovnik Keršmanc, Maja Rus Makovec

5.2. OTORINOLARINGOLOGIJA

Aleš Grošelj

5.3. ONKOLOGIJA

Marko Kokalj

5.4. TRANSFUZIJSKA MEDICINA

Suzana Đorđević

5.5. GASTROENTEROLOGIJA

Rado Janša, Tadeja Hočevar

5.6. DENTALNA MEDICINA - ZOBOZDRAVSTVENA DEJAVNOST

Diana Terlevič Dabič

5.7. KARDIOLOGIJA

Luka Lipar in Luka Vitez

5.8. URGENTNA MEDICINA

Gregor Prosen, Tadeja Hočevar

5.1. GINEKOLOGIJA IN PORODNIŠTVO

Sava Rant Hafner, Marjetka Hovnik Keršmanc, Maja Rus Makovec

Izhodišča

Dejstvo je, da mnogo žensk v rodni dobi pije alkoholne pijače (1). Tudi v Sloveniji, kot kažejo raziskave pivskega vedenja, jih pije večina odraslih žensk vsaj priložnostno (2, 3). V starostni skupini 25–34 let je delež abstinentsk najnižji, po drugi strani pa je to tudi skupina, ki najpogosteje rojeva. V zadnjih letih značilno narašča delež mladih žensk, ki se pogosto opijajo (3), poseganje po alkoholnih pijačah pa je razširjeno tudi že med mladostnicami (4). Visoko tvegano pitje alkohola med mladimi ženskami v večini držav članic EU narašča, skoraj polovica vseh nosečnosti pa je nenačrtovanih (5), pitje alkohola pa vpliva na plod že od začetka nosečnosti dalje. Zato je tudi Komisija evropskih skupnosti med prednostne teme v Strategiji EU za podporo državam članicam pri zmanjševanju škode zaradi pitja alkohola uvrstila zaščito še nerojenega otroka (6). Alkohol je teratogen, vpliva na razvoj zarodka oziroma ploda in povzroča nepopravljive poškodbe pri še nerojenem otroku (7, 8, 9, 10).

Ožje področje delovanja ginekologa porodničarja je na dveh ravneh: na primarnem nivoju v Zdravstvenem varstvu žensk in na sekundarnem nivoju kot bolnišnični ginekolog porodničar, operater, oddelčni ginekolog. Ciljna skupina so ženske v rodnem obdobju, še posebno nosečnice, zaradi preprečevanja izpostavljenosti otroka alkoholu pred rojstvom. Ginekolog porodničar se kot udeleženec v procesu krepitev javnega zdravja vključuje tudi v program priprave na porod in starševstvo ter vzgojno-izobraževalni proces z delavnicami, kjer naslavlja (bodoče) starše ter tudi mladostnike.

Dosedanji program dodiplomskega študija kot tudi podiplomsko izobraževanje in specializacija ne omogočajo ustrezne usposobljenosti ginekologov porodničarjev glede naslavljanja alkoholne problematike. Ginekolog porodničar se dodatno izobražuje na tem področju le na lastno iniciativo.

V sklopu rednih delovnih nalog trenutno ni rutinskega naslavljanja alkoholne problematike, kar velja za presejanje na pitje alkohola, nadaljnje korake obravnave žensk, ki pijejo alkohol, in svetovanje v povezavi alkohola in nosečnosti. V okviru ankete Trenutne prakse svetovanja opuščanja kajenja in rabe alkohola med nosečnostjo pri osebnih ginekologih v Sloveniji, ki jo je v letu 2017 med slovenskimi ginekologi izvajala Pibernik T s sodelavkami NIJZ (11), je skoraj 85 % sodelujočih ginekologov odgovorilo, da pri nosečnicah osebno preverjajo piske navade: med njimi dobra polovica samo pri nekaterih, dobra četrtina pri večini, 16 % pa pri vseh. Skoraj nihče (99 %) za presejanje ne uporablja standardiziranega vprašalnika, v skoraj četrtini ambulant pivskega statusa ne zabeležijo v medicinsko dokumentacijo. V 94 % ambulant nosečnicam, ki pijejo alkohol, svetujejo popolno opustitev pitja (v več kot treh četrtinah teh ambulant tudi v obdobju dojenja otroka), v slabih 3 % ambulant samo zmanjšanje pitja, v enakem deležu ambulant pa pitja alkohola ne odsvetujejo. V skoraj 70 % ambulant nosečnicam, ki pijejo alkohol, vedno obrazložijo tveganja, povezana s pitjem alkohola, za njihovo zdravje ter za zdravje ploda in dojenčka, v dobri četrtini ambulant to naredijo včasih, v slabih 5 % ambulant pa nosečnicam tveganj, povezanih z rabo alkohola, ne obrazložijo. Med ovirami za naslavljanje alkoholne problematike, ki jih v literaturi navajajo zdravstveni delavci, so: pomanjkanje informacij in znanja o alkoholu (drogah) in nosečnosti; nelagodje ob postavljanju vprašanj o pitju alkohola; strah, da bi stigmatizirali ženske, ki pijejo alkohol; pomanjkanje znanja o zdravljenju in virih pomoči; pomanjkanje časa; pa tudi mnenje, da presejanje za pitje alkohola presega okvir njihovega dela (12).

V okviru projekta Alkohol in nosečnost, ki ga je vodil Zavod za zdravstveno varstvo Kranj (sedaj Nacionalni inštitut za javno zdravje, OE Kranj) in sofinanciralo Ministrstvo za zdravje RS v letih 2013/14, je ob samoiniciativnem sodelovanju regijske ginekologinje porodničarke ter pediatrije nastalo zdravstvenovzgojno gradivo (plakat in zloženka), ki je lahko v pomoč pri osveščanju bodočih staršev in splošne javnosti o nezdružljivosti pitja alkohola in nosečnosti ter dojenja.

Predlog obravnave

Cilji obravnave

Krovni namen: zmanjšanje alkoholne problematike med pacientkami v ginekološki obravnavi ter zaščita še nerojenih otrok pred škodljivimi učinki alkohola.

Ključni cilj: uspešna izvedba kratkega ukrepa – presejanja, kratkega nasveta in usmerjanja k nadaljnjim virom pomoči z morebitnim spremljanjem (v nadaljevanju opredeljen kratki ukrep 2 oz. KU2) na individualni ravni.

Ciljne skupine

Ciljna skupina so vse ženske na obisku v ginekološki ambulanti, posebno ženske v rodni dobi. Med njimi so v ospredju nosečnice, ženske v obdobju pred nosečnostjo in doječe matere, širše pa tudi splošna ženska populacija in (bodoči) starši.

V okviru rednih delovnih aktivnosti kot ciljna skupina izstopajo nosečnice. Preko utečenih posvetovalnic v nosečnosti so te v obdobju nosečnosti redno v stiku tako z ginekologom porodničarjem kot tudi z drugimi zdravstvenimi delavci. Zato je možno tudi njihovo spremljanje. V času načrtovanja nosečnosti in med nosečnostjo je v skrbi za dobrobit ploda tudi večja motiviranost bodočih mater (staršev) za pozitivne spremembe.

Potrebna specifična znanja za obravnavo

Za spodbujanje abstinence v času načrtovanja nosečnosti, med nosečnostjo in v obdobju dojenja ter za uspešno obravnavno tveganega in škodljivega pitja alkohola ter zasvojenosti z alkoholom žensk v rodni dobi je treba:

- poznati tveganja in posledice pitja alkohola za ženske, posebno med nosečnostjo in v obdobju dojenja, ter pitja alkohola na splošno – v pomoč so pripravljene pripomočki (zloženka Za najboljši začetek, slikovni pripomoček Škodljive posledice čezmernega pitja alkoholnih pijač na telo);
- poznati standardne merice oz. enote alkohola – v pomoč so pripravljene pripomočki (slika enot alkohola v prilogi 4 – Zvezek I);
- poznati meje manj tveganega pitja (slikovni pripomoček Meje manj tveganega pitja alkohola);
- poznati razvrstitev žensk glede na pivsko vedenje;
- znati postavljati vprašanja o pitju alkohola; oceniti, ali ima pacientka težave z alkoholom; uporabljati specifična znanja in veščine ter orodja za odkrivanje žensk, ki tvegano in škodljivo pijejo alkoholne pijače (pripomoček Audit-C);
- znati aktivno poslušati in vzpostaviti empatičen odnos (delavnice veščin komunikacije);
- prepoznati tvegano ali škodljivo pitje alkohola in postaviti sum na zasvojenost;
- znati ustrezno obravnavati pacientke, ki pijejo tvegano ali škodljivo ali so zasvojeni z alkoholom (kratek nasvet z elementi motivacijskega intervjuja, usmeritev v nadaljnjo obravnavo);
- povezovati se in sodelovati z drugimi strokovnjaki (protokoli);
- kritično ovrednotiti svoje delo.

Potek obravnave

Obravnava v okviru ginekološke stroke bi se lahko izvajala kot kratki ukrep 2 (KU2) v treh korakih. Vsebina tovrstnega ukrepa se nanaša na (1) odkrivanje pitja alkohola v nosečnosti in obdobju dojenja ter odkrivanje tveganega in škodljivega pitja alkohola drugih žensk v rodni dobi (presejanje), (2) kratek nasvet s podajanjem informacij o negativnih posledicah izpostavljenosti ženske in še nerojenega otroka alkoholu, zdravstvenih priporočilih ter usmeritev posameznic, ki tvegano in škodljivo pijejo ali imajo razvit sindrom odvisnosti od alkohola, k ustreznim nadaljnjim virom pomoči. (3) Če je možno, se pivsko vedenje nosečnice, ki pije alkoholne pijače, in pacientke, ki pije čezmerno, spremlja.

Če okoliščine dopuščajo, se lahko izvede daljša različica kratkega ukrepa, kratek strukturiran posvet (poglavje 2.2 – Zvezek I).

Presejanje (odkrivanje, prepoznavanje)

Postavljanje vprašanja o pitju alkoholnih pijač ženskam v rodni dobi/nosečnicam in ženskam v poporodnem obdobju naj bo sestavni del rutinske obravnave (prvi stik s pacientko, kontracepcijsko svetovanje, predkonceptcijsko svetovanje, prva posvetovalnica, poporodni pregled, obdobjni pregledi, obravnava in sprejem v bolnico – porod, operativni posegi, zdravljenje). Vprašanje je smiselno vključiti v vprašalnik o počutju in zdravstvenem stanju oz. spremembah zdravstvenega stanja ter razvadah, ki bi jih pacientke izpolnjevale rutinsko ob teh pregledih. Na ta način se zmanjša tudi občutek stigmatizacije. Idealno je prepoznati tvegano pitje že pred nosečnostjo. Pri nosečnicah bi bilo vprašanje treba vključiti tudi v materinsko knjižico (v nadaljevanju MK) po vzoru že vključenega vprašanja o kajenju in številu pokajenih cigaret dnevno.

Na primer:

Ali pijete pijače ali uživate hrano, ki vsebujejo alkohol? (v MK)

Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili pijače, ki vsebujejo alkohol?

Podatek o pitju alkohola je treba zabeležiti. To je lahko kasneje pomembna informacija npr. po posegu ali pri porodu, če gre za žensko, ki je zasvojena z alkoholom, saj lahko pride do odtegnitvenega sindroma oz. po rojstvu otroka s sumom na spekter fetalnih alkoholnih motenj (angl. Fetal Alcohol Spectrum Disorders, FASD) za postavljanje diagnoze in čimprejšnjo ustrezno obravnavo.

- Ob odgovoru, da ne pije alkohola, se ženski postavi vprašanje: »Kdaj ste se odločili, da ne pijete nič alkohola?« Ob abstinenci je treba dati ženski pozitivno podporo ter ji posredovati informacije o zdravem načinu življenja.
- Ob prepoznavi, da oseba pije alkohol, sledi naslednja stopnja presejanja. Z njo ugotavljamo, ali je pri tej osebi prisotno čezmerno pitje alkohola. Pri tem so v pomoč standardni vprašalniki (na primer AUDIT-C in AUDIT-10 (Priloga 1 – Zvezek I), ki se v literaturi pogosto navajata kot orodje za presejanje). Če gre za nosečnico ali doječo mater ali žensko, ki načrtuje nosečnost, je pomembno vključiti tudi informacijo o pomenu abstinence in informacije o vplivu alkohola na še nerojenega in tudi dojenega otroka (če je na razpolago, ponuditi tudi zdravstvenovzgojno gradivo).
- Posebna pozornost je potrebna pri ženskah, ki že imajo otroka s FASD, saj so te potencialno bolj ogrožene za pitje alkohola tudi v naslednjih nosečnostih (12, 13, 14, 15).

Kratek nasvet z usmeritvijo

Kratek nasvet z usmeritvijo lahko ginekolog porodničar poda po pregledu izpolnjenega vprašalnika, ki ga posameznica izpolni ob prvem pregledu v ambulantni, eventualno ob obdobjnih pregledih v ambulantni, ob izpolnjevanju MK v prvi posvetovalnici za nosečnice oz. ob jemanju anamneze pri bolnišnični

obravnavi. Kratek nasvet lahko poda tudi babica/medicinska sestra, ki izvaja zdravstveno vzgojo v posvetovalnici nosečnic (vključitev v izobraževanje!).

Kratek nasvet zajema: informacije o mejah manj tveganega pitja alkohola, informacije o škodljivostih alkohola na splošno, posebej za ženske in za noseče ženske, informacije o vplivu alkohola na še nerojenega otroka in o pomembnosti abstinence v nosečnosti in v času dojenja z nasvetom: »Najvarneje je prenehati piti alkoholne pijače.« Če je na razpolago, ponuditi tudi zdravstveno vzgojno gradivo, po potrebi pacientko usmeriti na nadaljnje vire pomoči. Pitje majhnih količin alkohola v začetku nosečnosti ni indikator za prekinitev nosečnosti.

Izvajanje kratkega nasveta je za ambulantnega ginekologa lahko časovno že obremenjujoče. Pri nosečnicah bi lahko izvajale tak posvet babice/medicinske sestre v posvetovalnicah v okviru zdravstvene vzgoje.

Vključitev usmerjanja k nadaljnjim virom pomoči zahteva vzpostavitev protokola poti sodelovanja.

V bolnišničnem okolju bi bila v času okrevanja možna uporaba kratkega strukturiranega posveta (poglavje 2.2 – Zvezek I).

Spremljanje

Največ možnosti za spremljanje v okviru ginekoloških ambulant je v posvetovalnicah za nosečnice, kjer so kontrolni pregledi nosečnic dovolj pogosti in lahko ginekolog ali babica/medicinska sestra ponovita presejanje in kratek nasvet. Spremljanje drugih pacientk pa je vezano na morebitne kurativne kontrolne preglede, saj se redni obdobjni pregledi ponavljajo preredko. Spremljanje v posvetovalnicah obsega ponovitev vprašalnika in po potrebi ponovni kratki nasvet s predložitvijo zdravstvenovzgojnega gradiva (nosečnicam o pitju alkohola v nosečnosti in med dojenjem).

Opredelitev virov pomoči

Ob tveganem ali škodljivem pitju alkohola bi se pacientko usmerilo k osebnemu zdravniku družinske medicine, diplomirani medicinski sestri v ambulantni zdravnik družinske medicine (t. i. referenčni sestri) ali v ZVC/CKZ na individualno svetovanje. Najhitreje je z osebnim telefonskim pogovorom, ki pa ni vedno izvedljiv. Z obvestilom zdravniku se temu izognemo, a je uspešnost usmeritve odvisna od pacientkinega sodelovanja.

Ob sumu na SOA pa bi pacientko uradno napotili k specialistu za zdravljenje zasvojenosti z alkoholom. V času hospitalizacije na ginekološkem oddelku sta možna tako konziliarni posvet s psihiatrom alkoholologom kot tudi direktna premestitev pacientke v ustrezno ustanovo – oddelek za zdravljenje zasvojenosti psihiatrične bolnišnice.

Pomembno je tudi sodelovanje s patronažo. Ob prisotnih socialnih težavah pa je umestna napotitev na center za socialno delo.

Če ima težave z alkoholom pacientkin partner, se ji svetuje, naj vzpostavi stik z Al-Anon.

V veliko podporo je posredovanje gradiva o virih pomoči, ki so dostopni brez izpostavljanja pacientke v okolju.

Za nosečnice bi lahko vzpostavili ambulate za ogrožene nosečnice, v katere bi usmerjali tiste s težavami, kot so nosečniška sladkorna bolezen, pitje alkohola, kajenje, težave z mišično-skeletnim sistemom ipd. V teh ambulantah bi bilo možno sodelovanje strokovnjakov različnih specialnosti. Obravnavanje nosečnic bi bilo lahko vključeno v Šolo za starše in bi potekalo na naslednji način: skupni del za vse nosečnice (telesna vadba, šola zdrave prehrane), skupni del glede na problematiko (diabetolog, alkohololog, psiholog/psihoterapevt) in individualni del.

Po rojstvu je za ustrezno obravnavo otroka, ki je bil v nosečnosti izpostavljen alkoholu, ključno opozorilo v MK in kasneje pediatru. Porodnišnica ima pomembno vlogo pri prenosu informacije o otrokovi izpostavljenosti alkoholu pred rojstvom (zapisana v odpustnici) med izbranim ginekologom nosečnice in izbranim otrokovim pediatrom.

Zaključki

Opredelitev potrebnega za sistemsko implementacijo

Možnosti za pridobitev znanja in veščin

Obstoječi kader:

- obvezna (obdobna?) delavnica SOPA (po vzoru delavnic iz etike, komunikacije),
- seminarji,
- predavanja v okviru drugih strokovnih seminarjev,
- informativna gradiva.

Bodoči kader:

- dodiplomsko izobraževanje (v okviru predmetov: interna medicina, družinska medicina, ginekologija in porodništvo, pediatrija);
- specializacija (modul po vzoru transfuzijske medicine, delo v multidisciplinarni ambulanti);
- podiplomsko izobraževanje (kot obstoječi kader).

Kratki ukrep 2 – KU2

Vsaj enkratni obisk: 3–5 minut pogovora o pitju alkohola:

→ **Presejanje, kratki nasvet z usmeritvijo naprej in morebitno spremljanje**

- V pogovor o skrbi za zdravje vključim tudi **vprašanja glede pitja alkohola**;
- ob zaznanem (čezmernem) pitju alkohola predstavim:
 - **znanstvena spoznanja** o negativnih posledicah pitja alkohola na zdravje in
 - **zdrave možnosti** skrbi zase;

izpostavim:

→ **za nosečnice, doječe matere in ženske v rodni dobi, ki ne uporabljajo zaščite oz. ki načrtujejo nosečnost –**

NAJVARNEJE JE PRENEHATI PITI ALKOHOLNE PIJAČE;

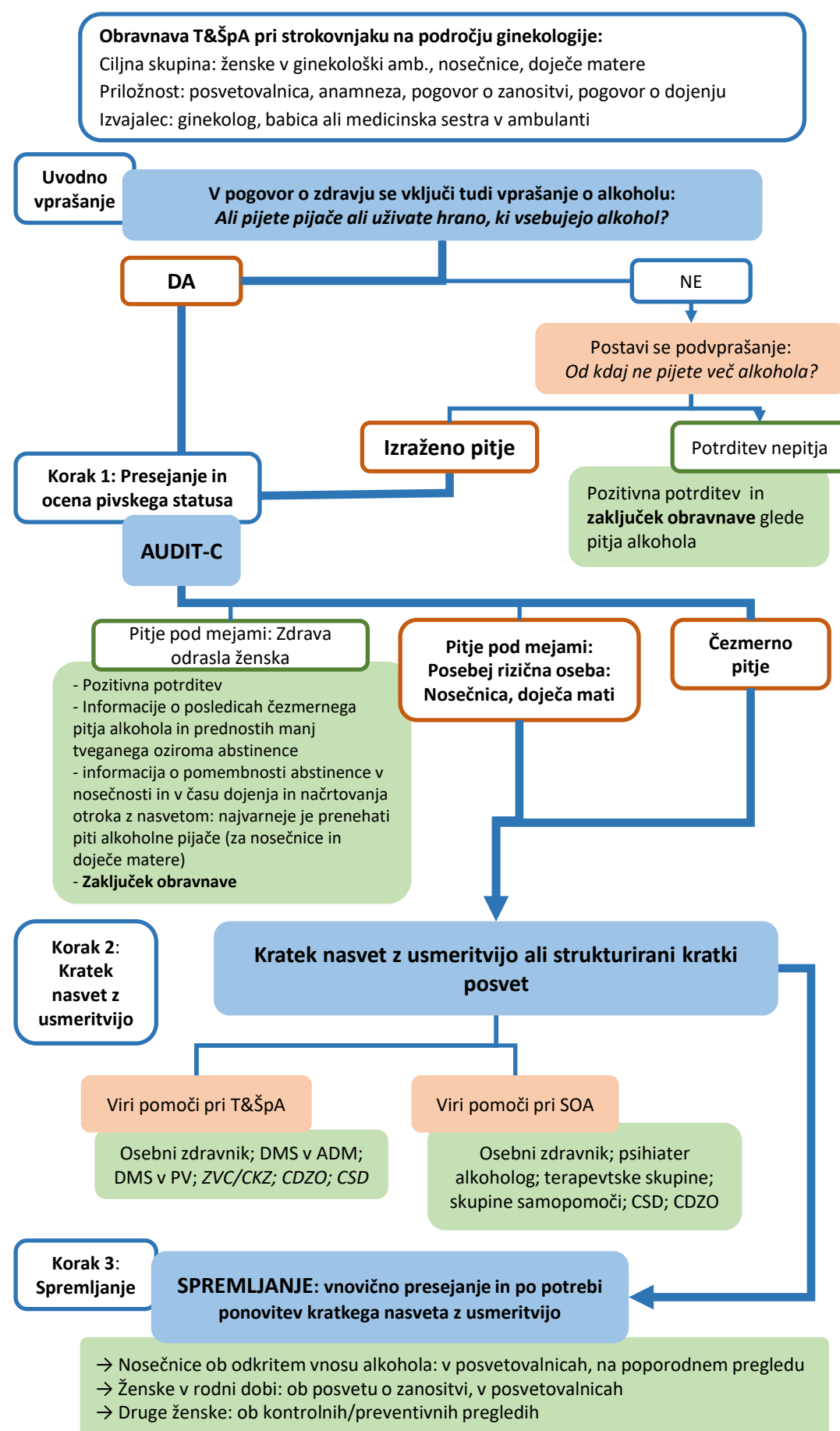
→ **za zdrave odrasle ženske, ki ne načrtujejo nosečnosti –**

ČIM MANJ, TEM BOLJE, NAJBOLJE NIČ.

- **Izrazim skrb** za pacientovo zdravje in vprašam po želji o spremembi.
- **Spodbudim k spremembi** in po potrebi usmerim na vire pomoči.
- Po možnosti **spremljam** napredek.

Ključni poudarki

- Mnogo žensk v rodni dobi pije alkoholne pijače, kar vpliva na njihovo zdravje in zdravje njihovih potomcev.
- Namen izvajanja ukrepa (presejanje, kratek nasvet z usmerjanjem k nadaljnjim virom pomoči in morebitno spremljanje) je zmanjšanje alkoholne problematike pacientk v ginekološki obravnavi (oz. na splošno žensk) ter zaščita še nerojenih otrok pred škodljivimi učinki alkohola.
- Pomen sistemske uvedbe ukrepa na področju ginekologije (in porodništva): enoten pristop vseh izvajalcev z implementacijo v rutinsko delo, postavitev mreže vseh deležnikov podpore.



Slika 1: Shema izvajanja kratkega ukrepa 2 v dejavnosti ginekologije.

Dodatek: Vidik psihiatra za obravnavo nosečnice, ki tvegano ali škodljivo pije ali je z alkoholom že zasvojena⁶

Pogovor o pitju alkohola je lahko za nosečnico, ki pije alkohol na tvegan ali škodljiv način, zelo neprijeten. Lahko se zaveda, da je njeno pitje alkohola problem, a ima občutek, da ne zmore prenehati. Ker jo je sram, to težavo zanika. Lahko pa nosečnica meni, da je škodljivo pitje alkohola njena zasebna zadeva in o tem noče govoriti. Če nosečnice, ki mislijo, da ne zmorejo nehati piti, ali da je škodljivo pitje samo njihova zadeva, prepričujemo, naj vendar prenehajo s tem vedenjem, jih lahko odbijemo ali še bolj utrdimo v njihovem škodljivem vedenju.

Kadar nekdo misli, da se ne more spremeniti ali tega noče storiti, prepričevanje in siljenje ne pomagata dosti. V takem primeru lahko ljudje še bolj utrdijo svoj odpor in odklanjajo pogovor o neprijetni temi. Za ljudi, ki močno čutijo odpor, je v pomoč pogovor v smislu Motivacijskega intervjuja (MI) (16). Najpomembnejše pri tem je zavedanje o paradoksnem vplivu, ki ga ima na vedenje »dovoljenje«, da se ne spremenimo. Izkazalo se je, če terapevti z ljudmi, ki zelo težko opuščajo svoje škodljivo vedenje, govorijo na tak način, da jih ne silijo k spremembi, obstaja večja verjetnost, da se spremenijo.

Poglejmo si za ilustracijo primer možnega poteka terapevtskega intervjuja, da bo lažje možno primerjati povsem korekten način pogovora o škodljivem pitju alkohola, ki lahko vzbudi odpor, in motivacijsko obarvan intervju (17).

Korekten, a neučinkovit intervju:

Terapevt: »Dobrodošli, zakaj ste prišli?« – Začne z dobrimi nameni, da bo sprejemajoč do pacienta.

Pacient: »Dobili so me, da sem vozil pod vplivom alkohola, in imel sem presneto smolo, saj ponavadi ne vozim v takem stanju. Kadar pijem, pokličem taksí. Bil sem čisto blizu doma, pri nečaku smo praznovali njegov rojstni dan in vozil sem zelo počasi. Same težave imam s to situacijo.«

Terapevt: »Ste bili že večkrat vinjeni po takih praznovanjih?« – Ups, tole ne gre dobro.

Pacient: »Ne bi rekel, da sem ravno pogosto vinjen, in sploh nisem bil kaj dosti vinjen v tej situaciji.«

Terapevt: »Ampak v poročilu piše, da je bila koncentracija alkohola ...; temu se ne bi ravno reklo, da ste pili malo. Veseli me, da ste prišli, in da lahko pri nas dobite strokovno pomoč.« – Od slabega k slabšemu ...

Pacient: »Nobene pomoči ne potrebujem.«

Motivacijsko obarvani intervju pa bi lahko bolje potekal takole:

Terapevt: »Dobrodošli, zakaj ste prišli?«

Pacient: »Dobili so me, da sem vozil pod vplivom alkohola, in imel sem presneto smolo, saj ponavadi ne vozim v takem stanju. Kadar pijem, pokličem taksí. Bil sem čisto blizu doma, pri nečaku smo praznovali njegov rojstni dan in vozil sem zelo počasi. Same težave imam s to situacijo.«

Terapevt: »Verjetno ste se počutili, kakor da se vam je zgodila krivica.« – Izkaz empatije: to ne pomeni, da je terapevt potrdil, da se je zgodila krivica, ampak ugotavlja, ali je prav razumel pacientovo doživljanje ob dogodku. Očitno je zadel bistvo.

Pacient: »Definitivno, kakor da sem kak propadel alkoholik.«

Terapevt: »Vi se očitno ne počutite, da bi bil to za vas dober opis. Kako pa bi vi opisali svoj odnos do

alkohola?» – Terapevt se zanima za pacientovo razumevanje problema.

Pacient: »Točno. Res sem kdaj napravil kaj neumnega, ko sem pil, ampak se sicer poskušam držati nazaj.«

Terapevt: »Če prav razumem, so v oceni po vašem mnenju pretiravali, hkrati pa ste sami opazili, da včasih nimate tako dobrega nadzora nad alkoholom, kot bi si želeli?« – Ugotavljanje ambivalence.

Pacient: »Tako je.« – In tako lahko naprej teče pogovor o tem, kaj je pacient poskusil narediti sam, da bi omejil problem z alkoholom, kdaj je bil pri tem uspešen in kje bi mu lahko terapevt koristil.

MI je strokovni pristop, ki poveča verjetnost za spremembo in ga lahko uporabimo tudi pri nosečnicah, ki na škodljiv način pijejo alkohol. V MI nosečnicam pomagamo raziskovati, zakaj se ne zmorejo odločiti za spremembo vedenja (opustitev alkohola) in kakšni bi bili dobički, če bi to storile. MI upošteva štiri osnovne principe, ki nikakor niso unikatne za MI, čeprav so kombinirane in poudarjene na nov način:

1. Izražanje empatije – poskusimo razumeti in sprejeti nosečninin pogled brez sodbe ali sovražnosti (razumem, da je za vas zelo pomembno, da se počutite svobodno pri odločanju, kaj delate; razumem, da v vašem okolju velja, da je zdravo piti tudi za nosečnico; če prav razumem, vas pivo sprosti, ko ste zelo napeti).
2. Razvijanje razdvojenosti/ambivalence: voditi nosečnico, da bo razumela razliko med svojim vedenjem in globlje zakritimi vrednotami (vtis imam, da bi radi dobro poskrbeli za otroka, a vas okoliščine silijo k pitju; verjamem, da si kot bodoča mati želite imeti zdravega otroka, vendar vas pri tem ovira druženje s pivsko družbo).
3. Z odporom nosečnice se ne spopadamo, ampak ga skušamo prepoznati in razumeti; izogibati se je treba konfliktnosti, raje namesto tega ponuditi podporo in razumevanje. Odpor se razume kot znak neskladnosti med cilji terapevta in nosečnice. Če se začne nosečnica braniti, je ne prepričujemo. Zavemo se, da to ni koristna pot pogovora, ampak slepa ulica. Nosečninin odpor nam tudi najbolje pove, zakaj se težko poslavlja od alkohola.
4. Spodbujanje samoučinkovitosti. Ne igrjamo vloge eksperta, saj vsaka odločitev o spremembi pripada samo nosečnici (»Zavedam se, da samo vi lahko odločite, kaj boste naredili s tem.«). Samoučinkovitost pomeni, da nosečnica začuti, da je sposobna spremeniti svoje vedenje. S tako spodbudo vnesemo v nosečnico upanje, da se zmore odreči alkoholu (sama ali s pomočjo zdravljenja).

MI je vedno proaktiven način komunikacije z nosečnico, ki čuti odpor. Včasih je veljalo, da je treba čim bolj siliti k spremembi vedenja, ali pa se je opustilo upanje in se pasivno čakalo, da bo dovolj hudo. MI sestavljajo kratke intervencije, ki pomagajo nosečnici ugotoviti in razrešiti njeno razdvojenost (ambivalenco) glede spremembe vedenja. Z nosečnico na primer ugotavljamo, kateri so zanjo pozitivni učinki alkohola (npr. se ne počuti osamljeno, pomiri anksioznost) in kakšno škodo ima zaradi uživanja alkohola (npr. doma so stalni prepiri, strah, da ne bo kaj narobe z otrokom); pogovor poteka tudi o tem, zakaj se je težko odreči alkoholu in zakaj bi bilo dobro, da bi se potrudila. Ugotavljamo na primer tudi, kaj jo najbolj ovira pri spremembi in kdaj je v življenju že bila uspešna pri kakšni spremembi, čeprav za krajši čas. Skupaj z nosečnico oblikujemo argumente za in proti. Vzbudimo upanje, da je sprememba smiselna in možna. Terapevtova empatija je prav posebej poudarjena; empatija nikoli ne pomeni potuhe, ampak gre za razumevanje, da je nekomu nekaj težko narediti. Tehnika MI se izrazito usmerja v tematiko pogovora o spremembi. Gre za samomotivacijske ugotovitve, kdaj nazadnje je nosečnica opazila spremembo pri sebi, kaj jo je spodbudilo, kaj jo je pomagalo vzdrževati. Izrazito iščemo epizode, ki kažejo, da je nosečnica poskušala spreminjati svoje vedenje. Duh MI ima tri glavne komponente: 1. sodelovanje z nosečnico, 2. vnašanje realističnega upanja v spremembo (veliko no-

sečnicam, ki so bile v takem položaju, je uspelo nehati piti alkohol; tudi vi ste že pokazali v življenju, da zmorete spremembo, če se zares odločite), 3. spodbujanje avtonomije – vemo, da je za končno odločitev odgovorna nosečnica.

V medicinskih kontekstih velja za učinkovit model motivacije za opuščanje škodljive navade model FRAMES (okvirji) (18), ki sloni na ugotovitvah MI. Z nosečnico se na primer pogovarjamo takole:

- Informacija glede osebnega tveganja zaradi pitja alkohola (Feedback) (npr. »Glede na vaše izvide bi vas želel informirati, da alkohol predstavlja tveganje za zdravje nosečnice in otroka.«).
- Odgovornost nosečnice za spremembo vedenja (Responsibility) (npr. »Ali ste morda razmišljali, da bi želeli boljše poskrbeti zase in otroka glede rabe alkohola? Seveda se boste vi odločili, kaj želite narediti.«).
- Svetovanje (Advice); pri škodljivem pitju alkohola v nosečnosti svetujemo abstinenco.
- Ponudimo različen spekter možnosti, kako to doseči (Menu) (npr. »Po dosedanjih izkušnjah so nosečnice, ki so se odločile, da prenehajo piti alkohol, dosegle to tako, da so prenehale hoditi v družbo, ki pije, nekatere so odstranile alkohol od doma, druge so ...; ali je katera od teh možnosti vam blizu?«).
- Izkazovanje empatije za situacijo; razumevajoče poslušanje (Expressing Empathy)
- Podpora nosečnici samoučinkovitosti (Self-efficacy): vzbujanje upanja, da je zmožna spremeniti svoje vedenje. Ne pogovarjamo se samo o tem, kdaj je pila alkohol, ampak predvsem iščemo obdobja, ko ga ni, in skupaj raziskujemo, kako ji je to uspelo v tem obdobju.

Literatura

1. Floyd RL, Weber MK, Denny C, O'Connor MJ. Prevention of fetal alcohol spectrum disorders. Dev Disabil Res Rev. 2009;15(3):193-9. Pridobljeno 8. 3. 2018 s spletne strani: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ddrr.75/pdf>.
2. Hovnik Keršmanc M, Zorko M, Macur M. Alkohol. V: Koprivnikar H et al., uredniki. Uporaba tobaka, alkohola in prepovedanih drog med prebivalci Slovenije ter neenakosti in kombinacije te uporabe. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015: 69-111. Pridobljeno 8. 3. 2018 s spletne strani: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/uporaba_tobaka_alkohola_in_drog.pdf.
3. Lovrečič M, Lovrečič B. Alkohol. V: Tomšič S et. al, uredniki. Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja. Desetletje CINDI raziskav v Sloveniji. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014: 71-7. Pridobljeno 8. 3. 2018 s spletne strani: http://www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/izzivi_desetletje_cindi_14.pdf.
4. Jeriček Klanšček H et. al. Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji. Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015: 50. Pridobljeno 8. 3. 2018 s spletne strani: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/hbhc_2015_e_verzija30_06_2015.pdf.
5. Scholin L. Prevention of harm caused by alcohol exposure in pregnancy. Rapid review and case studies from Member states. WHO Copenhagen: Regional Office for Europe, 2016. Pridobljeno 27. 2. 2018 s spletne strani: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/318074/Prevention-harm-caused-alcohol-exposure-pregnancy.pdf.
6. Komisija evropskih skupnosti. Sporočilo komisije svetu, evropskemu parlamentu, ekonomsko-socialnemu odboru in odboru regij. Strategija EU za podporo državam članicam pri zmanjševanju škode zaradi pitja alkohola. Bruselj: Komisija evropskih skupnosti, 2006. Pridobljeno 8. 3. 2018 s spletne strani: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0625:FIN:SL:PDF>.
7. Eustance LW, Kang D, Coombs D. Fetal Alcohol Syndrome: A Growing Concern for Health Care Professionals. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2003; 32(2):215-21. Pridobljeno 8. 3. 2018 s spletne strani: [http://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)34051-X/fulltext](http://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)34051-X/fulltext).
8. Ministry of Health. Alcohol and Pregnancy: A practical guide for health professionals. Wellington: Ministry of Health, 2010. Pridobljeno 8. 3. 2018 s spletne strani: <http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/alcohol-pregnancy-practical-guide-health-professionals.pdf>.
9. Crawford –Williams F. Decreasing alcohol consumption among pregnant women in Australia: The effectiveness of a public health approach. University of South Australia: School of Nursing and Midwifery, 2017.
10. Alcohol Guidelines Review – Report from the Guidelines development group to the UK Chief Medical Officers. London: Department of health, 2016. Pridobljeno 9. 3. 2018 s spletne strani: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545739/GDG_report-Jan2016.pdf.
11. Hovnik Keršmanc M, Pibernik T, Mihevc Ponikvar B. Dan fetalnega alkoholnega sindroma ter trenutne prakse svetovanja glede pitja alkohola med nosečnostjo in v obdobju dojenja pri osebnih ginekologih v Sloveniji. ISIS 2018;8/9: 34-8. Pridobljeno 20. 10. 2021 s spletne strani: https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/isis/2018/isis-08-09-18.pdf?sfvrsn=85fd3336_2.
12. Planning Guide: Training Local Physicians on Alcohol Use and Pregnancy. Toronto: Best Start: Ontario's Maternal, Newborn and Early Child Development Resource Centre, 2002. Pridobljeno 8. 3. 2018 s spletne strani: http://www.beststart.org/resources/alc_reduction/pdf/community_planning_guide.pdf.
13. Carson G et al. Alcohol use and pregnancy consensus clinical guidelines. J Obstet Gynaecol Can 2010; 32 (8 Suppl 3):S1-31. Pridobljeno 8. 3. 2018 s spletne strani: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21172102/>.
14. Pregnancy & Alcohol Cessation Toolkit An Education Resource for Health Professionals. A collaborative project between Alcohol Healthwatch and the University of Otago, funded by the Ministry of Health. Pridobljeno 8. 3. 2018 s spletne strani: <https://akoatearora.ac.nz/download/ng/file/group-6285/pregnancy-and-alcohol-cessation-toolkit.pdf>.
15. Carson G et al. No.245 - Alcohol Use and Pregnancy Consensus Clinical Guidelines. J Obstet Gynaecol Can 2017; 39 (9): e220-e54. Pridobljeno 8. 3. 2018 s spletne strani: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28859770/>.
16. Prochaska JO. Enhancing Motivation to Change. In: Ries RK, Miller SC, Fiellin DA, Saitz RS (eds.). Principles of Addiction Medicine 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer, 2009: 745-755.
17. Maisto S, Connors G, Dearing R. Alcohol Use Disorder. Cambridge, MA: Hogrefe, 2007.
18. Holloway AS, Watson HE, Arthur AJ, Starr G, McFadyen AK, McIntosh J. The effect of brief interventions on alcohol consumption among heavy drinkers in a general hospital setting. Addiction 2007;30;102(11):1762-70.

5.2. OTORINOLARINGOLOGIJA

Aleš Grošelj

Izhodišča

Otorinolarinologi se pri svojem vsakdanjem delu srečujemo z bolniki, ki pijejo alkohol. Alkohola s svojim škodljivim delovanjem na sluznice ne povzroča le nastanka raka, ampak tudi kronično vnetje sluznice žrela, kar je pogost vzrok obiska v otorinolarinoloških ambulantah. Prav tako je pitje alkohola povezano z ekstraesofagealnimi znaki gastroesofagealne refluksne bolezni, ki se tipično manifestirajo v področju zgornjih prebavil in dihal. Posledica pitja alkohola so tudi dogodki, pri katerih pride do poškodb obraza. Pri bolnikih z rakom glave in vratu je odtegnitev alkohola v času sprejema in kirurškega zdravljenja še dodatna težava, ki lahko poslabša izid zdravljenja. Priporočila nacionalnih smernic za obravnavo bolnikov z rakom glave in vratu iz Velike Britanije svetujejo presejanje vseh bolnikov z rakom glave in vratu in kratek nasvet pri bolnikih s tveganjem in škodljivim pitjem alkohola ter specialistično intervencijo pri osebah s sindromom odvisnosti od alkohola (5). V Sloveniji so zdravniki o povezavi alkohola in nastanka raka glave in vratu poučeni tako v času dodiplomskega študija kot dodatno tudi med specialističnim izobraževanjem.

Med rake glave in vratu uvrščamo tiste, ki se pojavijo na ustnici, ustni votlini, žrelu, grlu, nosnih in obnosnih votlinah, žlezah slinavkah in vratu. Rak glave in vratu predstavlja približno 4–5 % vseh rakov in se po pogostosti pojavljanja uvršča na šesto mesto. Za rakom glave in vratu v svetu letno zboli 550.000 ljudi, posledično zaradi raka glave in vratu umre 380.000 bolnikov (1). Incidenca pojavljanja v Sloveniji je v zadnjih letih stabilna, za rakom glave in vratu vsako leto pri nas na novo zboli približno 450 ljudi. Rak glave in vratu najpogosteje vznikne na sluznici ustne votline, žrela in grla ter ima značilno pojavljanje glede na spol (trikrat pogosteje se pojavlja pri moških), starost (najpogosteje se pojavlja med 50. in 70. letom), krajevno umeščenost (določene oblike so mnogo pogosteje pojavljajo na posameznih območjih) in socialno-ekonomski status (2). Povezanost pivskih navad s socialno-ekonomskim položajem ni enoznačna. Tako kot za druge razvite države tudi za Slovenijo velja, da je delež tistih, ki pijejo alkohol, večji v višjih socialno-ekonomskih slojih. Ti pijejo alkohol pogosteje, vendar v manjših količinah. V nižjih socialno-ekonomskih slojih je večji delež abstinentov, a se tisti, ki pijejo, v večjem deležu visoko tvegano opijajo (6).

Poleg kajenja je alkohol glavna nevarnost za nastanek raka v področju glave in vratu. Alkohol je neodvisen dejavnik tveganja za nastanek sluzničnega raka v ustni votlini, žrelu in grlu. Skupaj s kajenjem se tveganje še dodatno poviša. Tveganje za nastanek raka je odvisno od stopnje pitja alkohola. Pri tistih, ki popijejo več kot 50 g alkohola dnevno, je to tveganje 5- do 6-krat višje v primerjavi s tistimi, ki popijejo manj kot 10 g alkohola dnevno, pri čemer je 1 merica alkohola enako 10 g alkohola, kar je 1 dcl vina ali 2,5 dcl piva ali 0,3 dcl žganja (3). Povezava med pitjem alkohola in nastankom raka glave in vratu je verjetno tudi genetsko pogojena posledica genskega polimorfizma, ki vpliva na aktivnost alkoholne dehidrogenaze in aldehidne dehidrogenaze (4).

V nasprotju z natančnim informiranjem o škodljivih posledicah kajenja je informiranje bolnikov, ki tvegano in škodljivo pijejo, o negativnih posledicah alkohola pomanjkljivo. Mokra kultura in s tem povezana visoka toleranca do negativnih posledic pitja ter na drugi strani tudi stigmatizacija oseb s sindromom odvisnosti od alkohola sta pomembna razloga, da je naslavljanje alkoholne problematike v otorinolarinoloških ambulantah v sklopu rednih delovnih nalog zapostavljeno. Trenutni način izobraževanja zdravstvenim delavcem tudi ne omogoča seznanitve z ustreznimi orodji za odkrivanje tveganega in škodljivega pitja alkohola in znanji za ustrezno obravnavo bolnikov, ki pijejo tvegano ali škodljivo ali so že zasvojeni z alkoholom.

Predlog obravnave

Cilji obravnave

- Krovni namen: zmanjšanje alkoholne problematike med bolniki, ki so obravnavani pri otorinolarinologu.
- Ključni cilj: uspešna izvedba kratkega ukrepa 2: presejanje, izvedba kratkega nasveta z usmeritvijo k nadaljnjim virom pomoči in morebitno spremljanje (v nadaljevanju opredeljen kratki ukrep 2 oz. KU2).

Ciljne skupine

Primarna ciljna skupina so vsi polnoletni bolniki in mladostniki, obravnavani pri otorinolarinologu. Ključna ciljna skupina pa so tisti bolniki, katerih težave so pogosto povezane s pitjem alkohola (kronična vnetja žrela, gastroesofagealna refluksna bolezen, poškodbe v področju glave in vratu) ter bolniki z rakom glave in vratu, kjer je alkohol neposredni povzročiteljni dejavnik in hkrati tudi dejavnik tveganja za ponovitev bolezni ali vznik drugega raka.

Potrebna specifična znanja za obravnavo

Za uspešno obravnavno tveganega in škodljivega pitja alkohola ter zasvojenosti z alkoholom je treba:

- poznati tveganja in posledice, povezane s tveganjem in škodljivim pitjem alkohola, posebej na zdravje predela glave in vratu;
- poznati standardne merice oz. enote alkohola;
- poznati meje manj tveganega pitja;
- poznati razvrstitev oseb v kategorije glede na pivsko vedenje;
- znati postavljati vprašanja o pitju alkohola;
- oceniti, ali ima pacient težave z alkoholom;
- uporabljati specifična znanja in veščine ter orodja za odkrivanje tveganjih in škodljivih pivcev;
- znati aktivno poslušati in vzpostaviti empatičen odnos;
- prepoznati tvegano ali škodljivo pitje alkohola in postaviti sum na zasvojenost;
- znati ustrezno obravnavati bolnike, ki pijejo tvegano ali škodljivo ali so zasvojeni z alkoholom (kratek nasvet z elementi motivacijskega intervjuja, usmeritev v nadaljnjo obravnavo);
- znati spremljati vedenje, pivski status in napredek bolnika;
- povezovati se in sodelovati z drugimi strokovnjaki;
- kritično ovrednotiti svoje delo.

Potek obravnave

Presejanje (odkrivanje, prepoznavanje)

Vstopna točka je vsaka ambulanta ORL. Odkrivanje in prepoznavanje tveganega in škodljivega pitja alkohola je izvedljivo pri vsakem ambulantnem otorinolarinološkem pregledu in sprejemu v bolnišnico ne glede na vzrok napotitve.

Potek presejanja: Za ORL ambulate je najbolj uporaben kratki vprašalnik o pitju alkohola AUDIT-C kot priloga vprašalnika o zdravju. Na ta način lahko opravimo presejanje in odkrijemo T ali ŠpA. Podatki, ki vključujejo tudi količino, pogostost, vrsto in vzorec pitja alkohola, naj bodo sestavni del anamneze. Če bolnik odgovori, da ne pije alkohola, mu postavimo vprašanje: »Od kdaj ne pijete več alkohola?« S tem vprašanjem pogosto odkrijemo, da vprašani ni abstinent, kar pomeni, da postanejo vprašanja AUDIT-C aktualna in se obravnava nadaljuje. Če se odsotnost pitja potrdi, se bolnikov odnos do pitja alkohola pozitivno potrdi in obravnava glede pitja alkohola se zaključi.

Če izid vprašalnika pokaže čezmerno pitje ali pa se posameznik uvršča v rizično skupino, kjer se sicer odsvetuje kakršnokoli pitje alkohola, nadaljujemo s kratkim nasvetom z usmeritvijo. Rezultat vprašalnika AUDIT-C naj bo sestavni del zdravstvene dokumentacije vseh pacientov, pri katerih obstaja možnost, da je alkohol povezan z njihovimi težavami.

Kratek nasvet z usmeritvijo

Kadar v pogovoru ugotovimo, da gre za tvegano ali škodljivo pitje oz. je rezultat vprašalnika AUDIT-C za moške 6 ali več točk oziroma za ženske 5 ali več točk, bolnika informiramo in mu ponudimo pisno gradivo o negativnih posledicah pitja alkohola na zdravje s poudarkom na tveganju za razvoj raka glave in vratu, kronična vnetja žrela in gastroezofagealno reflukso bolezen na eni strani ter prednostih prenehanja (čezmerne) pitja alkohola za zdravje na drugi. Spodbudimo ga o opustitvi (čezmerne) pitja alkohola in mu predstavimo aktualne vire pomoči.

- a) Če gre za enkratni obisk brez nadaljnje obravnave in odpuščene bolnike po hospitalizaciji, rezultat vprašalnika AUDIT-C zabeležimo v izvid ali odpustno pismo. Bolniku ponudimo možnost poglobljene kratkega svetovanja (KU1) oz. svetovalnega pogovora za podporo pri opuščanju (čezmerne) pitja alkohola pri izbranem osebnem zdravniku in/ali diplomirani medicinski sestri v ambulantah družinske medicine, diplomirani medicinski sestri v patronažnem varstvu, strokovnjaku v zdravstvenovzgojnih centrih in centrih za socialno delo.
- b) Pri dlje časa hospitaliziranih bolnikih z rakom glave in vratu ter drugih bolnikih s težavami, povezanimi s pitjem alkohola in/ali prepoznanim vzorcem tveganega ali škodljivega pitja alkohola, med bolnišničnim zdravljenjem diplomirana medicinska sestra, ki mora biti za to posebej usposobljena, začne poglobljeno kratko svetovanje (KU1) v obliki do pet srečanj (Priloga 2 – Zvezek I).

Spremljanje

Pri bolnikih z rakom glave in vratu, pri katerih je bilo izvedeno poglobljeno kratko svetovanje (KU1), sledi ambulantno spremljanje pri kliničnem psihologu 3 mesece po zadnji obravnavi. Spremljanje teh in drugih bolnikov izvajajo zdravniki in diplomirane medicinske sestre tudi ob rednih ambulantnih kontrolah in morebitnih ponovnih hospitalizacijah. Pri tem jim periodično (vsaj enkrat letno) ponudimo vprašalnik AUDIT-C. Ne spremljamo bolnikov, ki nimajo predvidenega ponovnega obiska.

Opredelitev virov pomoči

Po izvedenem kratkem nasvetu zdravnik bolnika usmeri k ustreznim virom pomoči:

- ob T&ŠpA: k zdravniku družinske medicine oziroma diplomirani medicinski sestri v ambulantno družinske medicine ali v zdravstvenovzgojne centre;
- ob (sumu na) SOA: k psihiatru alkoholologu ali samopomočnim skupinam (npr. Anonimnim alkoholikom) oz. v terapevtske skupine.

Usmerjanje k nadaljnjim virom pomoči naj bo čim bolj konkretno. Priporoča se, da bolnika po možnosti opremimo tudi z gradivi, ki so na voljo v ambulantni oz. čakalnici ali ga usmerimo na spletne strani z ustreznimi viri pomoči.

Zlasti kadar gre za resnejši problem in bolnik sam izrazi tako željo ali pa se z našim nevsiljivim predlogom strinja, lahko kot spodbudo in podporo bolniku prvi stik z drugim strokovnjakom za izbiro termina srečanja izvedemo sami (npr. telefonski klic) v navzočnosti bolnika.

Ob pripravi izvida oziroma obvestila za osebnega zdravnika je smiselno omeniti tudi pogovor o pitju alkohola. V izvidu in odpustnem pismu je treba zabeležiti, da smo zaznali tvegano in škodljivo pitje alkohola ter izbranega zdravnika obvestiti o izvedenih ukrepih in priporočilu za nadaljnjo obravnavo.

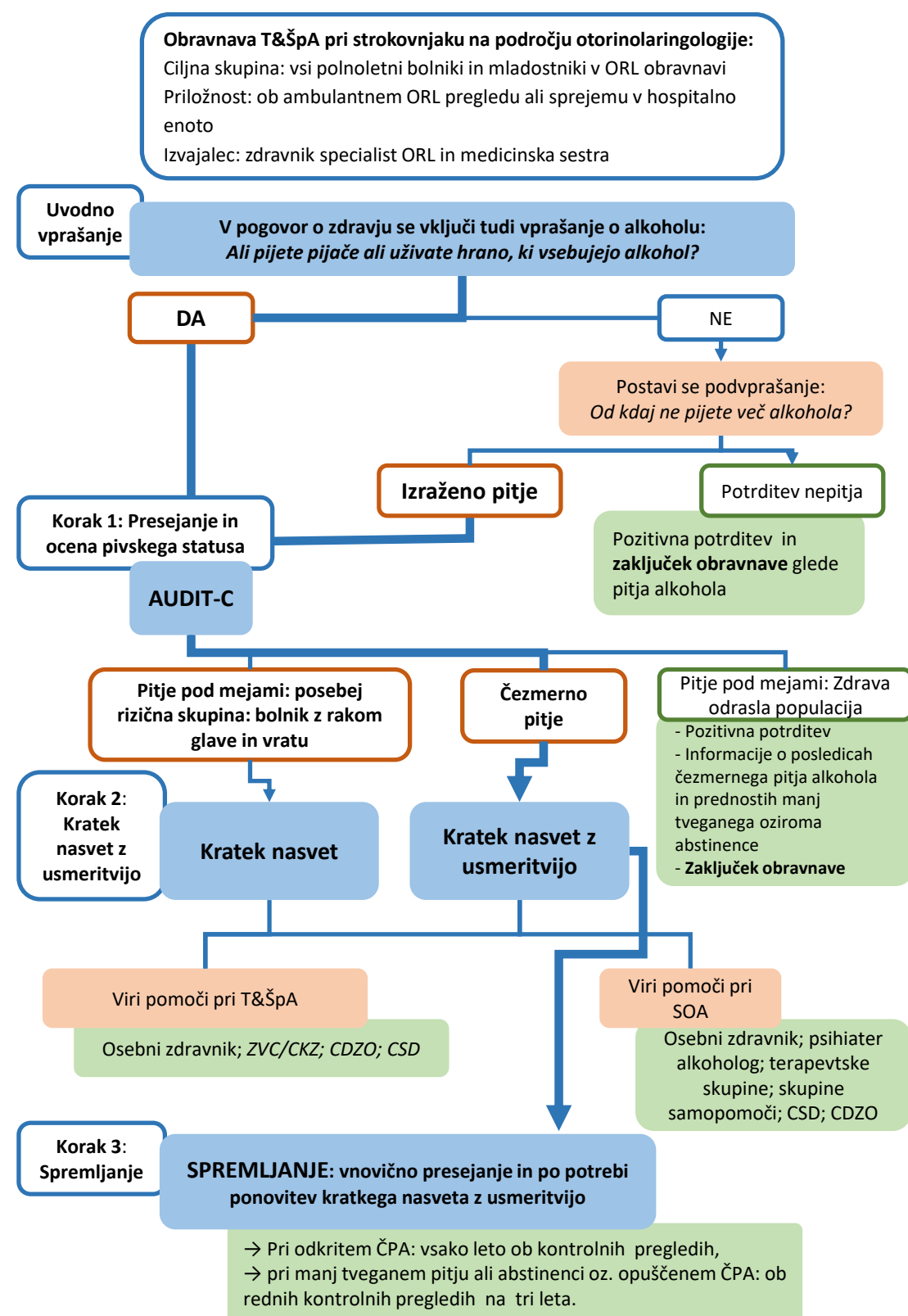
Zaključki

Za kompetentno in učinkovito naslavljanje pitja alkohola pri bolnikih je treba zagotoviti ustrezno usposabljanje zdravstvenega kadra.

Ciljna skupina za pridobitev ustreznih znanj in veščin so otorinolaringologi in sodelavci na področju zdravstvene nege, ki so vključeni v obravnavo bolnika. Prav je, da so usposobljeni za izvedbo kratkega ukrepa 2.

Izobraževanje bodočih kadrov v zvezi z alkoholno problematiko naj bo del rednega dodiplomskega študija. Obstoječe kadre bi izobrazili na seminarjih, kjer bi predstavili problem, določili način presejanja, ukrepe, kot so kratek nasvet, motivacija in pogovor o pitju alkohola na zdravje, s posebnim poudarkom na bolezni v področju glave in vratu, predstavitev poti napotitev k virom pomoči, obdobja srečanja in seminarji (lifelong learning program).

Hkrati je v okviru Združenja otorinolaringologov Slovenije treba sprejeti enoten pristop k naslavljanju alkoholne problematike bolnikov, ki so obravnavani pri otorinolaringologih.



Slika 1: Shema izvajanja kratkega ukrepa 2 v dejavnosti otorinolaringologije.

Ključni poudarki

Pitje alkohola je eden večjih javnozdravstvenih problemov in pomemben dejavnik tveganja za nastanek raka glave in vratu ter bolezni v področju žrela in grla.

Vsak otorinolaringološki pregled je, ne glede na razlog bolnikovega obiska, priložnost, da se v kontekstu zdravega življenjskega sloga bolnika povpraša tudi o pitju alkohola.

Priporočeno je, da se za naslavljanje pitja alkohola v otorinolaringoloških ambulantah in bolnišničnih enotah redno izvaja predvsem kratki ukrep 2.

Vsebina ukrepa se nanaša na odkrivanje tveganega in škodljivega pitja alkohola, podajanje kratkega nasveta v obliki informacij o negativnih posledicah T&ŠpA in zdravstvenih priporočilih ter usmeritev posameznika, ki tvegano in škodljivo pije, k ustreznim nadaljnjim virom pomoči in spremljati stanje ob ponovnih pregledih.

Stanje posameznikov, pri katerih je bilo odkrito čezmerno pitje alkohola, spremljamo vsako leto ob kontrolnih pregledih.

Za večjo učinkovitost pri podpori bolniku za zmanjšanje čezmernega pitja alkohola je priporočeno sodelovati z drugimi strokovnjaki oziroma usmerjati bolnike k nadaljnjim virom pomoči.

Za uspešno izvajanje kratkega ukrepa 2 je treba zagotoviti usposobljenost obstoječega in bodočega kadra.

Kratki ukrep 2 – KU2

Vsaj enkratni obisk: 3–5 minut pogovora o pitju alkohola:

→ **Presejanje, kratki nasvet z usmeritvijo naprej in morebitno spremljanje**

- V pogovor o skrbi za zdravje vključim tudi **vprašanja glede pitja alkohola**;
- ob zaznanem (čezmernem) pitju alkohola predstavim:
 - **znanstvena spoznanja** o negativnih posledicah pitja alkohola na zdravje in
 - **zdrave možnosti** skrbi zase;
 izpostavim:
 - **čim manj, tem bolje, najbolje nič.**
- **Izrazim skrb** za pacientovo zdravje in vprašam po želji o spremembi.
- **Spodbudim k spremembi** in po potrebi **usmerim** na vire pomoči.
- Po možnosti **spremljam napredek**.

Literatura

1. Global Burden of Disease Cancer Collaboration. Fitzmaurice C, Allen C, Barber RM, Barregard L, Bhutta ZA, et al. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-years for 32 Cancer Groups, 1990 to 2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. *JAMA Oncol.* 2017 Apr 1;3(4):524-548.
2. Lambert R, Sauvaget C, de Camargo Cancela M, Sankaranarayanan R. Epidemiology of cancer from the oral cavity and oropharynx. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2011 Aug;23(8):633-41.
3. Hashibe M, Brennan P, Benhamou S, Castellsague X, Chen C, et al. Alcohol drinking in never users of tobacco, cigarette smoking in never drinkers, and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *J Natl Cancer Inst.* 2007;99(10):777-89.
4. Druesne-Pecollo N, Tehard B, Mallet Y, Gerber M, Norat T, Hercberg S, Latino-Martel P. Alcohol and genetic polymorphisms: effect on risk of alcohol-related cancer. *Lancet Oncol.* 2009;10(2):173-80.
5. Shaw R, Beasley N. Aetiology and risk factors for head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laryngol Otol.* 201;130(S2):S9-S12.
6. Zorko M, Hovnik Keršmanc M, Macur m. Socialno-ekonomske neenakosti v povezavi s pitjem alkoholnih pijač. In: Koprivnikar H, Zorko M, Drev A, Hovnik Keršmanc M, Kvaternik I, Macur M, editors. *Uporaba tobaka, alkohola in prepovedanih drog med prebivalci slovenije ter neenakosti in kombinacije te uporabe.* Ljubljana: NIJZ, 2015: 207-39.

5.3. ONKOLOGIJA

Marko Kokalj

Izhodišča

Številne populacijske študije kažejo, da tvegano in škodljivo pitje alkohola (T&ŠpA) zvišujeta verjetnost za pojav nekaterih oblik rakavih bolezni. Najpogosteje se kot posledica čezmernega pitja alkohola omenjata **rak glave in vratu** ter **rak požiralnika**, pri katerih je relativno tveganje za razvoj bolezni do petkrat višje za osebe, ki pijejo alkohol, kot za abstinente (1). Ob raku glave in vratu kajenje tobaka v kombinaciji s pitjem alkohola tveganje še bistveno poveča (2). Čezmerno pitje alkohola je povezano tudi s povišanim tveganjem za razvoj **raka jeter, raka debelega črevesa in danke ter raka dojke** (1, 3, 4). V Sloveniji je po podatkih Registra raka za omenjenimi oblikami bolezni v letu 2018 zbolelo skupno 3.657 ljudi (5). Večina teh bolnikov je deležna multidisciplinarnega onkološkega zdravljenja. Odkrivanje in obravnava njihovega pitja alkohola sta pomembna, ker lahko nadaljnje pitje alkohola vpliva na potek zdravljenja (zlasti v smislu stopnjevanja stranskih učinkov nekaterih oblik zdravljenja) in zvišuje tveganje za pojav novih (sekundarnih) oblik raka (6).

Zdravstveni delavci na področju onkologije se o problematiki tveganega in škodljivega pitja alkohola izobražujemo med dodiplomskim študijem, nadaljnje izobraževanje pa je odvisno predvsem od posameznikovega lastnega interesa.

Pomemben del strukturiranega prvega pregleda na Onkološkem inštitutu Ljubljana (OIL) je anamneza o razvadah, katere sestavni del je tudi vprašanje o morebitnem pitju alkohola. Problematično pa je pomanjkanje jasno izdelane strategije za obravnavo bolnikov, pri katerih ugotovimo, da pijejo alkohol (povezava zdravnik specialist – vir pomoči v bolnikovem domačem okolju).

Predlog obravnave

Cilji obravnave

- Krovni namen: zmanjšanje alkoholne problematike med onkološkimi bolniki.
- Ključni cilj: uspešna izvedba kratkega ukrepa 2: presejanja, kratkega nasveta z usmeritvijo k nadaljnjim virom pomoči in morebitnega spremljanja ob kontrolnih pregledih (v nadaljevanju opredeljen kratki ukrep 2 – KU2).

Ciljne skupine

Ciljna skupina so vsi bolniki, ki so vključeni v obravnavo v onkoloških ambulantah, zlasti pa tisti z zgoraj naštetimi oblikami raka, katerih znan vzročni dejavnik je alkohol. Posredno so obravnave deležni tudi svojci, ki bolnike spremljajo na pregled.

Potrebna specifična znanja za obravnavo

Za uspešno obravnavno tveganega in škodljivega pitja alkohola ter zasvojenosti z alkoholom je treba:

- poznati tveganja in posledice, povezane s tveganim in škodljivim pitjem alkohola, posebej za nastanek različnih vrst raka;
- poznati standardne merice oz. enote alkohola;

- poznati meje manj tveganega pitja;
- poznati razvrstitev oseb v kategorije glede na pivsko vedenje;
- znati postavljati vprašanja o pitju alkohola;
- oceniti, ali ima pacient težave z alkoholom;
- uporabljati specifična znanja in veščine ter orodja za odkrivanje tveganih in škodljivih pivcev;
- znati aktivno poslušati in vzpostaviti empatičen odnos;
- prepoznati tvegano ali škodljivo pitje alkohola in postaviti sum na zasvojenost;
- znati ustrezno obravnavati paciente, ki pijejo tvegano ali škodljivo ali so zasvojeni z alkoholom (kratek nasvet z elementi motivacijskega intervjuja, usmeritev v nadaljnjo obravnavo);
- znati spremljati pacientovo vedenje, pivski status in napredek;
- povezovati se in sodelovati z drugimi strokovnjaki;
- kritično ovrednotiti svoje delo.

Potek obravnave

Priporoča se izvedba kratkega ukrepa 2 (KU2), kot ga opisujemo v nadaljevanju.

Presejanje (odkrivanje, prepoznavanje)

Kot del širše anamneze ob prvem pregledu v onkološki ambulanti postavimo tudi vprašanja o pitju alkohola s pomočjo kratkega vprašalnika (AUDIT-C). Ciljna populacija so sicer bolniki z novoodkritim rakom, vendar so obravnave (posredno) deležni tudi svojci, ki bolnike običajno spremljajo.

Če pacient odgovori, da ne pije alkohola, mu postavimo vprašanje: »Od kdaj ne pijete več alkohola?« To vprašanje se postavi zato, ker se nato pogosto izkaže, da vprašani ni abstinent, kar pomeni, da postanejo vprašanja AUDIT-C aktualna in se obravnava nadaljuje. Če se odsotnost pitja potrdi, se pacientov odnos do pitja alkohola pozitivno potrdi in obravnava glede pitja alkohola se zaključi.

Če izid vprašalnika pokaže, da bolnik z rakom pije alkohol, nadaljujemo s kratkim nasvetom z usmeritvijo.

Kratek nasvet z usmeritvijo

Ob odkritju pitja alkohola se izvede kratek nasvet, v katerem se pacienta informira o škodljivosti alkohola ter prednostih izbire zdravih alternativ. Zaradi rizičnosti pitja alkohola v kakršnih koli količinah se onkološkemu bolniku priporoči opustitev pitja alkohola oz. vsakršno pitje alkohola odsvetuje. Pomembno je, da se nasvet izvede po principu motivacijskega pogovora (Poglavje 2.1 – Zvezek I). Po potrebi se pacienta usmeri k nadaljnjim virom pomoči. Na tem mestu je bistveno dobro sodelovanje z zdravniki družinske medicine, ki so natančneje seznanjeni z možnostmi nadaljnje obravnave oz. viri pomoči v bolnikovem domačem okolju.

Spremljanje

Poglobljeno spremljanje v okviru rednega dela ni možno, saj so ambulate za spremljanje bolnikov po zdravljenju raka namenjene predvsem zgodnjemu odkrivanju morebitnih ponovitev bolezni in lažšanju posledic zdravljenja. Gre za kompleksno obravnavo, za katero imamo na razpolago omejeno količino časa.

Zaradi pomena zdravega življenjskega sloga pri bolnikih po zdravljenju raka pa je vendarle po-

membno, da vprašanja o pitju alkohola ne spregledamo. Priporočljivo je, da se v pogovoru o počutju in življenjskem slogu na kontrolnih pregledih pacienta vpraša tudi glede pitja alkohola in znova ustrezno informira oz. spodbudi k opustitvi pitja oz. po potrebi usmeri k nadaljnjim virom pomoči, če je pitje še vedno prisotno.

Prav tako je pomembno, da se pacienta ob ugotovljeni abstinenci ustrezno pozitivno potrdi.

Opredelitev virov pomoči

Ob pitju alkohola: ugotovljeno se omeni v izvidu, ki ga vedno prejme tudi bolnikov zdravnik, specialist družinske medicine. Če menimo, da je potrebno, njega tudi zaprosimo za nadaljnje usmeritve oz. napotitve h konkretnim virom pomoči, ki so na razpolago v bolnikovem domačem okolju. Bolnika lahko dodatno informiramo o možnih virih pomoči še z zloženko.

Ob (sumu na) SOA: ugotovljeno omenimo v izvidu, ki ga vedno prejme tudi bolnikov zdravnik, specialist družinske medicine. Njega zaprosimo za nadaljnje usmeritve oz. napotitve h konkretnim virom pomoči, ki so na razpolago v bolnikovem domačem okolju. Ob izrazitih težavah ali akutni simptomatiki bolnika napotimo k psihiatru, ki se ukvarja s problematiko odvisnosti od alkohola.

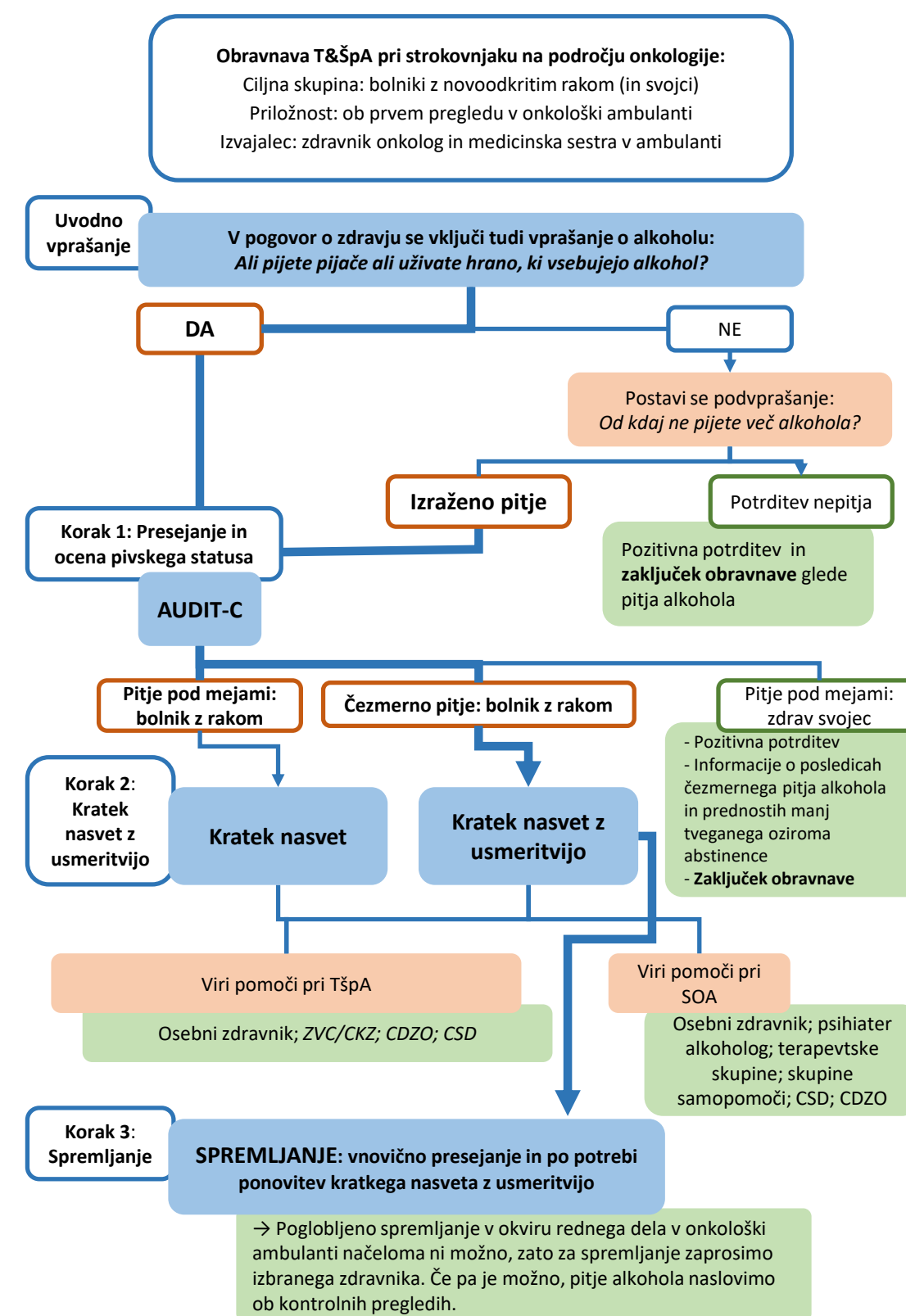
Zaključek

Naslavljanje problematike pitja alkohola je pri bolnikih z rakom (in njihovih svojcih) možno v okviru prvega pregleda v onkološki ambulanti. S pomočjo kratkega vprašalnika o pitju alkohola (AUDIT-C) lahko hitro in učinkovito ugotovimo, kakšna je stopnja pitja alkohola pri bolniku. Če je potrebno, ga usmerimo k ustreznim virom pomoči. Za sodelovanje zaprosimo bolnikovega zdravnika, specialista družinske medicine, ki je dobro seznanjen z razpoložljivimi viri pomoči v bolnikovem domačem okolju in lahko tudi spremlja njegov napredek.

Za ustrezno obravnavo tovrstne problematike bi zdravstveni delavci na področju onkologije potrebovali ustrezno izobrazbo oz. usposabljanje.

Med dodiplomskim študijem medicine je alkohol in njegov vpliv na človeški organizem obravnavan v sklopu fiziologije, sodne medicine, medicine dela, prometa in športa, družinske medicine, javnega zdravja in interne medicine.

Smiselna bi bila dodatna obdobja izobraževanja zaposlenih na področju onkologije o problematiki pitja alkohola in o vlogi zdravstvenih delavcev pri njenem zmanjševanju oz. preprečevanju v obliki seminarjev in delavnic.



Slika 1: Shema izvajanja kratkega ukrepa 2 na področju onkologije.

Ključni poudarki

Tvegano in škodljivo pitje alkohola poveča tveganje za pojav določenih oblik raka (1). Zaradi zmanjšanja tveganja za pojav novih oblik raka se pri bolnikih po zdravljenju raka pitje alkohola odsvetuje.

Priporočeno je, da se za naslavljanje pitja alkohola v onkološki ambulanti uporablja KU2.

Na področju onkologije je presejanje za pitje alkohola možno ob prvem pregledu v onkološki ambulanti.

Ob prepoznanem pitju alkohola se priporoča izvedba KU2, ki ga podamo v obliki informacij o negativnih posledicah pitja alkohola in prednostih izbire zdravih alternativ pitju, ter usmerimo bolnika k ustreznim virom pomoči v domačem okolju s pomočjo izbranega zdravnika.

Za uspešno prepoznavanje tveganega in škodljivega pitja alkohola in ustrezno obravnavo je priporočeno dodatno usposabljanje zdravstvenih delavcev, zaposlenih na področju onkologije.

LITERATURA

1. Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, et al. Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose–response meta-analysis. *Br J Cancer* 2015; 112(3): 580–93.
2. Hashibe M, Brennan P, Chuang S, Boccia S, Castellsague X, Chen C, et al. Interaction between tobacco and alcohol use and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the INHANCE consortium. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009; 18(2): 541-550
3. Moskal A, Norat T, Ferrari P, Riboli E. Alcohol intake and colorectal cancer risk: A dose–response meta-analysis of published cohort studies. *Int J Cancer* 2007; 120(3): 664–71.
4. Hamajima N, Hirose K, Tajima K, Rohan T, Calle EE, Heath CW, et al. Alcohol, tobacco and breast cancer – collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58 515 women with breast cancer and 95 067 women without the disease. *Br J Cancer* 2002; 87(11): 1234–45.
5. Zadnik V. Rak v Sloveniji 2018. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije, 2021.
6. Druesne-Pecollo N, Keita Y, Touvier M et al. Alcohol drinking and second primary cancer risk in patients with upper aerodigestive tract cancers: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2013; 23(2): 324-31.

Kratki ukrep 2 – KU2

Vsaj enkratni obisk: 3–5 minut pogovora o pitju alkohola:

→ **Presejanje, kratki nasvet z usmeritvijo naprej in morebitno spremljanje**

- V pogovor o skrbi za zdravje vključim tudi **vprašanja glede pitja alkohola**;
- ob zaznanem (čezmernem) pitju alkohola predstavim:
 - **znanstvena spoznanja** o negativnih posledicah pitja alkohola na zdravje in
 - **zdrave možnosti** skrbi zase;
 izpostavim:
 - **čim manj, tem bolje, najbolje nič.**
- **Izrazim skrb** za pacientovo zdravje in vprašam po želji o spremembi.
- **Spodbudim k spremembi** in po potrebi **usmerim** na vire pomoči.
- Po možnosti **spremljam** napredek.

5.4. TRANSFUZIJSKA MEDICINA

Suzana Dorđević

Izhodišča

Transfuzijska medicina je medicinska stroka, katere pomembno poslanstvo je zdravljenje bolnikov s pripravki iz krvi. Omogoča, da imajo posamezniki na voljo zadostne količine kakovostne in varne krvi in krvnih pripravkov, ko jih potrebujejo.

Transfuzijska medicina se začne pri krvodajalcih, zdravih posameznikih dobrega zdravja in počutja. Konča se pri bolnikih, ki prejemajo sestavino krvi, nujno potrebno za zdravljenje. Pri tem je naloga transfuzijske stroke narediti vse, da zaščiti tako bolnika, ki prejme varno in ustrezno kri, kakor tudi krvodajalca, ki kri daruje. Varnost transfuzije zagotavljamo z doslednim izvajanjem številnih ukrepov. Med drugimi je to tudi izbira varnih krvodajalcev.

Zagotavljanje varnosti krvodajalca in krvnih pripravkov je pri preskrbi s krvjo je prednostna naloga, ki jo izvajamo s številnimi ukrepi. Med njimi je tudi pridobivanje podatkov z izpolnjevanjem vprašalnika o splošnem počutju in sedanjem ter preteklem zdravstvenem stanju, življenjskem slogu ter tveganju za prenos okužb s transfuzijo. Pri izbiranju primernih krvodajalcev je prva stopnja samoizključitev. To pomeni, da vsak krvodajalec presodi, ali je primeren ali ne. Poleg občutka odgovornosti sta potrebna tudi ozaveščenost in zavedanje, da z neodgovornim dajanjem krvi lahko škodujemo tako svojemu kot zdravju prejemnika. Za transfuzijsko službo in sam odvzem je tudi pomembno, da krvodajalec v trenutku darovanja ni opit, saj to vpliva tako na odvzem (varnost krvodajalca, možnost kolapsa ipd.) kot kakovost krvnega pripravka.

V Republiki Sloveniji je 5 % zdravih posameznikov, starih 18–65 let, krvodajalcev, 43 % predstavljajo ženske. Najbolj aktivna je skupina krvodajalcev v starosti od 30 do 45 let, opazna je manjša vključenost starih od 18 do 30 let. Samozaposleni kot poklicna skupina so najbolj aktivni krvodajalci, sledijo jim zaposleni v gospodarstvu. Med krvodajalsko nadpovprečne dejavne poklicne skupine spadajo še zaposleni v negospodarstvu, predvsem v policiji, zdravstvu, šolstvu, državni upravi ter brezposelni. V zadnjih letih opažamo večjo krvodajalsko aktivnost dijakov in študentov. Vsako leto beležimo okoli 10.000 novih krvodajalcev. (1)

Poleg osnovnih dejavnosti, povezanih s krvjo, transfuzijska služba izvaja tudi dodiplomsko in podiplomsko izobraževanje kadrov ter vzgojno-izobraževalno dejavnost na področju krvodajalstva in splošne javnosti.

Poklicne skupine, ki neposredno v okviru svojih del in nalog delajo s krvodajalci, so srednje medicinske sestre in zdravstveni tehniki, diplomirane medicinske sestre, zdravniki specializanti, splošni zdravniki in zdravniki specialisti transfuzijske medicine ter drugi strokovni sodelavci (socialni delavec). Večina omenjenih poklicnih skupin so v svojem rednem izobraževanju (srednjem, dodiplomskem) pridobili osnovna znanja o tveganem in škodljivem pitju alkohola (v nadaljevanju T&ŠpA). Poglobljena znanja in orodja za učinkovito naslavljanje alkoholne problematike niso pridobljena.

V ne/obvezna dodatna izobraževanja s področja T&ŠpA zaposleni v transfuzijski dejavnosti niso vključeni.

V obstoječem protokolu (Standardni operativni postopki, Priporočila o pripravi, uporabi in zagotavljanju kakovosti komponent krvi), krvodajalec, ki kaže znake opitosti, ne more darovati krvi. Odgovorna medicinska sestra napoti krvodajalca k zdravniku, ta ga odkloni in pogosto napoti k osebnemu zdravniku.

II PREDLOG OBRAVNAVE

Cilji obravnave

- Krovni namen: zmanjšanje alkoholne problematike med krvodajalci.
- Ključni cilj: uspešna izvedba kratkega ukrepa 2: odkrivanje opitosti krvodajalca ter izvedba kratkega nasveta z usmeritvijo k nadaljnjim virom pomoči in morebitno spremljanje (v nadaljevanju opredeljen kratki ukrep 2 (KU2)).

Ciljne skupine

V transfuzijskih ustanovah se srečujemo z zdravimi posamezniki, starimi 18–65 let, v vseh regijah v Republiki Sloveniji. V proces obravnave vstopajo prostovoljno z namenom darovanja krvi. Letno sprejmemo okoli 100.000 krvodajalcev, od tega je skoraj 43 % žensk (2). V okviru promocije krvodajalstva in ozaveščanja splošne javnosti skupaj z Rdečim križem Slovenije opravljamo predstavitve na osnovnih šolah, srednjih šolah, univerzah in delovnih organizacijah, kjer posebno poudarimo zdrav življenjski slog in skrb za zdravje. Na stalnih odzemnih mestih transfuzijskih služb in terenskim krvodajalskim akcijam delimo izobraževalna gradiva. Ključni pri naslavljanju T&ŠpA so vsi primerni krvodajalci (med 18. in 65. letom), tako moški kot ženske.

Potrebna specifična znanja za obravnavo

Za uspešno obravnavno tveganega in škodljivega pitja alkohola ter zasvojenosti z alkoholom je treba:

- poznati tveganja in posledice, povezane s tveganim in škodljivim pitjem alkohola;
- poznati standardne merice oz. enote alkohola;
- poznati meje manj tveganega pitja;
- poznati razvrstitev oseb v kategorije glede na pivsko vedenje;
- znati postavljati vprašanja o pitju alkohola;
- oceniti, ali ima krvodajalec težave zaradi alkohola;
- uporabljati specifična znanja in veščine ter orodja za odkrivanje tveganih in škodljivih pivcev;
- znati aktivno poslušati in vzpostaviti empatičen odnos;
- znati prepoznati tvegano in škodljivo pitje alkohola in postaviti sum na zasvojenost;
- znati ustrezno obravnavati paciente, ki pijejo tvegano ali škodljivo ali so zasvojeni z alkoholom (kratek nasvet z elementi motivacijskega intervjuja, usmeritev v nadaljnjo obravnavo);
- znati spremljati vedenje, pivski status in napredek krvodajalca;
- povezovati se in sodelovati z drugimi strokovnjaki;
- kritično ovrednotiti svoje delo.

Potek obravnave

Zdravstveni delavci v transfuzijski dejavnosti bomo uporabljali kratki ukrep 2 (KU2).

Presejanje (odkrivanje, prepoznavanje)

Krvodajalec ob vpisu dobi medicinski vprašalnik. Izpolnjeni vprašalnik je prvi pogoj za darovanje krvi. Izroči se medicinski sestri na delovišču Meritve pred darovanjem krvi.

V obstoječi medicinski vprašalnik bi vključili vprašanje o pitju alkohola v zadnjih 20 urah: »Ali ste pili alkoholne pijače v zadnjih 20 urah, koliko meric?« Večina držav ima to vprašanje že vključeno v obvezni medicinski vprašalnik.

Če krvodajalec odgovori, da alkohola ni pil, se njegov odnos do pitja alkohola pozitivno potrdi in obravnava glede pitja alkohola se zaključí.

Če krvodajalec odgovori DA in število meric nakazuje na (akutno) opitost, medicinska sestra z delovišča Meritve pred odvzemom krvi krvodajalca napoti k zdravniku, ki ga ob razlagi pogoja treznosti za darovanje krvi odkloni. Povabi ga k vnovičnem sodelovanju v stanju treznosti in ponudi informativno gradivo Ali vem, pri čem sem s svojim ...? in gradivo o virih pomoči.

Če krvodajalec odgovori DA in število meric ne nakazuje na (akutno) opitost, medicinska sestra z delovišča Meritve pred odvzemom krvi krvodajalca napoti k zdravniku, ki krvodajalca nadalje vpraša o pitju alkohola. Uporabi vprašalnik AUDIT-C.

Če zdravnik ugotovi čezmerno pitje, nadaljuje s kratkim nasvetom z usmeritvijo: predstavi spoznanja o negativnih posledicah pitja alkohola na zdravje in zdravstvena priporočila. Izpostavi, da je dobro piti čim manj, najbolje pa nič alkohola, in spodbudi k zdravim alternativam. Usmeri k nadaljnjim virom pomoči.

Če je pitje alkohola manj tvegano, zdravnik pove, da je 20 ur pred darovanjem krvi zaželena popolna vzdržnost od alkohola.

V obeh primerih krvodajalca sprejme v nadaljnji postopek za darovanje krvi.

Spremljanje

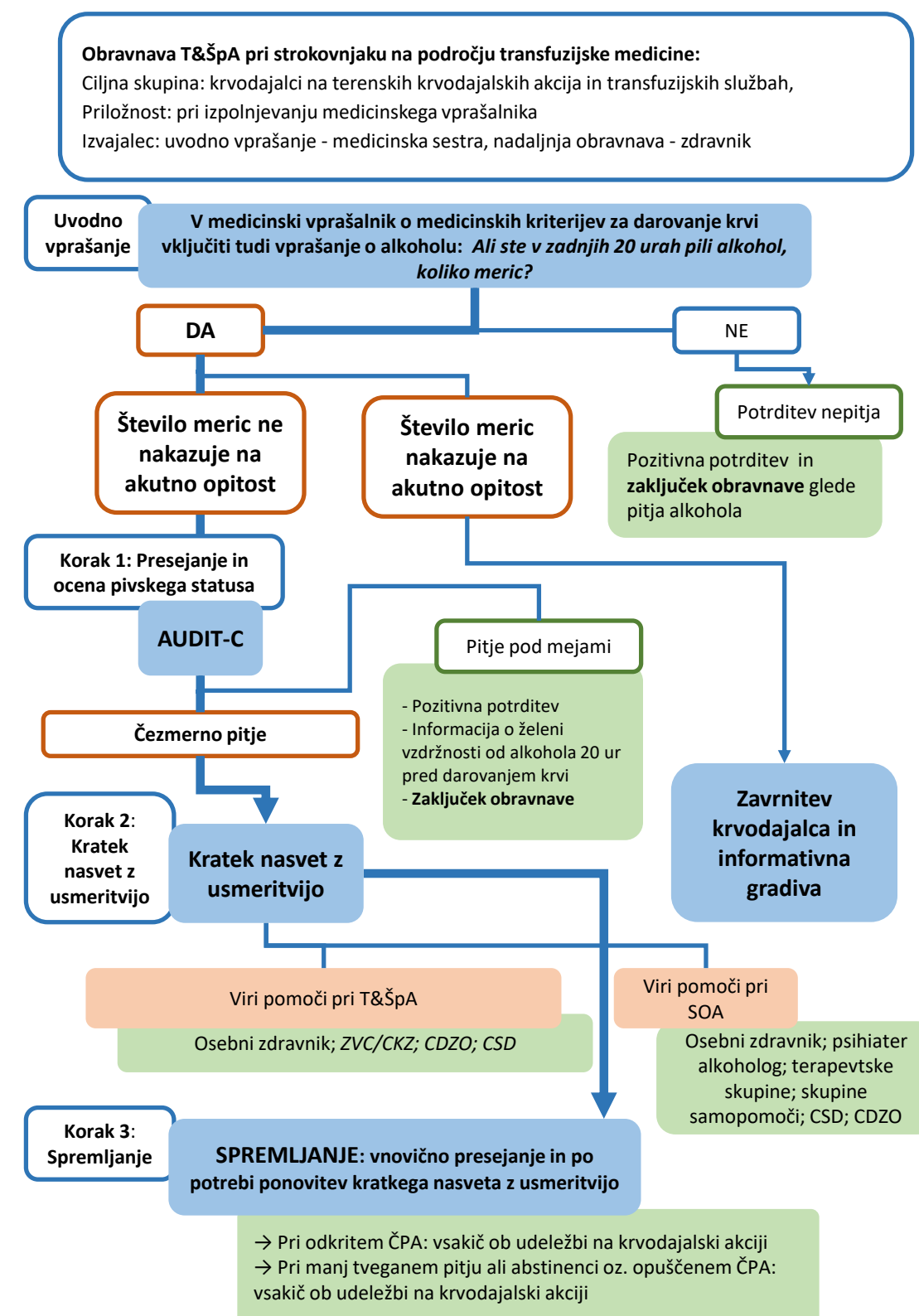
Pri odkritem ČpA: vsakič ob udeležbi na krvodajalski akciji.

Pri manj tveganem pitju ali abstinenci oz. opuščenem ČpA: vsakič ob udeležbi na krvodajalski akciji.

Opredelitev virov pomoči

Po ustrezni obravnavi glede na ugotovljeno pivsko vedenje se krvodajalca usmeri k ustreznim virom pomoči:

- Ob T&šPA bi krvodajalcu svetovali, naj se o svojem pitju alkohola pogovori s svojim osebnim zdravnikom, medicinsko sestro v referenčnih ambulantah ter mu posredovali gradivo o virih pomoči.
- Ob (sumu na) SOA se krvodajalca usmeri k osebnem izbranem zdravniku in izroči gradivo o virih pomoči v primeru SOA (podpora v skupinah samopomoči in terapevtskih skupinah ter možnost zdravljenja pri psihiatru alkoholologu).



Slika 1: Shema izvajanja kratkega ukrepa 2 na področju transfuzijske medicine.

Zaključki

Ključni poudarki

Za učinkovito naslavljanje pitja alkohola krvodajalcev je potrebna uvedba usposabljanja zaposlenih v transfuzijski službi za prepoznavanja T&špA, komunikacijskih veščin in izvedbo KU2 v obliki delavnic in seminarjev.

V transfuzijski službi je priporočeno, da se uporablja KU2. Če pridemo v stik z krvodajalcem, ki tvegano in škodljivo pije alkohol, ga informiramo o negativnih posledicah čezmernega pitja alkohola in prednostih opustitve čezmernega pitja alkohola ter ga usmerimo k ustreznim nadaljnjim virom pomoči.

S tem pripomoremo v transfuzijski službi k ozaveščanju krvodajalcev glede tveganega in škodljivega pitja alkohola.

Za boljšo učinkovitost pri podpori krvodajalcu za zmanjšanje čezmernega pitja alkohola je treba sodelovati z drugimi strokovnjaki oziroma ga usmeriti k nadaljnjim virom pomoči.

Literatura

1. Življenje teče, Jubilejna publikacija Ob 70.letnici transfuzijske dejavnost v Slovenij, 2015: 5-6
2. Z vami življenje teče dalje, Poročilo transfuzijske dejavnosti 2015-2016, Jubilejna publikacija ob 25. obletnici registra nesorodnih darovalcev krvotvornih matičnih celic Slovenija Donor, 2017: 4-5

Kratki ukrep 2 – KU2

Vsaj enkratni obisk: 3–5 minut pogovora o pitju alkohola:

→ **Presejanje, kratki nasvet z usmeritvijo naprej in morebitno spremljanje**

- V pogovor o skrbi za zdravje vključim tudi **vprašanja glede pitja alkohola**;
- ob zaznanem (čezmernem) pitju alkohola predstavim:
 - **znanstvena spoznanja** o negativnih posledicah pitja alkohola na zdravje in
 - **zdrave možnosti** skrbi zase;

izpostavim:

→ **čim manj, tem bolje, najbolje nič.**

- **Izrazim skrb** za pacientovo zdravje in vprašam po želji o spremembi.
- **Spodbudim k spremembi** in po potrebi **usmerim** na vire pomoči.
- Po možnosti **spremljam** napredek.

5.5. GASTROENTEROLOGIJA

Rado Janša, Tadeja Hočevar

Izhodišča

Pri svojem delu se gastroenterologi srečujemo s posledicami čezmernega pitja alkohola. Pitje alkohola predstavlja velik javnozdravstveni problem in pomemben dejavnik tveganja za mnoge sistemske bolezni ter bolezni prebavil. Alkohol ima negativne posledice na jetra, trebušno slinavko in prebavno cev (gastroenterološki ožji vplivi) (1–6). Možne zgodnje in t. i. kasne posledice škodljivega pitja alkohola so ciroza jeter, motnje strjevanja krvi, vnetje sluznice zgornjih prebavil, ulceracije, pomanjkanje vitaminov, okvara trebušne slinavke in vznik različnih malignomov, najpogostejše raka jeter (1–4). Pri boleznih jeter je alkohol lahko vzročni dejavnik. Kadar so te že prisotne, pa lahko negativno vpliva na njihov izid (7).

Alkohol vstopi v telo z uživanjem preko ust, le manjši delež se absorbira in metabolizira v ustni sluznici in sluznici zgornjega prebavnega trakta. V tankem črevesju poteka največja absorbcija alkohola v organizem, s krvjo pa nato potuje do drugih organov in se najbolj kopiči v tkivih z visoko vsebnostjo vode (7). Alkohol se v jetrih s pomočjo dveh encimov⁷ (etanolna oksidacija), ki sta različno prisotna (individualnost metabolizma) (1–4, 7).

Škodljivi vpliv alkohola na prebavila se kaže direktno – kot t. i. toksični učinek alkohola ali pa indirektno – kot sistemski vpliv, povzročen s trajnim in škodljivim pitjem alkohola (2–7).

Vsak dan je zaradi vzrokov, ki jih pripisujemo izključno alkoholu, v bolnišnico sprejetih deset oseb (8). Kot primer navedimo Klinični oddelek za gastroenterologijo Univerzitetnega kliničnega centa Ljubljana s preko 300 hospitalizacijami letno. Trend je v naraščanju (interni podatki).

Trenutno za obstoječi gastroenterološki kader potekajo interni izobraževalni sestanki glede somatskih, zelo redko pa tudi glede socialno-psiholoških posledic alkohola. Prav tako manjka izobraževanje o ustrezni podpori (ozaveščanja in usmerjanja ob težavah zaradi pitja alkohola) k nadaljnjim virom pomoči za opustitev (čezmernega) pitja alkohola. Izobraževanje in soočanje s to problematiko sicer poteka na vseh ravneh (medicinske sestre, zdravniki), vendar premalo strukturirano ali sistematično.

V času specializacije se mladi zdravniki obvezno izobražujejo na hepatološko usmerjenem kliničnem oddelku za gastroenterologijo (KOG) (obvezno kroženje) in drugih oddelkih. Tudi ti so premalo seznanjeni s socialno-psihološkim vidikom posledic in obravnave čezmernega pitja alkohola.

Ob sprejemu vsakega bolnika na kliniko je v rubriki anamneza – razvade in navade vprašanje glede pitja alkohola (količina in vrsta alkohola, pogostost, razlogi). To mora biti pri slehernem bolniku obvezno zavedeno. Ocena tveganosti temelji na priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije glede manj tveganega pitja alkohola pri odraslih zdravih ljudeh (9). Nadaljnja obravnava predvideva le informiranje o morebitni povezanosti vzroka obiska s pitjem alkohola in po presoji usmeritev v alkoholno ambulantno. Natančnejši protokol za to ne obstaja, prav tako na razpolago niso ozaveščevalna gradiva za paciente.

⁷ To sta:

- ADH (alkoholna dehidrogenaza) v acetaldehid (močno toksičen) – močnejši mtb od ALDH;
- ALDH (aldehidna dehidrogenaza) pav acetat (ni strupen, v tkivih se razgradi v CO₂ in vodo).

II PREDLOG OBRAVNAVE

Cilji obravnave

Krovni namen je zmanjšati alkoholno problematiko med pacienti, ki so v gastroenterološki obravnavi, in s tem vpliv na okolico in ožje družinske člane – zagotavljati preventivo pred škodljivimi učinki alkohola na okolico.

Ključni cilj je uspešna izvedba kratkega ukrepa 2: presejanje, izvedba kratkega nasveta z usmeritvijo k nadaljnjim virom pomoči in morebitno spremljanje na individualni ravni (v nadaljevanju opredeljen kratki ukrep 2 oz. KU2).

Ne glede na to, kakšen je pacientov odnos do pitja alkohola, je eden ključnih elementov obravnave pitja alkohola ozaveščanje – če pacient tega še ne ve –, da je na splošno priporočilo stroke glede pitja alkohola *čim manj ali nič*, pri posebej rizičnih osebah pa se pitje alkohola v celoti odsvetuje.

Ciljne skupine

Primarna ciljna skupina so pacienti v gastroenterološki obravnavi, bodisi ambulantni bodisi bolnišnični. Posebna ciljna skupina so pacienti, katerih težave so povezane s pitjem alkohola, in jim kot posebej rizičnim osebam pitje alkohola odsvetujemo. To so pacienti z jetrnimi boleznimi ter drugimi gastroenterološkimi boleznimi in bolniki, ki jemljejo različna zdravila. K posebej rizičnim skupinam štejemo še bolnike, ki imajo morda spremenjen metabolizem alkohola (alkoholizem v družinski anamnezi) (7).

Dodatna ciljna skupina so tudi svojci gastroenteroloških pacientov, ki imajo težave zaradi alkohola.

Potrebna specifična znanja za obravnavo

Za uspešno obravnavno tveganega in škodljivega pitja alkohola ter zasvojenosti z alkoholom je treba:

- poznati tveganja in posledice, povezane s tveganim in škodljivim pitjem alkohola, posebno na zdravje gastrointestinalnega trakta;
- poznati standardne merice oz. enote alkohola;
- poznati meje manj tveganega pitja;
- poznati razvrstitev oseb v kategorije glede na pivsko vedenje;
- znati postavljati vprašanja o pitju alkohola;
- oceniti, ali ima pacient težave z alkoholom;
- uporabljati specifična znanja in veščine ter orodja za odkrivanje tveganjih in škodljivih pivcev;
- znati aktivno poslušati in vzpostaviti empatičen odnos;
- prepoznati tvegano ali škodljivo pitje alkohola in postaviti sum na zasvojenost;
- znati ustrezno obravnavati bolnike, ki pijejo tvegano ali škodljivo ali so zasvojeni z alkoholom (kratek nasvet z elementi motivacijskega intervjuja, usmeritev v eventualno potrebno nadaljnjo obravnavo);
- znati spremljati vedenje, pivski status in napredek bolnika;
- povezovati se in sodelovati z drugimi strokovnjaki;
- kritično ovrednotiti svoje delo.

Potek obravnave

Pri gastroenterološki obravnavi pacientov se priporoča izvajanje kratkega ukrepa 2 (presejanje, kratek nasvet z usmeritvijo, eventualno spremljanje). Ukrep izvede specialist ali diplomirana medicinska sestra (DMS), ki naj bosta za to posebej usposobljena.

Presejanje (odkrivanje, prepoznavanje)

Vstopna točka je vsaka gastroenterološka ambulanta. Odkrivanje tveganega in škodljivega pitja alkohola je izvedljivo pri vsakem ambulantnem gastroenterološkem pregledu in sprejemu v bolnišnico ne glede na vzrok napotitve. Presejanje lahko izvede zdravnik ali ambulantna DMS. Podatki, ki vključujejo tudi količino, pogostost, vrsto in vzorec pitja alkohola, naj bodo sestavni del anamneze.

Potek presejanja: V pogovoru o življenjskih navadah pacientu najprej postavimo uvodno vprašanje: »Ali pijete alkohol?« Če bolnik odgovori, da alkohola ne pije, mu postavimo podvprašanje: »Od kdaj ne pijete več alkohola?« S tem vprašanjem pogosto odkrijemo, da vprašani ni abstinenc, kar pomeni, da postanejo aktualna nadaljnja vprašanja – o pogostosti, količini oziroma vzorcu pitja alkohola. To so vprašanja presejalnega vprašalnika AUDIT-C in obravnava se z njimi nadaljuje. Če se odsotnost pitja potrdi, se bolnikov odnos do pitja alkohola pozitivno potrdi in obravnava glede pitja alkohola se zaključí.

Če izid vprašalnika pokaže pitje znotraj mej manj tveganega pitja alkohola in ne gre za posebej rizično osebo, bolnikov odnos do pitja alkohola pozitivno potrdimo, povemo, da je priporočilo stroke glede pitja alkohola *čim manj ali nič* in obravnava glede pitja alkohola se zaključí.

Če izid vprašalnika pokaže čezmerno pitje ali pa gre, ne glede na izid vprašalnika, za posebej rizično skupino, kjer se odsvetuje kakršnokoli pitje alkohola (bolniki z različnimi jetrnimi boleznimi, boleznimi prebavne cevi in raki prebavil ... (7, 9), nadaljujemo z obravnavo.

Rezultat vprašalnika AUDIT-C naj bo sestavni del zdravstvene dokumentacije vseh pacientov, pri katerih je obstaja možnost, da je alkohol povezan z njihovimi težavami.

Kratek nasvet z usmeritvijo

Kadar v pogovoru o pitju alkohola ugotovimo, da gre za tvegano ali škodljivo pitje oziroma – v primeru posebej rizičnega bolnika – za kakršno koli pitje, izvedemo drugi korak: kratek nasvet z usmeritvijo.

Bolnika po principu motivacijskega intervjuja (Poglavje 2.1 – Zvezek I) informiramo o negativnih posledicah pitja alkohola na zdravje s poudarkom na tveganju za razvoj opredeljenih bolezni gastrointestinalnega trakta na eni in prednostih opustitve (čezmerne) pitja alkohola na drugi strani. Podamo mu osnovno priporočilo stroke glede pitja alkohola: *čim manj tem bolje, najbolje pa je nič*, oziroma posebej rizičnim osebam pitje alkohola odsvetujemo. Bolnika spodbudimo k opustitvi (čezmerne) pitja alkohola in mu po potrebi predstavimo aktualne nadaljnje vire pomoči.

Če gre za sum na SOA, bolnika usmerimo k nadaljnjim virom pomoči.

Spremljanje

Spremljanje pacientovega pivskega statusa izvajamo ob siceršnjih kontrolah in vključuje vnovično presejanje ter po potrebi ponovno podajanje kratkega nasveta z usmeritvijo k nadaljnjim virom pomoči. Glede na predhodno obravnavo glede pitja alkohola sledijo naslednji koraki.

Pitja alkohola bolnikov, pri katerih niso predvidene siceršnje nadaljnje kontrole, ne spremljamo.

Pri bolnikih, kjer so predvidene kontrole in svetovanje ni bilo potrebno, ker ob presejanju pitje ni bilo čezmerno oz. je bila pri posebej rizičnih skupinah ugotovljena abstinenca, spremljanje izvajamo ob vsaki kontroli. Spremljanje izvede specialist ali DMS.

Pri izvedenem kratkem nasvetu, če so predvidene kontrole, spremljanje izvedemo ob rednih kontrolah.

Pri sumu na SOA in usmeritvi v nadaljnjo obravnavo spremljanje izvajamo ob rednih kontrolah.

Spremljanje izvede specialist ali DMS.

Opredelitev virov pomoči

Po potrebi se bolnika usmeri k nadaljnjim virom pomoči:

- ob T&ŠpA: k zdravniku družinske medicine oziroma diplomirani medicinski sestri v ambulanto družinske medicine ali v zdravstvenovzgojni center oz. center za krepitev zdravja, na center za duševno zdravje odraslih;
- ob (sumu na) SOA: k psihiatru alkoholologu ali skupinam samopomoči (npr. Anonimnim alkoholikom) oz. v terapevtske skupine (npr. Žarek upanja, Abstinenc) na center za duševno zdravje odraslih;
- če gre za svojca bolnika, ki ima težave zaradi pitja alkohola: svojca informiramo o virih pomoči za osebo, ki ima težave zaradi alkohola, terapevtskih skupinah in skupinah samopomoči, ki nudijo podporo svojcem oseb, ki imajo težave zaradi pitja alkohola (npr. Al-Anon).

V primeru socialnih stisk osebe, ki ima težave zaradi alkohola, ali njihovih svojcev, velja usmeriti tudi na center za socialno delo.

Usmerjanje k nadaljnjim virom pomoči naj bo čim bolj konkretno: priporoča se, da bolnika po možnosti opremimo tudi z gradivi, ki so na voljo v ambulantni oz. čakalnici, ali ga usmerimo na spletne strani z ustreznimi viri pomoči.

Zlasti kadar gre za resnejši problem in bolnik sam izrazi tako željo ali pa se z našim nevsiljivim predlogom strinja, lahko kot spodbudo in podporo bolniku prvi stik z drugim strokovnjakom za izbiro termina srečanja izvedemo sami (npr. telefonski klic) v navzočnosti bolnika.

Ob pripravi izvida oziroma obvestila za osebne zdravnika je smiselno omeniti tudi pogovor o pitju alkohola. V izvidu in odpustnem pismu je treba zabeležiti, da smo zaznali tvegano in škodljivo pitje alkohola, ter izbranega zdravnika obvestiti o izvedenih ukrepih in priporočilu za nadaljnjo obravnavo.

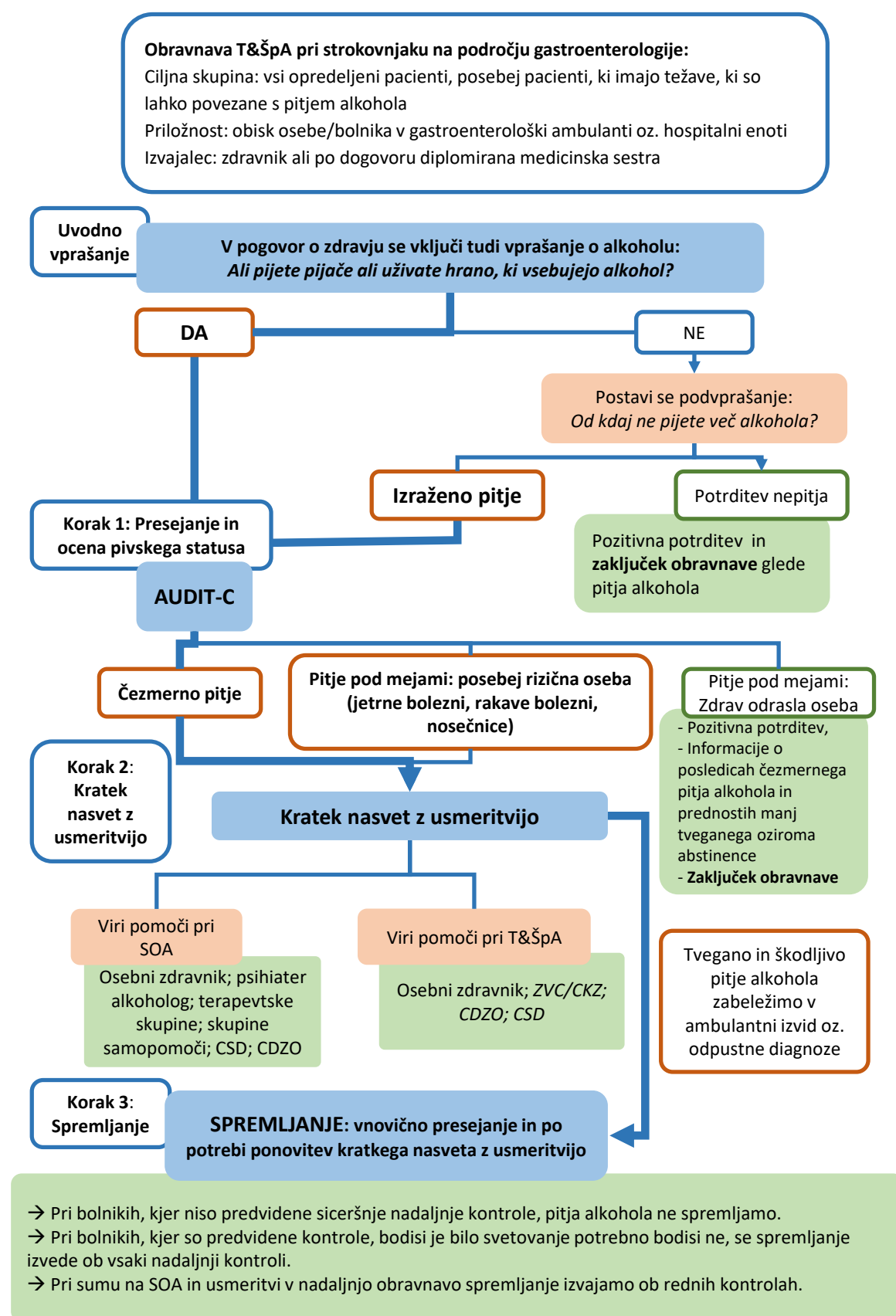
Zaključek

Za kompetentno in učinkovito naslavljanje pitja alkohola bolnikov je treba zagotoviti ustrezno usposabljanje zdravstvenega kadra.

Ciljna skupina za pridobitev ustreznih znanj in veščin so gastroenterologi in sodelavci na področju zdravstvene nege, vključeni v obravnavo bolnika, ki morajo biti za izvedbo kratkega ukrepa 2 posebej usposobljeni.

Izobraževanje bodočih kadrov v zvezi z alkoholno problematiko naj bo del rednega dodiplomskega študija. Obstoječe kadre bi izobrazili na seminarjih, kjer bi predstavili problem pitja alkohola s posebnim poudarkom na boleznih gastrointestinalnega trakta, potek kratkega ukrepa, znanja in veščine s področja motivacije pri pogovoru o pitju alkohola, poti napotitev k nadaljnjim virom pomoči. Zaradi aktualnosti problematike in vedno novih spoznanj o negativnih učinkih alkohola na zdravje človeka je treba zagotoviti obdobja srečanj in seminarje (lifelong learning program).

Hkrati je v okviru Slovenskega združenja za gastroenterologijo in hepatologijo treba sprejeti enoten pristop k naslavljanju alkoholne problematike bolnikov, ki so obravnavani pri gastroenterologih.



Slika 1: Shema izvajanja kratkega ukrepa 2 na področju gastroenterologije.

Ključni poudarki

Pitje alkohola je eden večjih javnozdravstvenih problemov in pomemben dejavnik tveganja za nastanek bolezni gastrointestinalnega trakta.

Vsak gastroenterološki pregled je, ne glede na razlog bolnikovega obiska, priložnost, da se v kontekstu zdravega življenjskega sloga bolnika povpraša tudi o pitju alkohola.

Osnovno ozaveščevalno sporočilo v pogovoru o pitju alkohola je priporočilo stroke: čim manj, tem bolje, *najbolje pa je nič*. Posebej ranljivim skupinam se pitje alkohola odsvetuje.

Priporočeno je, da se za naslavljanje pitja alkohola v gastroenteroloških ambulantah in bolnišničnih enotah redno izvaja kratki ukrep 2, ki zajema presejanje, podajanje kratkega nasveta z usmeritvijo k nadaljnjim virom pomoči in eventualno spremljanje pacientovega napredka.

Za večjo učinkovitost pri podpori bolniku za zmanjšanje čezmernega pitja alkohola je priporočeno sodelovanje z drugimi strokovnjaki oziroma usmerjanje bolnikov k nadaljnjim virom pomoči.

Za uspešno izvajanje kratkega ukrepa 2 je treba zagotoviti usposobljenost obstoječega in bodočega kadra, specialistov in sodelavcev zdravstvene nege gastroenterološkega tima.

S problematiko in vsebino se približajmo uporabnikom (vzgojno-izobraževalne ustanove, gastroenterološke ambulante, internistična, gastroenterološka, farmacevtska in sestrška združenja ipd.).

Kratki ukrep 2 – KU2

Vsaj enkratni obisk: 3–5 minut pogovora o pitju alkohola:

→ **Presejanje, kratki nasvet z usmeritvijo naprej in morebitno spremljanje**

- V pogovor o skrbi za zdravje vključim tudi vprašanja glede pitja alkohola;
- ob zaznanem (čezmernem) pitju alkohola predstavim:
 - **znanstvena spoznanja** o negativnih posledicah pitja alkohola na zdravje in
 - **zdrave možnosti** skrbi zase;
- izpostavim:
 - **čim manj, tem bolje, najbolje nič**.

- Izrazim skrb za pacientovo zdravje in vprašam po želji o spremembi.
- Spodbudim k spremembi in po potrebi usmerim na vire pomoči.
- Po možnosti spremljam napredek.

Literatura

1. Global Burden of Disease Cancer Collaboration. Fitzmaurice C, Allen C, Barber RM, Barregard L, Bhutta ZA, et al. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-years for 32 Cancer Groups, 1990 to 2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. *JAMA Oncol.* 2017;3(4):524-548.
2. Lambert R, Sauvaget C, de Camargo Cancela M, Sankaranarayanan R. Epidemiology of cancer from the oral cavity and oropharynx. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2011;(8):633-41.
3. Hashibe M, Brennan P, Benhamou S, Castellsague X, Chen C, et al. Alcohol drinking in never users of tobacco, cigarette smoking in never drinkers, and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *J Natl Cancer Inst.* 200;99(10):777-89.
4. Druesne-Pecollo N, Tehard B, Mallet Y, Gerber M, Norat T, Hercberg S, Latino-Martel P. Alcohol and genetic polymorphisms: effect on risk of alcohol-related cancer. *Lancet Oncol.* 2009;10(2):173-80.
5. Shaw R, Beasley N. Aetiology and risk factors for head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laryngol Otol.* 2016;130(S2):S9-S12.
6. Zorko M, Hovnik Keršmanc M, Macur m. Socialno-ekonomske neenakosti v povezavi s pitjem alkoholnih pijač. In: Koprivnikar H, Zorko M, Drev A, Hovnik Keršmanc M, Kvaternik I, Macur M, editors. *Uporaba tobaka, alkohola in prepovedanih drog med prebivalci slovenije ter neenakosti in kombinacije te uporabe.* Ljubljana: NIJZ, 2015: 207-39.
7. Košnik M in Štajer D (ur.): *Interna medicina – šesta izdaja.* Ljubljana: Medicinska fakulteta, Slovensko zdravniško društvo, 2021.
8. Lovrečič M in Lovrečič B. Ocena zdravstvenih posledic tveganega in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji v obdobju 2000-2010. V Zorko M, Hočevan T, Tančič Grum A, Kerstin Petrič V, Radoš Krnel S, Lovrečič M in Lovrečič B (Ur.). *Alkohol v Sloveniji. Trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko* (str. 56-76).

5.6. DENTALNA MEDICINA - ZOBOZDRAVSTVENA DEJAVNOST

Diana Terlević Dabić

Izhodišča

Zobozdravstvena dejavnost je namenjena vzdrževanju ustnega zdravja, preprečevanju bolezni in ponovnemu vzpostavljanju ustnega zdravja. Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje ustno zdravje kot pomemben sestavni del splošnega zdravja, celo več, kot nujno potreben element za blagostanje populacije (1), zato podobno tudi pri sodobni definiciji ustnega zdravja poleg odsotnosti bolezni izpostavlja z ustno votlino povezano kakovost življenja. Končni cilj zobozdravstvene oskrbe ni samo preprečevanje kariesa, parodontalne in drugih bolezni, temveč tudi prizadevanje za boljše psihosocialno zdravje ljudi (2). Ustne bolezni so velik javnozdravstveni problem zaradi visoke prevalence in visokih stroškov zdravljenja (3). Nekatere bolezni zob in ustne votline so v celoti preprečljive (karies in parodontalna bolezen), pri drugih je umrljivost zelo visoka (rak ustne votline). Na njihov začetek in razvoj je možno vplivati z javnozdravstvenimi ukrepi. Zobozdravniki v sodobnem zdravstvenem sistemu pridobivajo dodatne funkcije, kot so presejanje (screening), spremljanje nenalezljivih bolezni (diabetes, povišan krvni tlak, debelost, bolezni zasvojenosti ipd.), in imajo pomembno vlogo pri izobraževanju bolnikov o pomenu ustnega zdravja za splošno zdravje (4).

Pitje alkohola je eden večjih javnozdravstvenih problemov in pomemben dejavnik tveganja za mnoge sistemske bolezni ter bolezni ust in zob. Pri osebah, ki čezmernopijejo alkohol, je ugotovljena večja pojavnost parodontalne bolezni, kariesa in ustnih karcinomov (5, 6). Pri čezmernem pitju alkohola je kljub relativno dobri ustni higieni ugotovljena večja akumulacija plaka (5, 7).

Mnoge epidemiološke raziskave kažejo povečano tveganje za nastanek prekanceroznih sprememb pri osebah, pri katerih je ugotovljeno tvegano ali škodljivo pitje alkohola (T&ŠpA), v kombinaciji s kajenjem je tveganje še večje (5, 8). Tveganje za nastanek karcinoma je premosorazmerno s količino popitega alkohola. Pri osebah, ki pijejo čezmerno, je tveganje za nastanek ustnih karcinomov šestkrat večje kot pri abstinentih. Pri 75 % oseb, pri katerih je ugotovljen ustni karcinom, je prisotno čezmerno pitje alkohola (9).

Rak ustne votline in žrela je najpogostejši maligni tumor v skupini rakov glave in vratu in je po pogostosti na 6. mestu v Sloveniji. Letno odkrijemo več kot 300 novih bolnikov z rakom ustne votline in žrela, 60 % jih je že v napredovali fazi. Petletno preživetje pacientov z rakom ustne votline je v Sloveniji podobno kot v preostalem delu Evrope, 50,1-odstotno. Po statistiki Kliničnega oddelka za maksilofacialno kirurgijo UKC Ljubljana 80 % rakov ustne votline odkrijemo v zobnih ambulantah (4, 10).

V dodiplomski študij dentalne medicine posebne vsebine glede alkoholne problematike niso vključene. Prav tako ni dodatnih izobraževalnih vsebin, namenjenih alkoholni problematiki.

Trenutno v okviru redne zobozdravstvene prakse ne obstaja protokol odkrivanja tveganega in škodljivega pitja alkohola, zato se tudi ne izvaja.

Predlog obravnave

Cilji obravnave

- Krovni namen: zmanjšanje alkoholne problematike med uporabniki zobozdravstvenih storitev.
- Ključni cilj: uspešna izvedba kratkega ukrepa 2: presejanje, izvedba kratkega nasveta z usmeritvijo k nadaljnjim virom pomoči in morebitno spremljanje (v nadaljevanju opredeljen kratki ukrep 2 oz. KU2).

Ciljne skupine

Primarna ciljna skupina so uporabniki zobozdravstvenih storitev, mladostniki, mlajši odrasli, odrasli in starostniki. To so pacienti, ki redno obiskujejo zobozdravstveno ambulanto, pacienti s spremembami v ustni votlini, ki so lahko povezane s tveganim in škodljivim pitjem alkohola, ter na novo opredeljeni pacienti.

Potrebna specifična znanja za obravnavo

Za uspešno obravnavno tveganega in škodljivega pitja alkohola ter zasvojenosti z alkoholom je treba:

- poznati tveganja in posledice, povezane s tveganim in škodljivim pitjem alkohola;
- poznati standardne merice oz. enote alkohola;
- poznati meje manj tveganega pitja;
- poznati razvrstitev oseb v kategorije glede na pivsko vedenje;
- znati postavljati vprašanja o pitju alkohola;
- oceniti, ali ima pacient težave z alkoholom;
- uporabljati specifična znanja in veščine ter orodja za odkrivanje tveganih in škodljivih pivcev;
- znati aktivno poslušati in vzpostaviti empatičen odnos;
- prepoznati tvegano ali škodljivo pitje alkohola in postaviti sum na zasvojenost;
- znati ustrezno obravnavati paciente, ki pijejo tvegano ali škodljivo ali so zasvojeni z alkoholom (kratek nasvet z elementi motivacijskega intervjuja, usmeritev v nadaljnjo obravnavo);
- znati spremljati vedenje, pivski status in napredek pacienta;
- povezovati se in sodelovati z drugimi strokovnjaki;
- kritično ovrednotiti svoje delo.

Potek obravnave

V zobozdravstvenih ambulantah bomo uporabljali kratki ukrep 2 (KU2).

Vsebina tovrstnega ukrepa se nanaša na odkrivanje tveganega in škodljivega pitja alkohola, podajanje kratkega nasveta v obliki informacij o negativnih posledicah T&ŠpA in zdravstvenih priporočilih ter usmeritev posameznika, ki tvegano in škodljivo pije, k ustreznim nadaljnjim virom pomoči.

Izkušnje kažejo, da se pacienti dobro odzivajo na nasvete zobozdravnika (11), zato je smiselno, da ukrep izvede zobozdravnik. Na podlagi dogovora pa ga lahko izvede tudi ustrezno usposobljen zobozdravstveni asistent ali ustni higienik.

Presejanje (odkrivanje, prepoznavanje)

Vstopna točka je zobozdravstvena ambulanta med siceršnjo zobozdravstveno obravnavo, in sicer:

- kot del anamneze pri preventivnem pregledu,
- kot del anamneze pri novopredeljenem bolniku,
- kot redni del anamneze pri vsakem bolniku,
- ob bolnikovih težavah, ki bi lahko bile povezane s pitjem alkohola.

Potek presejanja: Za zobne ambulante je najbolj uporaben kratki vprašalnik o pitju alkohola AUDIT-C kot priloga vprašalnika o zdravju. Na ta način lahko opravimo presejanje in odkrijemo TpA ali ŠpA.

Če pacient odgovori, da ne pije alkohola, mu postavimo vprašanje: »Od kdaj ne pijete več alkohola?« To vprašanje se postavi zato, ker se nato pogosto izkaže, da vprašani ni abstinent, kar pomeni, da postanejo vprašanja AUDIT-C aktualna in se obravnava nadaljuje. Če se odsotnost pitja potrdi, se pacientov odnos do pitja alkohola pozitivno potrdi in obravnava glede pitja alkohola se zaključi.

Če izid vprašalnika pokaže čezmerno pitje ali pa se pacient uvrsti v rizično skupino, ki se ji odsvetuje kakršno koli pitje alkohola, nadaljujemo s kratkim nasvetom z usmeritvijo.

Kratek nasvet z usmeritvijo

Možne vstopne točke: Izvajanje kratkega nasveta je možno v okviru siceršnjega dela, vključno z vidikom usmerjanja k nadaljnjim virom pomoči.

Potek izvedbe nasveta: Če izid vprašalnika AUDIT pokaže čezmerno pitje, nadaljujemo s kratkim nasvetom z usmeritvijo. Predstavimo spoznanja o negativnih vplivih pitja alkohola na zdravje in zdrave možnosti skrbi zase. Izpostavimo, da je zaželeno piti alkohol v čim manjših količinah, najbolje pa se mu je odreči. Izrazimo skrb za pacientovo zdravje in vprašamo po želji o spremembi. Spodbudimo k spremembam in usmerimo k nadaljnjim virom pomoči. Gre torej za podajanje informacij o negativnih posledicah T&ŠpA in zdravstvenih priporočilih ter usmeritev posameznika, ki tvegano in škodljivo pije, k ustreznim nadaljnjim virom pomoči, po principu motivacijskega pogovora.

Spremljanje

Odkrito T&ŠpA naj bo zapisano v zobozdravstveno kartoteko in ob ponovnih obiskih pacienta v zobozdravstveni ambulanti spremljamo stanje. Ob ponovnih obiskih vprašamo, ali je prišlo do sprememb v zvezi s pijem alkohola, po potrebi ponovno uporabimo vprašalnik AUDIT in ponovimo kratek nasvet z usmeritvijo.

Stanje posameznikov, pri katerih je bilo odkrito čezmerno pitje alkohola, spremljamo vsako leto ob kontrolnih zobozdravniških pregledih. Pri pacientih, kjer ni bilo ugotovljeno čezmerno pitje alkohola ali so vmes opustili čezmerno pije alkohola, stanje spremljamo ob rednih zobozdravniških pregledih vsakih pet let.

Opredelitev virov pomoči

Po izvedenem kratkem nasvetu zobozdravnik pacienta usmeri k ustreznim virom pomoči:

- ob T&ŠpA: v izbrano ambulanto družinske medicine ali zdravstvenovzgojne centre;
- ob (sumu na) SOA: k psihiatru alkoholologu ali skupinam za samopomoč (npr. Anonimnim alkoholikom) oz. v terapevtske skupine.

Priporoča se, da pacienta po možnosti opremimo tudi z gradivi, ki so na voljo v ambulanti oz. čakalnici ali ga usmerimo na spletne strani z ustreznimi viri pomoči.

Zlasti kadar gre za resnejši problem in pacient sam izrazi tako željo ali pa se z nevsiljivim predlogom strinja, lahko kot spodbudo in podporo pacientu prvi stik z drugim strokovnjakom za izbiro termina srečanja izvedemo sami (npr. telefonski klic). To storimo v navzočnosti pacienta.

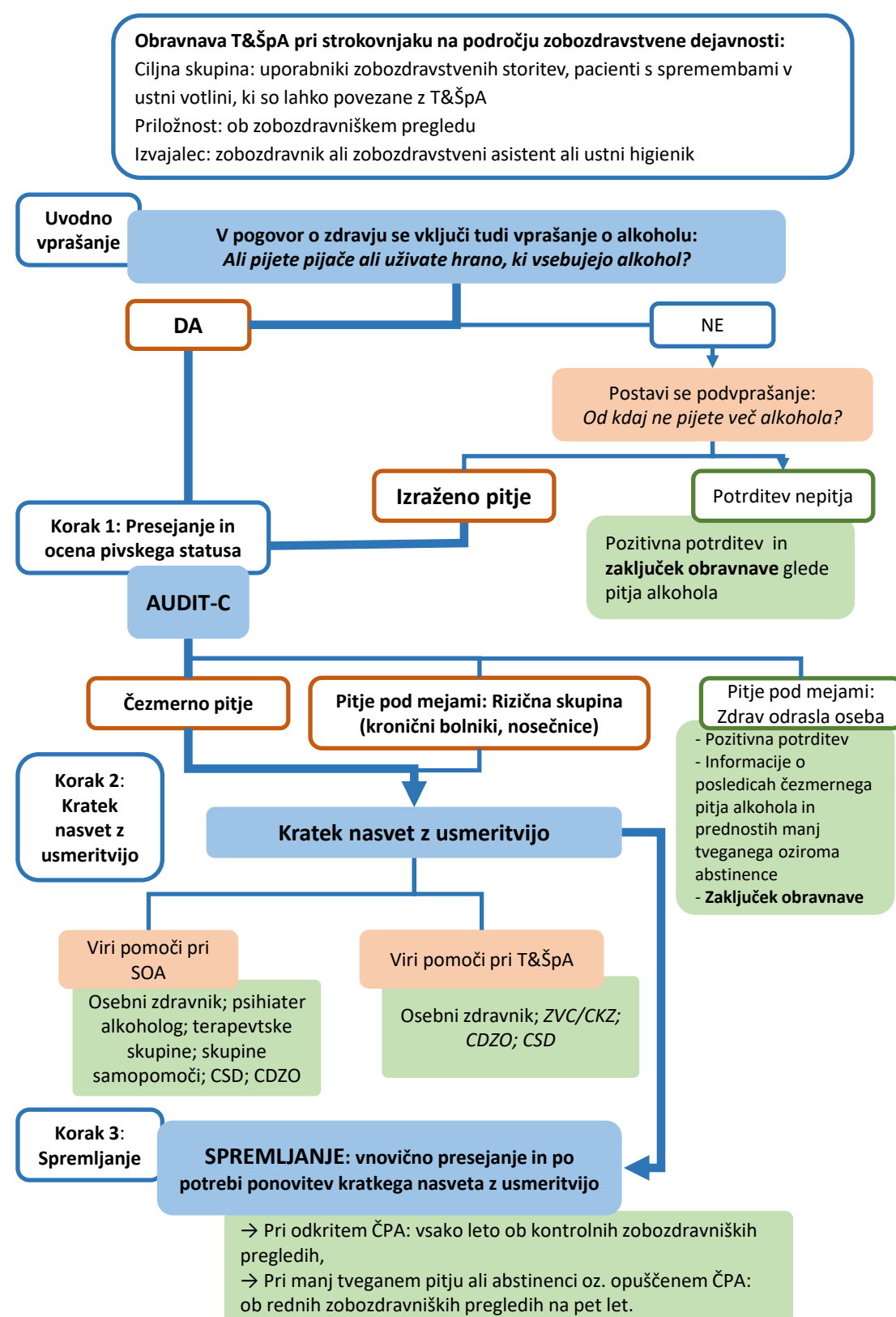
Zaključek

Za kompetentno in učinkovito naslavljanje pitja alkohola pacientov je treba zagotoviti ustrezno usposabljanje zobozdravstvenega kadra.

Na področju zobozdravstvene dejavnosti so za pridobitev potrebnih znanj in veščin ciljna skupina zobozdravniki in njihovi sodelavci zobozdravstveni asistenti in ustni higieniki, ki bi jih izobrazili za izvedbo kratkega ukrepa 2.

Izobraževanje bodočih kadrov v zvezi z alkoholno problematiko naj bo del rednega dodiplomskega študija.

Obstoječe kadre bi izobrazili na seminarjih, kjer bi predstavili problem, določili način presejanja, ukrepe, kot so kratek nasvet, motivacija in pogovor o vplivu pitja alkohola na zdravje s posebnim poudarkom na ustno zdravje, predstavitev poti napotitev k virom pomoči, obdobja srečanja in seminarje (lifelong learning program).



Slika 1: Shema izvajanja kratkega ukrepa 2 na področju zobozdravstvene dejavnosti.

Ključni poudarki

Pitje alkohola je eden večjih javnozdravstvenih problemov in pomemben dejavnik tveganja za mnoge sistemske bolezni in bolezni ust in zob. Pri osebah, ki čezmerno pijejo alkohol, je ugotovljena večja pojavnost parodontalne bolezni, kariesa in ustnih karcinomov (5, 6).

Zobozdravniki v sodobnem zdravstvenem sistemu pridobivajo dodatne funkcije, kot so presejanje (screening), spremljanje nenalezljivih bolezni (diabetes, povišan krvni tlak, debelost, bolezni zasvojenosti ...) in imajo pomembno vlogo pri izobraževanju bolnikov o pomenu ustnega zdravja za splošno zdravje (4).

Vsak zobozdravstveni pregled je, ne glede na razlog pacientovega obiska, priložnost, da se v kontekstu zdravega življenjskega sloga in navad pacienta povpraša tudi o pitju alkohola.

Priporočeno je, da se za naslavljanje pitja alkohola v zobozdravstvenih ambulantah uporablja kratki ukrep 2 (KU2).

Vsebinska tega ukrepa se nanaša na odkrivanje tveganega in škodljivega pitja alkohola, podajanje kratkega nasveta v obliki informacij o negativnih posledicah T&ŠpA in zdravstvenih priporočilih ter usmeritev posameznika, ki tvegano in škodljivo pije, k ustreznim nadaljnjim virom pomoči s spremljanjem stanja ob ponovnih pregledih.

Stanje posameznikov, pri katerih je bilo odkrito čezmerno pitje alkohola, spremljamo vsako leto ob kontrolnih zobozdravniških pregledih. Stanje pacientov, pri katerih ni bilo ugotovljeno čezmerno pitje alkohola ali so ga vmes opustili, spremljamo ob rednih zobozdravniških pregledih vsakih pet let.

Za večjo učinkovitost pri podpori pacientu za zmanjšanje čezmernega pitja alkohola je priporočeno sodelovati z drugimi strokovnjaki oziroma usmerjati paciente k nadaljnjim virom pomoči.

Za uspešno izvajanje kratkega ukrepa 2 je treba zagotoviti usposobljenost obstoječega in bodočega zobozdravstvenega kadra.

Kratki ukrep 2 – KU2

→ Presejanje, kratki nasvet z usmeritvijo naprej in morebitno spremljanje

Literatura

1. World Health Organization. Oral health in ageing societies. WHO: Integration of oral health and general health. World Health Organization 2006 [Internetna stran]. Pridobljeno 7. 3. 2018 s spletne strani: http://www.who.int/oral_health/events/Oral%20health%20report%202.pdf?ua=1.
2. Khairnar MR, Wadgave U, Khairnar SM. Effect of Alcoholism on Oral Health: A Review. Alcohol Drug Depend 2017; 5 (3), DOI: 10.4172/2329-6488.1000266.
3. World Health Organization. The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. World Health Organization, 2003 [Internetna stran]. Pridobljeno 7. 3. 2018 s spletne strani: http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf?ua=1.
4. Terlevič Dabić D. Vloga zobozdravnika - preventiva in zgodnje odkrivanje raka ustne votline. V: Kansky A (ur), Terlevič Dabić D (ur). Zobozdravnik vidi bolje. Zato lahko reši življenje. Ljubljana: Zbornik predavanj, 18. marec 2017. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, 2017, str. 6-10.
5. Grocock R. The relevance of alcohol to dental practice. Brit Dent J 2018; 223(12): 895-9.
6. Peycheva K, Botev E. Effect of alcohol on oral health. Acta Medica Bulgarica 2016; 43 (1): 71-7.
7. Wang J, Lv J, Wang W, Jiang X. Alcohol consumption and risk of periodontitis: a meta-analysis. J Clin Periodontol 2016; 43: 572-83.
8. NHS. Alcohol misuse and oral health. In: Delivering better oral health: an evidence-based toolkit for prevention (third edition). Public Health England 2017, 63-8.
9. American Cancer Society. Alcohol use and cancer 2017 [Internetna stran]. Pridobljeno 7. 3. 2018 s spletne strani: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-causes/diet-physical-activity/alcohol-use-and-cancer.html>.
10. Terlevič Dabić D, Kansky A. Zobozdravnik vidi bolje – zato lahko reši življenje. Isis 2018; 27 (3): 40-3.
11. Terlevič Dabić D, Kansky A. Pravočasen pregled ustne votline lahko reši življenje. Isis 2015; 24 (2): 13-6.

5.7. KARDIOLOGIJA

Luka Lipar in Luka Vitez

Izhodišča

Srčno-žilne bolezni predstavljajo vodilni vzrok umrljivosti in smrtnosti na svetu (1). Njihov glavni proces predstavlja ateroskleroza, ki nastane zaradi degenerativnega procesa na arterijah, sproženega z oksidativnim stresom in kroničnim vnetnim odzivom. Dejavniki tveganja, ki vplivajo na nastanek ateroskleroze, so kajenje, sladkorna bolezen, arterijska hipertenzija, povišane vrednosti holesterola, debelost, družinska obremenjenost s srčno-žilnimi boleznimi, pomanjkanje fizične aktivnosti in čezmerno pitje alkohola (2). Leta 2016 smo alkoholu pripisali 2,8 milijona smrti, kar ga med povzročitelji uvršča na skupno sedmo mesto z 2,2 % smrti žensk in 6,8 % moških (3). Kljub kontroverznemu področju raziskav, ki so nakazovale morebitni zaščitni učinek pitja manjših količin alkohola za nastanek kardiovaskularnih bolezni, je čezmerno pitje jasno povezano s povečanim tveganjem za obolevnost in umrljivost (4–6). Smrt zaradi ishemične bolezni srca je kar za 65 % višja pri moških in več kot dvakrat višja pri ženskah, ki alkohol pijejo čezmerno (7).

Povezava med alkoholom in srčno-žilnimi boleznimi je zapletena. Odvisna je od količine in vzorca pitja alkohola. Evropske smernice za preventivo srčno-žilnih bolezni varno zgornjo mejo pitja alkoholnih pijač postavljajo pri 100 g čistega alkohola oz. 10 mericami alkohola tedensko (1 merica je enako 100 ml vina, 250 ml piva in 30–50 ml žgane pijače) (8). Čezmerno pitje je povezano s povečanim tveganjem za pojav koronarne bolezni, možganske kapi, srčnega popuščanja, aritmij in drugih manj pogostih kardiovaskularnih bolezni (5). Ravno nasprotno abstinenca od alkohola dokazano zmanjšuje krvni tlak in indeks telesne mase (9, 10). Na obolevnost in umrljivost vpliva tudi vzorec pitja alkohola; verižno opijanje (angl. binge drinking) je povezano z višjim tveganjem za nenadno srčno smrt ali možgansko kap (11). Zaradi nepopolnosti študij, ki so želele dokazati pozitivne učinke alkohola na srčno-žilni sistem, lahko z gotovostjo trdimo, da nobena meja pitja alkohola ni varna za človekovo zdravje (8, 9).

Kardiologi se v ambulantah in na bolnišničnih oddelkih redno srečujemo z bolniki, ki pijejo alkohol. Vsi so starejši od 18 let in imajo postavljen sum ali že znano srčno-žilno bolezen. Vprašanje o količini, vrsti in vzorcu pitja alkohola bi moralo biti sestavni del vsake anamneze. Prav tako bi moral kardiolog bolnika poučiti, da je alkohol energijsko gost (7 kcal/g) in brez hranile vrednosti (8).

O vplivih alkohola na srčno-žilni sistem se zdravniki poučimo v času dodiplomskega študija, medtem ko se na kasnejših stopnjah kardiološkega izobraževanja vidik vpliva alkohola izgubi. Razlog je zagotovo kopica novega specialističnega znanja, ki jo mora diplomirani doktor medicine osvojiti po končanem študiju. Priložnost za pridobivanje novih znanj predstavljajo dodatna izobraževanja, delo v nevladnih organizacijah in kongresi, kjer se tematike dotikajo preventive in tveganih vedenj za zdravje.

Evropske smernice za preventivo srčno-žilnih bolezni dokaj natančno naslavlja priporočila za preprečevanje tveganega pitja alkohola na različnih ravneh (8). Alkohol uvrščajo med spremenljive dejavnike tveganja za pojav srčno-žilnih bolezni in priporočajo intervencije tako na področju zaznane tveganega vedenja kot sprejemanja zdravstvenih politik (povišanje trošarin na alkoholne pijače, omejevanje dostopa do alkoholnih pijač, prepovedi oglaševanja in promocije alkohola ipd.). Slednje so se dolgoročno izkazale kot stroškovno učinkovite (8).

Trenutno je na področju kardiologije naslavljanje alkoholne problematike v sklopu rednih delovnih nalog zapostavljeno. Zaradi ozkih časovnih okvirov pregledov v ambulantni in obilice dela na bolnišničnih oddelkih je časa za poglobljeno anamnezo in pogovor z bolnikom o alkoholu zelo malo. V primeru zaznanega tveganega ali škodljivega pitja alkohola zdravniki trenutno nimamo natančnih navodil, kako ravnati s takim bolnikom in smo tako prepuščeni lastni presoji in iznajdljivosti. S tovrstnim

priročnikom želimo kardiologom približati problematiko tveganega in škodljivega pitja alkohola, jih opremiti z uporabnimi orodji za odkrivanje tovrstnega vedenja in jim prikazati klinično pot nadaljnje obravnave.

Predlog obravnave

Cilji obravnave

Krovni namen: ozavestiti bolnike s srčno-žilnimi boleznimi, ki tvegano ali škodljivo pijejo alkohol, o tveganju, povezanim s (čezmernim) pitjem alkohola in pozitivnih vidikih opustitve (čezmernega) pitja; bolnike informirati o virih pomoči in jih motivirati za opustitev tveganega ali škodljivega pitja alkohola.

Ključni cilj: uspešna izvedba kratkega ukrepa 2 (KU2), tj. presejanja, kratkega nasveta z usmeritvijo k nadaljnjim virom pomoči in morebitnega spremljanja ob kontrolnih pregledih.

Ciljne skupine

Ciljna skupina so vsi bolniki, ki so deležni obravnave kardiologa v ambulantnem ali bolnišničnem okolju.

Ciljna skupina v zdravstveni sistem vstopa zaradi suma ali že znane srčno-žilne bolezni. To je skupina ljudi, ki ima običajno enega ali več dejavnikov tveganja za nastanek srčno-žilne bolezni. Vsakega od njih moramo v okviru strukturirane anamneze pri področju razvad vprašati o količini, vrsti in vzorcu pitja alkohola.

Potrebna specifična znanja za obravnavo

Za uspešno obravnavno tveganega in škodljivega pitja alkohola ter zasvojenosti z alkoholom je treba:

- poznati tveganja in posledice, povezane s tveganim in škodljivim pitjem alkohola;
- poznati standardne merice oz. enote alkohola;
- poznati meje manj tveganega pitja;
- poznati razvrstitev oseb v kategorije glede na pivsko vedenje;
- znati postavljati vprašanja o pitju alkohola;
- oceniti, ali ima pacient težave z alkoholom;
- uporabljati specifična znanja in veščine ter orodja za odkrivanje tveganih in škodljivih pivcev;
- znati aktivno poslušati in vzpostaviti empatičen odnos;
- prepoznati čezmerno pitje;
- znati ustrezno obravnavati paciente, ki pijejo tvegano ali škodljivo ali so zasvojeni z alkoholom (kratek nasvet z elementi motivacijskega intervjuja, usmeritev v nadaljnjo obravnavo);
- znati spremljati pacientovo vedenje, pivski status in napredek;
- povezovati se in sodelovati z drugimi strokovnjaki;
- kritično ovrednotiti svoje delo.

Potek obravnave

Kratki ukrep 2 je sestavljen iz treh ključnih korakov: presejanja, kratkega nasveta z usmeritvijo in spremljanje.

Presejanje (odkrivanje, prepoznavanje)

Odkrivanje in prepoznavanje tveganega in škodljivega pitja alkohola je mogoče ob vsakem ambulantnem pregledu ali sprejemu na bolnišnični oddelek ne glede na vzrok prihoda. Presajanje lahko opravi zdravnik, diplomirana medicinska sestra ali študent medicine. Pri jemanju anamneze bolnika povprašamo o količini, pogostosti, vrsti in vzorcu pitju alkohola. Če pacient odgovori, da ne pije alkohola, mu postavimo vprašanje: »*Od kdaj ne pijete več alkohola?*«. To vprašanje se postavi zato, ker se nato pogosto izkaže, da vprašani ni abstinent in ga moramo vključiti v nadaljnje presajanje. Če se odsotnost pitja potrdi, se obravnava glede pitja alkohola zaključí.

Če zaznamo možnost tveganega ali škodljivega pitja, mu ponudimo vprašalnik AUDIT-C (Priloga 1 – Zvezek I). Če rezultat pokaže čezmerno pitje, nadaljujemo s svetovanjem oz. kratkim nasvetom z usmeritvijo k nadaljnjim virom pomoči.

Kratek nasvet z usmeritvijo

V primeru rezultata AUDIT-C 5 ali več za ženske in 6 ali več za moške zdravnik izvede kratek nasvet z usmeritvijo.

- Opravi pogovor z bolnikom o posledicah tveganega in škodljivega pitja alkohola na srčno-žilni sistem in zdravje nasploh. Pri tem izrazi skrb za bolnikovo zdravje in ga povpraša o želji po spremembi.
- Poskuša se držati načela: čim manj, tem bolje, najbolje pa nič.
- Ponudi gradivo o tveganem in škodljivem pitju alkohola ter njegovih posledicah na srčno-žilni sistem in zdravje. V gradivo so vključene tudi prednosti prenehanja (čezmernega) pitja alkohola za zdravje.
- Bolnika usmeri k dodatnim virom pomoči za tvegano in škodljivo pitje alkohola; izbranemu zdravniku oz. zdravniku družinske medicine, diplomirani medicinski sestri v ambulantni zdravnik družinske medicine ali ZVC na individualno svetovanje.
- Tvegano ali škodljivo pitje alkohola zabeležimo v anamnezo in v odpustne diagnoze.
- Ob sumu na SOA bolnika uradno napotimo k specialistu psihiatru za zdravljenje zasvojenosti z alkoholom. V času hospitalizacije je na voljo tudi konziliarni posvet ali pregled psihiatra.

Dodatni nasveti:

- Ob doseganju kriterijev tveganega ali škodljivega pitja alkohola je priporočljivo, da v obravnavo vključimo tudi svojce. Slednji so pomembni za nudenje celovite obravnave bolnikovega zdravljenja in pomoč pri izvajanju morebitnih ukrepov oz. priporočil.
- Priporočljivo je sodelovanje s patronažno službo in Centrom za socialno delo v primeru prisotnosti socialnih ovir.
- Pomisliti moramo tudi na morebitno prisotnost nasilja v družini in temu primerno usmeriti ukrepanje.

Spremljanje

Ob ponovnem pregledu v ambulantni ali ponovni hospitalizaciji bolnika z zabeležko o tveganem ali škodljivem pitju alkohola povprašamo o morebitnem napredku in trenutnem pitju alkoholnih pijač,

po potrebi ponovno ponudimo vprašalnik AUDIT-C in izvedemo kratek nasvet oziroma usmerimo k nadaljnjim virom pomoči (specialist družinske medicine, diplomirana medicinska sestra v ambulantni zdravnik družinske medicine, ZVC, specialist za zdravljenje zasvojenosti z alkoholom).

Zaključki

Potrebno za sistemsko implementacijo

1. Konsenz stroke

Delovna skupina zdravnikov specialistov kardiologije, ki se ukvarjajo s področjem preventivne kardiologije znotraj Združenja kardiologov Slovenije, naj se posvetuje o konsenzu o predlaganih ukrepih za odkrivanje, podporo in sodelovanje med posameznimi strokami pri naslavljanju alkoholne problematike.

2. Diseminacija ukrepov

a) Izobraževanja specialistov in specializantov, ki krožijo na kardioloških oddelkih

Predlagamo popoldansko 2–3-urno izobraževanje s tremi razpoložljivimi termini.

Teme: preventiva v kardiologiji, tvegano in škodljivo pitje alkohola, posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola na srčno-žilni sistem, predstavitev protokolov odkrivanja in podpore, vloga zdravnika. Izobraževanja ZZZS vrednoti kot točke za izobraževanje.

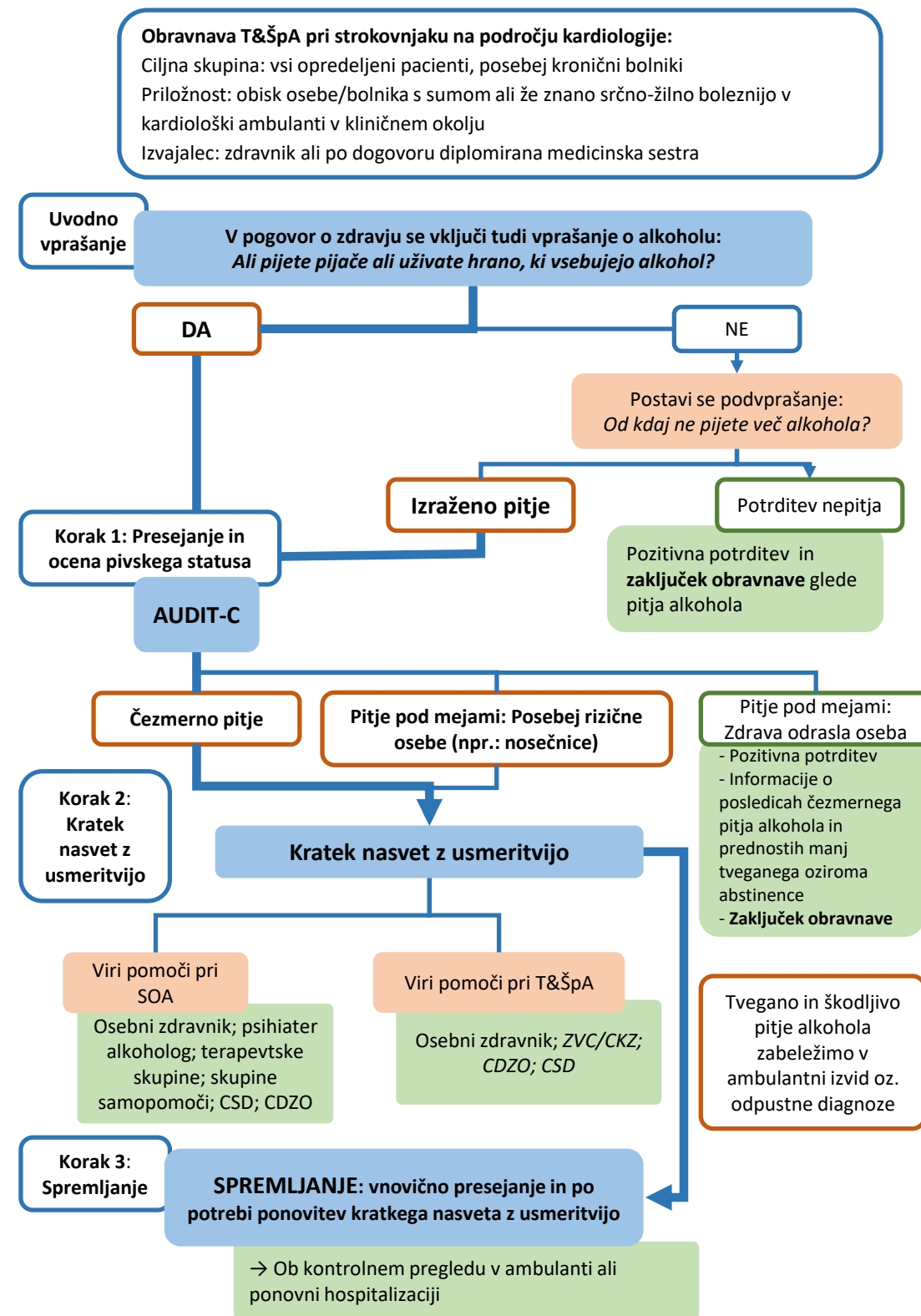
b) Izobraževanja diplomiranih medicinskih sester

Predlagamo popoldansko 2–3-urno izobraževanje s tremi razpoložljivimi termini.

Teme: preventiva v kardiologiji, tvegano in škodljivo pitje alkohola, posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola na srčno-žilni sistem, predstavitev protokolov odkrivanja in podpore, vloga diplomiranih medicinskih sester v procesu.

c) Izobraževanja študentov medicine:

Ob opravljanju vaj se študente medicine na kardiološkem oddelku uvede v sistem za odkrivanje tveganega in škodljivega pitja alkohola (pozornost pri jemanju anamneze in uporaba vprašalnikov za odkrivanje v primeru suma na tvegano ali škodljivo pitje alkohola).



Slika 1: Shema izvajanja kratkega ukrepa 2 na področju kardiologije.

Ključni poudarki

- Čezmerno pitje alkohola predstavlja pomemben dejavnik tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni.
- Pravočasno odkrivanje in učinkovito ukrepanje lahko opravimo s pomočjo kratkega ukrepa 2, ki je sestavljen iz treh korakov: presejanja, kratkega nasveta in spremljanja.
- Pri izvajanju ukrepa igra ključno vlogo povezovanje med posameznimi izvajalci zdravstvene dejavnosti (kardiolog, zdravnik družinske medicine, diplomirana med. sestra v ambulanti družinske medicine, zdravstvenovzgojni center).
- Za doseganje dolgoročnih rezultatov je pomemben konsenz stroke za sistemsko uvedbo predlaganih ukrepov.

Kratki ukrep 2 – KU2

Vsaj enkratni obisk: 3–5 minut pogovora o pitju alkohola:

→ Presejanje, kratak nasvet z usmeritvijo naprej in morebitno spremljanje

- V pogovor o skrbi za zdravje vključim tudi **vprašanja glede pitja alkohola**;
- ob zaznanem (čezmernem) pitju alkohola predstavim:
 - **znanstvena spoznanja** o negativnih posledicah pitja alkohola na zdravje in
 - **zdrave možnosti** skrbi zase;
 izpostavim:
 - **čim manj, tem bolje, najbolje nič.**
- **Izrazim skrb** za pacientovo zdravje in vprašam po želji o spremembi.
- **Spodbudim k spremembi** in po potrebi **usmerim** na vire pomoči.
- Po možnosti **spremljam** napredek.

Literatura

1. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. *J Am Coll Cardiol.* 2020;76(25):2982-3021.
2. Chiva-Blanch G, Arranz S, Lamuela-Raventos RM, Estruch R. Effects of wine, alcohol and polyphenols on cardiovascular disease risk factors: evidences from human studies. *Alcohol Alcohol.* 2013;48(3):270-7.
3. Griswold MG, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen SRM, et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet.* 2018;392(10152):1015-35.
4. Bell S, Daskalopoulou M, Rapsomaniki E, George J, Britton A, et al. Association between clinically recorded alcohol consumption and initial presentation of 12 cardiovascular diseases: population based cohort study using linked health records. *BMJ.* 2017;356:j909.
5. Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, Willeit P, Warnakula S, et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *The Lancet.* 2018;391(10129):1513-23.
6. Costanzo S, Di Castelnuovo A, Donati MB, Iacoviello L, de Gaetano G. Alcohol consumption and mortality in patients with cardiovascular disease: a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol.* 2010;55(13):1339-47.
7. Brien SE, Ronksley PE, Turner BJ, Mukamal KJ, Ghali WA. Effect of alcohol consumption on biological markers associated with risk of coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of interventional studies. *BMJ.* 2011;342:d636.
8. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2021;42(34):3227-337.
9. Holmes MV, Dale CE, Zuccolo L, Silverwood RJ, Guo Y, et al. Association between alcohol and cardiovascular disease: Mendelian randomisation analysis based on individual participant data. *BMJ.* 2014;349:g4164.
10. Millwood IY, Walters RG, Mei XW, Guo Y, Yang L, et al. Conventional and genetic evidence on alcohol and vascular disease aetiology: a prospective study of 500 000 men and women in China. *The Lancet.* 2019;393(10183):1831-42.
11. Britton A, McKee M. The relation between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe: explaining the paradox. *J Epidemiol Community Health.* 2000;54(5):328-32.

5.8. URGENTNA MEDICINA

Gregor Prosen, Tadeja Hočevnar

Izhodišča

Natančnih podatkov o patologiji, povezani s čezmernim pitjem alkohola, v urgentni medicini (UM) v Sloveniji nimamo. Novoustanovljeni urgentni centri (UC) teh podatkov specifično ne zbirajo, prav tako zaradi (neurejenosti) modela plačevanja zdravniki nismo dosledni pri šifriranju končnih diagnoz, kjer bi se vpliv alkohola lahko prepoznal in sistematiziral. Edina rubrika, ki v sistemu Nujne medicinske pomoči (NMP) trenutno zajema podatke o alkoholu, je protokol prehospitalne intervencije. Tam je možno označiti, ali je bil v nesreči/bolezni/dogodku vpleten tudi alkohol. A v letnem modelu poročanja perifernih enot Ministrstvu za zdravje o številu in naravi prehospitalnih intervencij te informacije niso zajete.

Iz napisanega sledi, da je področje v Sloveniji neurejeno oz. se sistematični ukrepi na to temo ne izvajajo. Prav tako v našem okolju UM še ni bila izvedena nobena raziskava o zmožnosti oz. uspešnosti kratkih intervencij v primeru škodljivega pitja alkohola v UM.

Svetovni viri navajajo letne izgube desetih milijard dolarjev zaradi škodljivega pitja alkohola in zlorabe sistema urgence; od stroškov poškodb in invalidnosti, izgube delazmožnosti, uporabe virov idr. (1).

A obenem v okolju UC v tujini poročajo o uspešnosti kratkotrajnih intervencij za zmanjševanje škodljivega vpliva alkohola; tuji kolegi so razvili različna orodja, vprašalnike, predvsem pa poti napotitve teh pacientov (2–3).

Zelo zanimivo in v določenih pogledih uspešno je ukrepanje s kratico SBIRT (angl. screening, brief intervention, referral to treatment), ki ga v Veliki Britaniji izvajajo medicinske sestre v UC (2).

UC je zaradi velikega števila obravnavanih pacientov, zelo različne demografske strukture pa tudi različnih vzrokov za prihod na nek način idealna strukturna mreža za identifikacijo pacientov, ki čezmerno pijejo alkohol.

Dokazano učinkovite kratke intervencije se lahko pričnejo že v UC, predvsem v smislu identificiranja bolnikov za napotitve v nadaljnje obravnave (3–6).

Trenutno v različnih enotah UC delo opravljajo zdravniki specialisti/specializanti različnih strok. Urgentna medicina (UM) je kot samostojni predmet v kurikulumu zastopana le na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru. Od študijskega leta 2021/22 je predstavljena kot obvezni predmet v 5. letniku študija medicine. Kurikulum trenutno ne vključuje sistematično opredeljene obravnave čezmernega pitja alkohola.

Pristop SOPA predstavlja primer sistematičnega pristopa k alkoholni problematiki našega socialnega okolja in zajema tudi delovišča v UM.

Predlog obravnave

Obravnava pitja alkohola v okviru UM bi se lahko izvajala kot kratki ukrep 2 (v nadaljevanju KU2) v dveh korakih. Vsebina tovrstnega ukrepa se nanaša na (1) odkrivanje pitja alkohola (presejanje) in (2) kratek nasvet s podajanjem informacij o negativnih posledicah (čezmernega) pitja alkohola in zdravstvenih priporočilih oz. prednostih opustitve ter eventualno potrebnim usmerjanjem k nadaljnjim virom pomoči. Siceršnji tretji korak tovrstne obravnave – spremljanje pacientovega pivskega vedenja – zaradi narave obiska v UC (enkratni obisk) ni možno.

Cilji obravnave

Namen obravnave pitja alkohola pri pacientih je preprečevati in zmanjšanjevati problematiko, povezano s pitjem alkohola.

Glavni cilj je ozaveščanje pacientov, katerih obravnava v UC je povezana z njihovimi težavami zaradi pitja alkohola, o alkoholni problematiki. Gre za uspešno izvedbo KU2, ki vključuje presejanje in podajanje kratkega nasveta z usmeritvijo k nadaljnjim virom pomoči.

Ciljne skupine

Ciljna skupina obravnave glede pitja alkohola so vsi pacienti, katerih vzroki obiska v UC so lahko povezani s pitjem alkohola.

V odsotnosti objektivnih podatkov bi lahko uporabnike, ki bi potrebovali KU2, izkustveno razdelili na tri poglavitne skupine:

- akutno opiti,
- (zavestni) oboleli/poškodovanci, pri katerih je alkohol vplival/doprinesel k bolezni/poškodbi, in
- psihiatrični bolniki, kjer je alkohol zgolj sodejavnik.

V odsotnosti objektivnih podatkov lahko mirno zapišemo, da je število pacientov iz prve skupine najnižje. Slednji so samo vrh ledene gore socialnega in zdravstvenega davka čezmernega pitja alkohola v Sloveniji. Z vidika sistema NMP v veliki večini v UC potrebujejo le opazovanje in varno prebuditev iz alkoholnega opoja. Opažamo, da je manjša skupina teh pacientov rednih obiskovalcev urgenc, ki v osnovi trpijo za SOA in verjetno za dodatno psihopatologijo.

Zaskrbljujoče je opažanje, da sicer manjši, a konsistentni delež v tej skupini predstavljajo adolescenti ali celo starejši otroci. Slednji so prav gotovo skupina, ki bi morala biti deležna ustreznega ukrepa, predvsem pa dolgotrajnega spremljanja.

Pacienti v tretji skupini so specifični, ker je akutni alkoholni opoj in/ali SOA pridružen dodatni psihopatologiji. Ta skupina je v sistemu NMP relativno velika.

A verjetno najštevilčnejša je druga skupina; poškodovanci/oboleli, ki se po pomoč zatečejo v UC, obenem pa (lahko) prepoznamo vplive ali vsaj dejavnike tveganja za škodljivo pitje alkohola.

Dodatna ciljna skupina so lahko svojci oseb, ki imajo težave zaradi alkohola (npr. ob obravnavi zaradi družinskega nasilja).

Potrebna specifična znanja za obravnavo

Za uspešno obravnavno tveganega in škodljivega pitja alkohola ter zasvojenosti z alkoholom je treba:

- poznati tveganja in posledice, povezane s tveganim in škodljivim pitjem alkohola;
- poznati standardne merice oz. enote alkohola;
- poznati meje manj tveganega pitja;
- poznati razvrstitev oseb v kategorije glede na pivsko vedenje;
- znati postavljati vprašanja o pitju alkohola;
- oceniti, ali ima pacient težave z alkoholom;

- uporabljati specifična znanja in veščine ter orodja za odkrivanje tveganih in škodljivih pивcev;
- znati aktivno poslušati in vzpostaviti empatičen odnos;
- znati prepoznati tvegano in škodljivo pitje alkohola in postaviti sum na zasvojenost;
- znati ustrezno obravnavati paciente, ki pijejo tvegano ali škodljivo ali so zasvojeni z alkoholom (kratek nasvet z elementi motivacijskega intervjuja, usmeritev v nadaljnjo obravnavo);
- kritično ovrednotiti svoje delo.

Potek obravnave

Presejanje (odkrivanje, prepoznavanje)

Možne vstopne točke za izvedbo KU2

V urgentni medicini za zdravnike obstajata dve poglavitni skupini delovišč: prehospitarna NMP (tj. ekipe reanimobila z zdravnikom, angl. MoE-REA) in znotrajhospitarna NMP, tj. urgentni centri (UC). Slednji so razdeljeni na Enoto za hitre preglede (EHP), Enoto za bolezni (EzB) in Enoto za poškodbe (EzP).

Možne vstopne točke za izvedbo KU2 so vse enote UC: EHP, EzB in EzP ob vsakem stiku zdravnika oziroma medicinske sestre s pacienti opredeljenih ciljnih skupin.

Za sprejem v vse UC se čaka (glede na triažno kategorijo), zato je smiselno, da so povsod in konsistentno (dolgoročno) nalepljena oziroma dostopna informativna gradiva (npr. materiali SOPA) (4).

Potek presejanja

Pri postavljanju vprašanj o pitju alkohola smo posebej pozorni, da pogovor poteka v duhu motivacijskega intervjuja, tj. ne zasliševalno in obsojajoče, ampak skrbno in sprejemajoče (Poglavje 2.1 – Zvezek I).

V pogovoru o zdravstvenem stanju pacientu v bolezenskem stanju, ki je (lahko) povezano s pitjem alkohola, postavimo vprašanje: »Ali pijete alkoholne pijače?« oz. ob poškodbi, možno povezani s pitjem alkohola: »Ali ste v zadnjih 12 urah pred poškodbo pili alkoholne pijače, koliko meric?« Če bolnik odgovori, da alkohola ne pije/ni pil, mu postavimo podvprašanje: »Od kdaj ne pijete več alkohola?« oz. se pozanimamo, kdaj je nazadnje pil alkohol. S tem podvprašanjem pogosto odkrijemo, da vprašani ni abstinent oz. da alkohol v opredeljenem času je pil, in obravnava se z njimi nadaljuje. Prav tako obravnavo nadaljujemo, če pacient pitje zanika, laboratorijski test pa potrdi prisotnost alkohola v telesu.

Če se odsotnost pitja potrdi, bolnikov odnos do pitja alkohola pozitivno potrdimo in obravnava glede pitja alkohola se zaključí.

Če pacient alkohol pije oz. ga je pil v opredeljenem času, postanejo aktualna nadaljnja vprašanja – o pogostosti, količini oziroma vzorcu pitja alkohola. Na to se nanašajo vprašanja presejalnega vprašalnika AUDIT-C (Priloga 1 – Zvezek I). Če izid tega vprašalnika pokaže pitje znotraj mej manj tveganega pitja alkohola in ne gre za posebej rizično osebo (mladoletni, nosečnice ali doječe matere, bolniki z nekaterimi kroničnimi boleznimi, kot so bolezni jeter, trebušne slinavke, psihiatrične in nevrološke bolezni, motnje srčnega ritma, arterijska hipertenzija, nekatere rakave bolezni), bolnikov odnos do pitja alkohola pozitivno potrdimo. Seznanimo ga s priporočilom stroke glede pitja alkohola čim manj ali nič oz. v primeru posebej rizičnih skupin nič in obravnava o pitju alkohola se zaključí.

Če izid vprašalnika pokaže čezmerno pitje ali pa gre, ne glede na kriterije vprašalnika, za posebej rizično osebo, kjer se odsvetuje kakršnokoli pitje alkohola, nadaljujemo z obravnavo.

Rezultat vprašalnika AUDIT-C naj bo sestavni del zdravstvene dokumentacije vseh pacientov, pri katerih obstaja možnost, da so njihove težave povezane s pitjem alkohola.

Kratek nasvet z usmeritvijo

Kadar v pogovoru o pitju alkohola ugotovimo, da gre za tvegano ali škodljivo pitje oziroma – pri posebej rizičnih bolnikih – za kakršno koli pitje, izvedemo drugi korak: kratek nasvet z usmeritvijo. Pri opitih pacientih, ki ostanejo na opazovanju, to izvedemo po streznitvi.

Bolnika po principu motivacijskega intervjuja informiramo o negativnih posledicah pitja alkohola na zdravje in prednostih opustitve (čezmernega) pitja alkohola na drugi strani. Podamo mu osnovno priporočilo stroke glede pitja alkohola: *čim manj tem bolje, najbolje pa je nič* oziroma posebej rizičnim osebam pitje alkohola odsvetujemo. Bolnika spodbudimo k opustitvi (čezmernega) pitja alkohola in mu po potrebi predstavimo aktualne nadaljnje vire pomoči.

Akutne napotitve na psihiatrični oddelek v primeru akutnega alkoholnega opoja niso potrebne, še manj primerne.

Spremljanje

Obravnava v UC je načeloma enofazna in nepovratna. To pomeni, da so pacienti po določeni obravnavi v UC, ki traja od nekaj minut do nekaj ur, napoteni domov ali sprejeti v bolnišnico. Vsi obiski v UC so enkratni in brez kontrol.

Opredelitev virov pomoči

Obravnava v UC je po definiciji prehodna, zato so glede naslavljanja pitja alkohola možne le kratke intervencije ali napotitve na naslednji nivo/člen obravnave. Za vse obravnave v UC (bolnikov, ki so odpuščeni domov), so pacienti usmerjeni na kontrolo pri izbranem osebnem zdravniku (IOZ) (tudi primarnemu pediatru). Slednji je koordinator zdravstvene oskrbe vsakega pacienta, torej mora biti seznanjen z vsebino vseh zdravstvenih obravnav, ki so se dogodile njegovemu pacientu. Prav tako bodo vse kasnejše napotitve na specialistično raven zdravljenja potekale preko IOZ.

Ob **tveganem in škodljivem pitju alkohola** so sicer viri nadaljnje pomoči izvajalci kratkega ukrepa 1 (KU1), pri katerem gre za poglobljeno različico kratkega svetovanja po principu motivacijskega intervjuja. Ta ukrep, ki načeloma obsega pet 15-minutnih srečanj za podporo pri spremembi vedenja, poleg IOZ lahko izvede tudi posebej za to usposobljena diplomirana medicinska sestra v ambulantni družinske medicine, diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu ali strokovnjak v zdravstvenovzgojnem centru oziroma centru za krepitev zdravja, strokovnjak na centru za duševno zdravje.

Obstoječi pristopi za **zdravljenje SOA** poleg psihiatra alkoholologa vključujejo tudi obravnavo na centru za duševno zdravje, terapevtske skupine (npr. Žarek upanja, Abstinenci) in skupine samopomoči (npr. Anonimni alkoholiki). Usmeritev k tovrstnim skupinam je smiselna tudi, če je obravnavani pacient svojec osebe, ki ima težave zaradi pitja alkohola (npr. skupina samopomoči Al-Anon).

Ob pridruženih socialnih stiskah pacienta, ki ima težave zaradi pitja alkohola, oz. svojca, je dobrodošlo tudi informiranje o možnosti nadaljnje obravnave na centru za socialno delo (prav tako izvajanje KU1 oz. povezovanje z izvajalci zdravljenja SOA).

V vseh primerih lahko usmeritev k nadaljnjim virom pomoči izvedemo (tudi) s pomočjo k odpustni dokumentaciji priloženih informativnih gradiv.

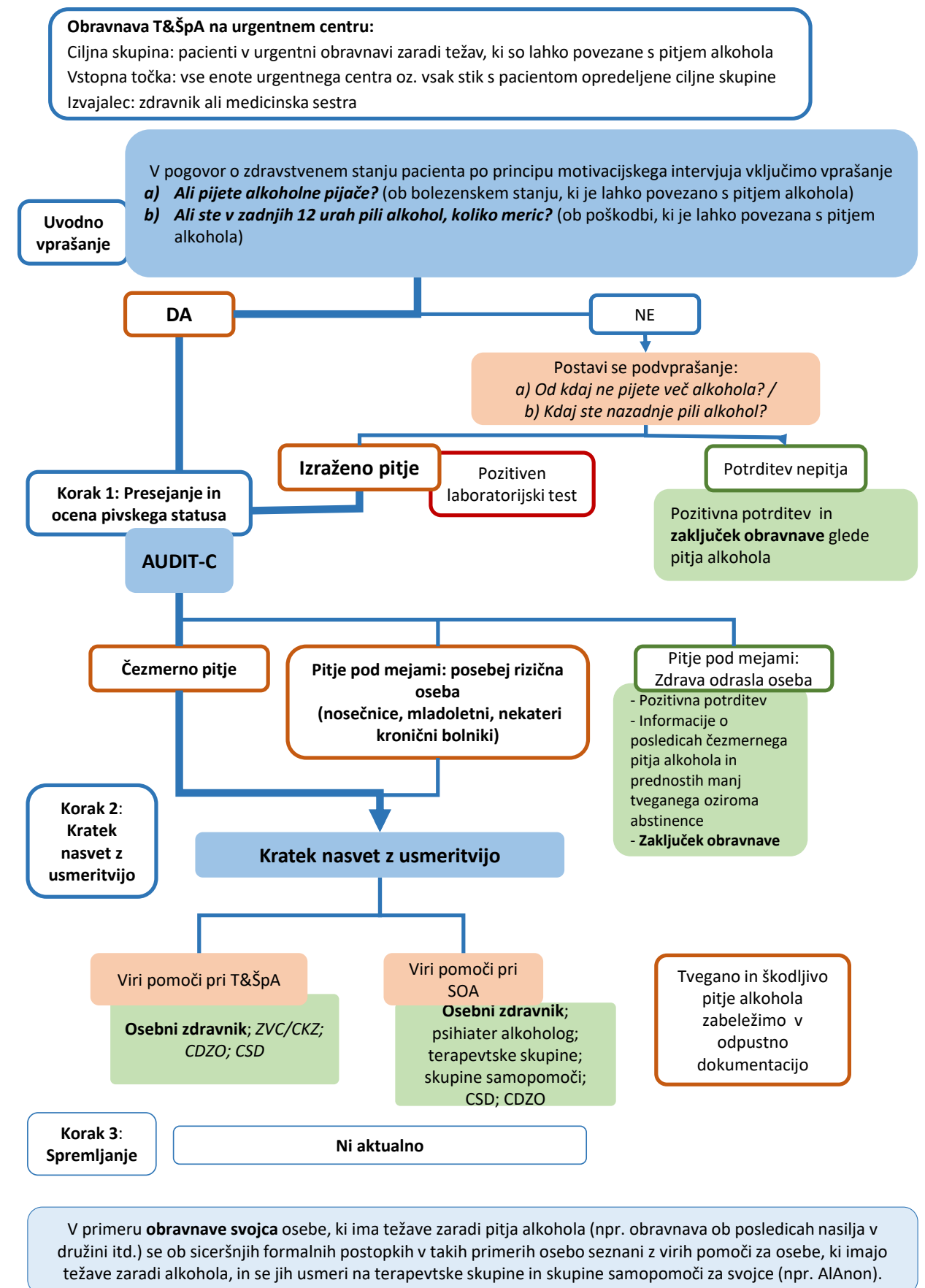
Zaključki

Predlog za implementacijo pristopa v študijski kurikulum področja

Bodoči zdravniki: UM je kot samostojni predmet v kurikulumu zastopana le na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru. Sicer je učni načrt tega predmeta že poln številnih vsebin, a kot primer dolgoročnega vpliva določene intervencije med enkratno obravnavo v UC bi bilo ta pristop smiselno dodati v kurikulum omenjenega predmeta.

Obstoječi kader bi izobrazili na seminarjih, kjer bi predstavili problem pitja alkohola, potrebe in možnosti izvajanja kratkega ukrepa, potek kratkega ukrepa, znanja in veščine s področja motivacije pri pogovoru o pitju alkohola ter možne poti usmeritev k nadaljnjim virom pomoči. Zaradi aktualnosti problematike in vedno novih spoznanj o negativnih učinkih alkohola na zdravje človeka ter obnavljanja veščin motiviranja je smiselno zagotoviti obdobja srečanja in seminarje.

Glede na naravo dela je za izvajanje KU2 poleg zdravnikov smiselno usposobiti tudi medicinske sestre.



Slika 1: Shema izvajanja kratkega ukrepa 2 na področju urgentne medicine.

Ključni poudarki

Pitje alkohola je eden večjih javnozdravstvenih problemov in pomemben dejavnik tveganja za nastanek bolezni in poškodb, obravnavanih v UC.

Priporočeno je, da se za naslavljanje pitja alkohola v UC izvaja kratki ukrep 2 (KU2), ki zajema presejanje in podajanje kratkega nasveta z morebitno potrebno usmeritvijo k nadaljnjim virom pomoči.

Možne vstopne točke za izvedbo KU2 so vse enote UC oz. vsak stik zdravnika ali medicinske sestre s pacienti opredeljenih ciljnih skupin.

Aktualni pacienti so akutno opiti, (zavestni) oboleli/poškodovanci, pri katerih je alkohol vplival/doprinesel k bolezni/poškodbi, ter psihiatrični bolniki, pri katerih je alkohol samo sodejavnik. Dodatna ciljna skupina so lahko svojci oseb, ki imajo težave zaradi alkohola (npr. ob obravnavi zaradi izpostavljenosti nasilju v družini pod vplivom alkohola ipd.).

Osnovno ozaveščevalno sporočilo v pogovoru o pitju alkohola je priporočilo stroke *Čim manj tem bolje, najbolje pa je nič* oziroma pri posebej ranljivih skupin odsvetovanje pitja alkoholnih pijač.

Za uspešno izvajanje KU2 v urgentni medicini je treba zagotoviti usposobljenost obstoječega in bodočega kadra, specialistov in medicinskih sester v urgentnem timu.

Za doseganje dolgoročnih rezultatov sta pomembna konsenz stroke in sistemska uvedba predlaganega ukrepa.

Literatura

1. Cherpitel CJ, Borges G, Giesbrecht N, Hungerford D, Peden M, et al. Alcohol and injuries. WHO: emergency department studies in an international perspective. World Health Organization, 2009.
2. Déry PM, Howard PK, Perhats C, Li S. Alcohol screening, brief intervention, and referral to treatment conducted by emergency nurses: An impact evaluation. J Emerg Nurs. 2010;36(6):538–45. Pridobljeno 15. 12. 2021 s spletne strani: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2009.09.011>
3. Suffoletto B, Kristan J, Callaway C, Kim KH, Chung T, et al. A text message alcohol intervention for young adult emergency department patients: A randomized clinical trial. Ann Emerg Med., 2013. DOI: 2014;64(6):664-672.e4. Pridobljeno 4. 12. 2021 s spletne strani: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.06.010>
4. Wang TC, Kyriacou DN, Wolf MS. Effects of an intervention brochure on emergency department patients' safe alcohol use and knowledge. J Emerg Med. 2010;39(5):561–8. Pridobljeno 3. 12. 2021 s spletne strani: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2008.03.003>
5. Landy MSH, Davey CJ, Quintero D, Pecora A, McShane KE. A Systematic Review on the Effectiveness of Brief Interventions for Alcohol Misuse among Adults in Emergency Departments. J Subst Abuse Treat. 2016;61:1-12. doi: 10.1016/j.jsat.2015.08.004.
6. Hawk K, D'Onofrio G. Emergency department screening and interventions for substance use disorders. Addict Sci Clin Pract. 2018;13(1):18. Pridobljeno 10. 12. 2021 s spletne strani: <https://doi.org/10.1186/s13722-018-0117-1>

Kratki ukrep 2 – KU2

Vsaj enkratni obisk: 3–5 minut pogovora o pitju alkohola:

→ **Presejanje, kratki nasvet z usmeritvijo naprej in morebitno spremljanje**

- V pogovor o skrbi za zdravje vključim tudi **vprašanja glede pitja alkohola**;
- ob zaznanem (čezmernem) pitju alkohola predstavim:
 - **znanstvena spoznanja** o negativnih posledicah pitja alkohola na zdravje in
 - **zdrave možnosti** skrbi zase;

izpostavim:

→ **čim manj, tem bolje, najbolje nič.**

- **Izrazim skrb** za pacientovo zdravje in vprašam po želji o spremembi.
- **Spodbudim k spremembi** in po potrebi **usmerim** na vire pomoči.



NIJZ Nacionalni inštitut
za **javno zdravje**

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, SI - 1000 Ljubljana
www-nijz.si | www.sopa.si