

Na primarnem nivoju v zadnjih letih delajo velike korake pri razpoznavi in obvladovanju krhkosti, krepijo tudi spodbujanje življenjskega sloga, ki vzdržuje čvrstost, na omenjene teme potekajo izobraževanja.

Vse je odličen odziv na zaznane potrebe: »Tudi s strani osebne zdravnice za mamo nismo dobili prav veliko informacij glede demence, prehrane, dodatkov pri prehrani, saj je bila izredno suha in neješčča. Premalo je informacij za pripomočke, ki bi olajšali osnovno higieno, to smo recimo dobili v lekarni. Kako jo pa skopati pod tušem, kakšne prijeme uporabimo, da njej in sebi olajšamo higieno, tega ni bilo.«

Starejši odrasli in krhkost v ambulanti družinske medicine

Milena Kovač Blaž, Zdravstveni dom Ljubljana-Šiška, milena.blaz-kovac@zd-lj.si

V Sloveniji se delež starostnikov povečuje. Pri zagotavljanju kakovostnega in čim dlje trajajočega samostojnega življenja starostnika ima svoje mesto tudi družinski zdravnik s svojim timom. Prehranska stanja, kamor sodita poleg podhranjenosti in prehranjenosti še s prehrano pogojeni motnji, sarkopenija in krhkost, so pogost problem starostnika, kar poslabša njegove psihofizične in socialne funkcije. Povezana so z njegovim akutnim ali kroničnim zdravstvenim stanjem in so pogosto odraz socialnih težav.

Ker danes vemo, da spada ustrezna prehranska podpora bolnikov med ključne determinante zdravja in obravnave kroničnih nenalezljivih boleznih, smo se reševanja te problematike lotili tudi na primarnem nivoju. Nedavno je bil uspešno izveden *Projekt CPC+* (Comprehensive Patient Care), ki je prikazal problem obravnave prehranskih motenj, vključno z debelostjo, v okviru referenčnih ambulant (98). V Zdravstvenem domu Ljubljana so patronažne medicinske sestre po predhodnem izobraževanju s pomočjo presejalnega orodja MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) (99) ocenjevale prehransko ogroženost kroničnih bolnikov na njihovih domovih. Ocena preliminarnih rezultatov je pokazala, da je med našo populacijo 15 % takih, ki so ogroženi za podhranjenost, med kroničnimi bolniki pa kar 35 %.

Ker je problem slabe prehranjenosti s pridruženo krhkostjo pogosto neprepoznan, je cilj prehranske obravnave na primarnem nivoju čim zgodnejše odkrivanje in obravnava prehransko ogroženih ali že podhranjenih bolnikov z namenom preprečiti poslabšanje in omiliti težave zaradi manjšanja starostnikovih mentalnih in fizičnih funkcij. Na podlagi smernic Evropskega združenja za klinično prehrano in metabolizem ESPEN (100), priporočil Slovenskega združenja za klinično prehrano (101) in naših lastnih rezultatov (102) želimo k obravnavi bolnikov pristopiti sistematično in upoštevati osrednjo vlogo bolnika, z vsemi lastnostmi in zdravstvenimi stanji.

Model obravnave presnovnih stanj na primarnem nivoju uvaja prehransko presejanje podhranjenosti in

se razvija skupaj z modelom obravnave debelosti, ki po zadnji klasifikaciji prehranskih stanj prav tako spada med prehranske motnje (87), kajti tudi debeli bolniki so lahko podhranjeni bolniki, med starostniki je še posebej zdravstveno nevarna sarkopenična debelost. Družinski zdravnik ima v sklopu referenčne ambulante (RA) možnost prepoznavanja, prehranske obravnave in zdravljenja prehranskih motenj pri populaciji starostnikov, s pozornostjo na prepoznavo stanj, kot sta kaheksija (kronične bolezni, rak) in sarkopenija pri starejših od 65 let. Obravnava motenj je multidisciplinarna (zdravnik, diplomirana medicinska sestra (DMS), dietetik, lahko še fizioterapevt, kineziolog).

Prehransko ogroženost prepoznavamo s pomočjo 5-stopenjskega presejalnega orodja MUST (86), katerega izvajajo DMS v RA ali na bolnikovem domu in zdravnik ob pregledu, če pacient poroča o nenamerni izgubi telesne teže, npr. pri akutni bolezni, po odpustu iz bolnišnice ali nenamerni izgubi telesne teže pri kronični bolezni. Posebno skrb potrebujejo skupine s tveganjem za podhranjenost zaradi socialno-ekonomskih razmer.

Prehransko ogroženi bolniki potrebujejo zdravljenje in spremljanje, kjer zdravnik opredeli vzrok, diagnozo in cilj zdravljenja, pri obravnavi pa sodeluje DMS ali dietetik (prehranska terapija).

Prehransko neogroženi kronični bolniki so usmerjeni v CKZ (Center za krepitev zdravja), kjer je prehranska podpora usmerjena v zagotavljanje osnovnih prehranskih potreb kroničnega bolnika in vključuje prehransko zdravstveno vzgojo o uravnoteženi, energijsko in hranilno zadostni prehrani pri kroničnih bolezenskih stanjih in primerni telesni dejavnosti.

V večini primerov je zdravljenje presnovnih motenj ob ustrezni terapiji, rednem spremljanju in sodelovanju pacienta in tima lahko učinkovito. Vendar je nujno, da se prehranska obravnava nadaljuje zunaj RA – tam, kjer naš bolnik živi, upoštevajoč njegovo socialno stanje, vse do pomoči pri zagotavljanju osnovnih življenjskih potreb.