



## XI. KONGRES in 141. SKUPŠČINA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA STAROST, STARANJE IN SKRBE ZA STARE

Ljubljana, 15. in 16. oktober 2004

# OBRAVNAVA STAROSTNIKA V DRUŽINSKI MEDICINI

## FAMILY PRACTICE APPROACH TO ELDERLY PATIENTS

*Marija Petek-Šter<sup>1</sup>, Janko Kersnik<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Zdravstveni dom Trebnje, Goliev trg 3, 8210 Trebnje

<sup>2</sup> Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

Prispelo 2004-08-11, sprejeto 2004-09-16; ZDRAV VESTN 2004; 73: 767-71

**Ključne besede:** starostnik; zdravnik družinske medicine; biopsihosocialni model; družina; terapevtski načrt

**Izvleček** – Izhodišča. Delež oseb, starih 64 let in več, ki sodijo v skupino starostnikov, je vse večji in se bo ob podaljševanju življenjske dobe še povečeval. So heterogena skupina z velikimi razlikami v zdravstvenem stanju, funkcionalnih zmognostih, socialnih okoliščinah, vrednotah, razumevanju bolezni, pričakovanjih, občutkih, strahovih, pogledih na življenje in smrt ter verskem prepričanju.

Za zdravstveno varstvo starostnikov na primarni ravni skrbimo zdravniki družinske medicine. Pregledi starostnika danes predstavljajo tretjino vseh pregledov v dejavnosti splošne medicine. Obravnava starostnikov se razlikuje od obravnave mlajše populacije po vsebini, čas posveta je daljši, obiski v ambulantni pa so pogostejši. Da bo obravnava starostnika uspešna, moramo bolnika in njegovo bolezen upoštevati v okviru posameznika, družine in okolja, kar je bistvo biopsihosocialnega modela obravnave. Za celovito oceno bolnikovega stanja je potrebno upoštevati biomedicinski vidik, psihosocialni vidik, socialno okolje, bolnikove vrednote, razumevanje bolezni ter pričakovanja. Celostna obravnava starostnika od zdravnika družinske medicine poleg dobrega kliničnega znanja in poznavanja osnov geriatrije zahteva tudi poznavanje socialnega okolja, bolnikovega odnosa do zdravja in zdravnika, bolnikovega razumevanja bolezni, pričakovanj, občutkov, strahov ter sodelovanje s strokovnjaki drugih strok in bolnikovo družino. Zdravnik družinske medicine ima tudi ključno vlogo pri prepoznavanju kratenja pravic starostnikov, kot so omejevanje bolnikove avtonomije, različne oblike zlorabe in zanemarjanja.

Obravnava starostnika bo uspešna takrat, ko bo bolnik sprejel predlagani terapevtski načrt, kar dosežemo z medsebojno povezanostjo med bolnikom, njegovo družino in zdravnikom skozi dolgotrajen odnos.

### Uvod

Znižanje umrljivosti, daljšanje življenjske dobe in upadanje rodnosti so pojavi, ki vodijo v staranje prebivalstva. Delež oseb, starih nad 64 let, ki sodijo v skupino starostnikov, je vse večji in se bo ob podaljševanju življenjske dobe še povečeval. Pričakovati je povečevanje deleža starih (76 do 90 let) in zelo starih (več kot 90 let) starostnikov (1). Starostniki so hetero-

**Key words:** elderly; family practice; biopsychosocial medical model; family; therapeutic plan

**Abstract** – Background. The number of elderly patients, i.e. people over 64 years, is growing. With longer life span the proportion of elderly people will be even higher. Elderly patients are a heterogeneous group of patients with considerable differences in health status, functional capacity, emotions, fears, beliefs and views.

Health care of elderly patients in primary care is a responsibility of family doctors. One third of all family practice consultations are in the age group over 64. A consultation in the elderly is different from a consultation in younger patients. The consultation length in those patients is longer and the office visits of elderly are more frequent. If we want to deliver a quality care for the elderly, we have to care for them and manage their illness in psychological, physical, family and social context, which is a core stone of biopsychosocial model of medical practice. Besides medical knowledge and patient participation, all these elements make a foundation of the holistic approach. In elderly a special attention to their attitude towards aging, dying, loneliness and to the fears connected to those issues should be taken into account. Coordination with other services and with patients' families is also necessary. Family physician is in the best position to recognise abuse, neglect or limitations in patient autonomy.

We should be aiming to achieve a connection between the doctor and the patient through continuity between the doctor, the patient and his/her family. Good connection will make management of elderly patients more effective and the patients will accept and follow therapeutic plan.

gena skupina z velikimi razlikami v zdravstvenem stanju, funkcionalnih zmognostih in osebnostnih lastnostih. Zdravje posameznika ima številne razsežnosti: telesno, duševno in socialno, ki jih moramo obravnavati v kontekstu z bolnikovimi izkušnjami, prepričanji in pričakovanji.

Za to obdobje je značilno zmanjševanje duševnih in telesnih sposobnosti, h katerim prispevajo normalen fiziološki upad in številne kronične bolezni ter stanja. Upad fizioloških funk-

cij je del normalnega staranja, ki ga težko ločimo od vpliva kroničnih bolezni. Število kroničnih degenerativnih bolezni in intenziteta s starostjo naraščajo, pojavijo pa se tudi stanja (inkontinenca urina in blata, kronično zaprtje, demenca, okvare vida in sluha, težave z ravnotežjem in padci, osteoporoza, slabša prehranjenost, preležanine in drugi t. i. gerontološki sindromi) in psihosocialne motnje. Telesne, duševne in socialne težave zmanjšujejo funkcionalno sposobnost starostnika in vplivajo na kakovost življenja (2).

Preventiva in zdravljenje bolezni sta pomemben del obravnave starostnika v družinski medicini. Najboljši izid zdravljenja zahteva sodelovanje med bolnikom in zdravnikom, ko se odloča o diagnostičnih in terapevtskih postopkih. Znanje o boleznih in sindromih, ki se pogosto pojavljajo v starosti, zavedanje naravnega poteka in simptomov in znakov teh bolezni ter njihovega vpliva na funkcijo je nujno za uspešno načrtovanje diagnostičnih in terapevtskih postopkov. Za ustrezno oceno bolnikovega stanja, ki vodi k bolnikovemu usmerjenemu zdravljenju, pa je potrebno tudi obvladanje večščin komunikacije, lajšanje trpljenja, prepoznavna in ocena vrednot, seznanitev bolnika s tveganji in negotovostjo in poznavanje socialnega okolja (3).

Bolniki, starejši od 64 let, so v letu 2002 v Sloveniji predstavljali skoraj tretjina vseh obiskov v dejavnosti splošne medicine (1). Ambulantna obravnava starostnikov se razlikuje od obravnave mlajših obiskovalcev ambulate po času trajanja in vsebini obiska, tudi pogostnost obiskov je večja (4-7).

Razlike v vsebini in trajanju ambulantnega obiska ter v pogostnosti obiskov med starostniki in mlajšo populacijo so posledica številnih dejavnikov: večjega števila zdravstvenih problemov pri starostnikih, ki se tudi razlikujejo od zdravstvenih problemov pri mlajših, slabšega zdravstvenega stanja, pogosto prisotne psihosocialne problematike in razlik v prednostnem redu pri obravnavi (8).

Pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe starostnikov v osnovnem zdravstvu moramo slediti cilju, ki je zagotoviti čim boljše funkcionalno stanje in kakovost življenja in ne zgolj podaljševanja. Doseganje omenjenega cilja zahteva od zdravnika družinske medicine kompleksno obravnavo, ki jo omogoča biopsihosocialni model oskrbe. Bolnika in njegovo bolezen obravnava v kontekstu posameznika, družine in okolja.

Model pojasnjuje posameznikovo zdravje s štirimi bistvenimi elementi: somatskim, emocionalnim, delavno (funkcionalno) sposobnostjo in prizadetostjo najbližjih (9). Po biopsihosocialnem modelu je za celovito oceno bolnikovega stanja potrebno upoštevati biomedicinski vidik (akutne in kronične bolezni, bolnikovo funkcionalno stanje in samostojnost pri aktivnostih, ki so potrebne v vsakodnevem življenju, intelektualno stanje, čustveno stanje, stanje čutil, prisotnost psihiatričnih bolezni), socialno stanje (vloga družine, vključenost v socialno mrežo, finančno stanje, življenjske razmere...) in vrednote (kulturne, etnične, verske, odnos do zdravja, pričakovanja v prihodnjih letih, pogledi na smrt...) (10).

## Pregled težav v starosti

### Somatske težave

Za starostnike je značilna prisotnost kroničnih degenerativnih bolezni, ki prizadanejo več organskih sistemov. Kar 55% starostnikov ima pomembne simptomatske degenerativne spremembe sklepov, 45% visok krvni tlak, 40% okvaro sluha, 35% bolezni srca in 25% motnje vida. Dobra tretjina starostnikov ima vsaj tri od navedenih bolezni, s starostjo pa delež oseb z omenjenimi boleznimi narašča, pridružijo pa se še za starost specifične težave (inkontinenca urina in blata, obstipacija, preležanine, slaba prehranjenost...) (2).

Cilj diagnostične in terapevtske obravnave kroničnih bolezni naj bo ohranjanje in izboljšanje bolnikove funkcije in ne nu-

no iskanje vzroka za bolnikove težave in etiološko zdravljenje, saj želijo starostniki ostati čim dlje dejavni in samostojni. Kronične bolezni so neozdravljive. Prepoznavna in odpravljanje reverzibilnih dejavnikov, ki vodijo v poslabšanje kronične bolezni, sta za ohranjanje bolnikove funkcije izjemno pomembna. Neznačilen potek bolezni pri starostniku bi za razjasnitev vzroka pogosto zahteval številne, tudi invazivne preiskave. V primerih, ko dodatne preiskave ne vplivajo na terapevtsko ukrepanje, s katerim bi vplivali na napoved izida in potek bolezni, se jim moramo odpovedati in sprejeti določeno stopnjo diagnostične nejasnosti (3).

Prisotnost več kot ene kronične bolezni pogosto pomeni jemanje več kot enega zdravila (polipragmazija). Starostniki pogosto poleg na recept predpisanih zdravil jemljejo še zdravila, ki jih dobijo brez recepta. Število različnih zdravil za zdravljenje kroničnih bolezni narašča, poznavanje njihovih medsebojnih interakcij pa je za zdravnika velik problem. Varno zmanjšanje števila in doze zdravil na recept in tistih, ki jih bolniki dobijo brez recepta, pripomore k večji varnosti zdravljenja (3).

Okvari vida in sluha sta prav tako pogosti v starosti in vplivata na funkcionalno stanje starostnika. Prepoznavna okvare in vzrokov zanj nas vodi k ustreznemu ukrepanju (medikamentnem - glavkom, kirurškem - npr. siva mrena ali rehabilitacijskem - slušni aparat).

### Duševne težave

Duševno zdravje starostnikov pomembno vpliva na splošno zdravje. Kronične somatske bolezni so vir stresa pri bolniku in osebah, ki zanje skrbijo, in so dejavniki tveganja za pojav depresije. Depresija je med starostniki zelo pogosta, v povprečju je depresivnih 15% starostnikov, pri starostnikih z resnimi zdravstvenimi težavami je delež še višji - pri bolnikih po možganski kapi 40%, pri bolnikih z rakom 35% in ob prisotni srčno-žilni bolezni 20% (11). Prepoznavna in zdravljenje depresije pri starostnikih in njihovih negovalcih pomembno izboljša kakovost življenja enih in drugih. Depresija se pri starostnikih kaže z zelo različno in drugačno simptomatiko kot pri mlajših: navidezen upad intelektualnih sposobnosti, nepojasnjene somatske težave, motnje spanja, neupoštevanje dietnih navodil in opustitev jemanja zdravil... Zaradi pogosto neznačilne klinične slike ostaja depresija med najpogostejše neprepoznanih geriatričnih sindromi, kar pogosto vodi v polipragmazijo in še poveča funkcionalno oviranost starostnika. Kot pomoč pri ugotavljanju depresije v starosti so nam na voljo različne lestvice, npr. Lestvica o starostni depresiji (angl. Geriatric Depression Scale). Še bolj kot pri drugih starostnih skupinah je pri utrujenosti in drugih nespecifičnih znakih potrebno pomisliti na možnost duševnih motenj (11).

Demenca je opredeljena kot (hujši) upad intelektualnih sposobnosti brez motenj zavesti, do česar pride zaradi organske okvare ali bolezni in se v vedenju kaže kot socialna in delovna nezmožnost. Demenca prizadane 1% oseb, starih 60 let, in 30-45% oseb, starih 85 let (12). Večina demenc je neozdravljivih in ima progresiven potek, ki vodi v psihičen in kasneje tudi fizičen propad. Prepoznavna demence je v začetnem stadiju težavna, vendar pomembna za načrtovanje farmakoloških ukrepov, potrebe po nadzoru v domačem okolju in kasnejše namestitve v domu upokojencev. Pri prepoznavi upada intelektualnih sposobnosti nam lahko pomagajo različni testi (test risanja ure, kratek preskus spoznavnih sposobnosti), pri opisu funkcionalnega stanja pa heteroanamnestični podatki. Pozorni moramo biti na reverzibilne vzroke za izgubo spomina in demenco (zdravila, psevdodemenca pri depresiji, vitaminski deficit, možganski tumorji, abscesi, sistemske bolezni...), na kar nas običajno opomni neznaten potek demence (13).

## Socialne težave

Odnosi z družino in v družini lahko ključno vplivajo na starostnikovo splošno zdravje in dobro počutje. Družina je lahko vir pomoči za starostnika in s tem prispeva k zdravljenju, po drugi strani pa je lahko družina oziroma njeni člani vir stresa, omejevanje bolnikove avtonomije in okolje, kjer se dogajajo zlorabe in zanemarjanje starostnika.

Starostnik, družina in zdravnik so triada. Sporazumevanje med vsemi sodelujočimi v triadi je ključnega pomena za uspešen proces zdravljenja in ohranjanja kakovosti življenja bolnika in njegove družine. Sodelovanje med zdravnikom in družino lahko poteka na več nivojih: od stopnje, ko je družina zgolj vir informacij za postavitev ustrezne diagnoze in zdravljenja, preko stopnje, pri kateri družina sodeluje pri odločitvi o postopkih diagnostike in zdravljenja, in predstavlja partnerja pri oskrbi, preko vpliva na čustva bolnika in družine neodvisno od aktualnega zdravstvenega problema, pa vse do družinske terapije. Višja raven sodelovanja od zdravnika zahteva več znanja, več časa, hkrati pa zdravnika poklicno obogati in pomeni večje zadovoljstvo za bolnike (14).

Družinski člani, ki skrbijo za starostnika, so izpostavljeni stresu in pogosto predstavljajo skritega bolnika. Pogosteje obolevajo za depresijo in drugimi psihičnimi težavami in svoje zdravje ocenjujejo kot slabše kot tisti, ki niso negovalci. Njihovo duševno stanje se večkrat izraža kot kardio-cirkulacijska preodzivnost ali kot pogoste virusne okužbe, ki so posledica vpliva stresa na imunski sistem. Negovalci so izpostavljeni s stresom povezanim vzorcem vedenja: uporabi psihotropnih substanc, zlorabi alkohola, kajenju in pomankanju telesne dejavnosti. Zdravnik družinske medicine, ki praviloma skrbi za vso starostnikovo družino, mora družinske člane, ki negujejo starostnika, povprašati po morebitnih simptomih in znakih, ki so posledica stresa zaradi nege družinskega člana. Prepoznava in zdravljenje težav negovalca ter ukrepi za zmanjšanje stresa zaradi nege bolnika izboljšajo zdravstveno stanje negovalca in počutje starostnika (15).

Pri ambulantnem pregledu starostnika pogosto spremljajo člani družine. Pri demenčnem ali pa zelo prizadetem starostniku je to skoraj nujno, v ostalih primerih pa naj bolnik privoli v sodelovanje tretje osebe pri pregledu. Družinski člani radi pomagajo pri anamnezi, želijo biti seznanjeni z vsemi podrobnostmi bolnikovega zdravstvenega stanja in radi sprejemajo odločitve namesto starostnika, ko je ta tega še zmožen. S tem omejijo vlogo starostnika pri sprejemanju odločitev in zmanjšujejo bolnikovo avtonomijo, kar je v nasprotju z osnovnimi načeli geriatrične oskrbe, ki poudarjajo bolnikovo dejavno sodelovanje v procesu zdravljenja. Bolnik, ki se mu pri ambulantnem pregledu krati avtonomija, verjetno nima besede tudi pri drugih, zanj pomembnih odločitvah. Pasivna vloga negativno vpliva na njegovo zdravje. Naloga zdravnika družinske medicine je, da svojce opozori na etično načelo bolnikove samostojnosti (avtonomije) in zaupnosti. Ugotovili so, da prisotnost tretje osebe pri pregledu vpliva na trajanje in vsebino obiska v ambulanti. Obiski so bili za 1,3 minute daljši, manj časa je bilo namenjeno »kramljanju« med bolnikom in zdravnikom in kliničnemu pregledu, obravnavanih je bilo manj zdravstvenih problemov, več časa pa je bilo namenjeno anamnezi, svetovanju in preventivi (16).

Starostniki so v nekaterih značilnostih (odvisnost od drugih, nesposobnost uveljavljanja svojih pravic in volje...) podobni otrokom, zato so izpostavljeni zlorabi in zanemarjanju. Med oblikami nasilja so najpogostejši: telesno in spolno nasilje, čustveno nasilje, zastraševanje, socialna osamitev, neustrezno dajanje zdravil, ki vodi v pod- ali predoziranje, in finančno izkoriščanje. Zanemarjanje je lahko pasivno - negovalec ne zna ali ni sposoben določenih opravil ali prepoznavanja stanja, aktivno - negovalec se zaveda potrebnosti določenih postopkov in tveganj, vendar nič ne ukrene, ter samozanemarjanje,

ko starostnik sam odklanja pomoč zdravstvene in socialne službe (v tem primeru ni vključena druga oseba). Zdravnik družinske medicine ima ključno vlogo pri prepoznavi zlorabljanja in zanemarjanja. Pomembna je prepoznava dejavnikov tveganja in pozornost na simptome in znake, ki lahko govori-jo za zlorabo in zanemarjanje. Dejavniki tveganja pri starostniku so: ženski spol, visoka starost, odvisnost od pomoči drugih, demenca; in pri negovalcih: nasilno vedenje v preteklosti, zloraba alkohola in drugih substanc, psihiatrična obolenja, okvara kognitivnih funkcij, nasilje v družini, pa tudi pomanjkanje znanja o bolezni in njenem poteku, nestvarna pričakovanja in frustracije ter ekonomska odvisnost od starostnika. Pogoste poškodbe starostnikov na neobičajnih mestih, modrice v različnih fazah resorpcije, spolno prenosljive bolezni, znaki pod- ali predoziranja zdravil, infantilizacija, slaba higiena, podhranjenost in dehidracija, zanemarjene rane in preležanine ter socialna osamitev dajo misliti na zlorabo in/ali zanemarjanje.

Znaki zlorabe pri starostnikih so bolj skriti, vendar jih dolgo-trajen in zaupen odnos med bolnikom in zdravnikom pomaga razkriti (17). Ob sumu, da je starostnik zlorabljan ali zanemarjan, mora zdravnik spoštovati bolnikovo avtonomijo. Ob privolitvi bolnika oziroma njegovega zakonitega zastopnika o zlorabi in/ali zanemarjanju mora obvestiti socialno službo, ki nadaljuje vodenje postopka.

Osamljenost je ena od tegob, za katero starostniki pogosto potožijo zdravniku družinske medicine. Starostniki si po večini želijo več socialnih stikov, kot so jih deležni, pritožujejo pa se, da mlajši nimajo časa zanje, njihovi vrstniki pa so pogosto bolni ali pa oddaljeni. Včasih imamo občutek, da nekateri starostniki prihajajo k zdravniku predvsem zaradi potrebe po socialnem stiku. Zgodi se tudi, da starostnik pride z namenom, da bo v čakalnici navezoval stike z ostalimi čakajočimi, do zdravnika pa sploh ne pride. Vključenost v socialno omrežje, ki ga določa število in jakost socialnih vezi, pozitivno vpliva na splošno zdravje. Domnevajo, da ljudje telesno in duševno zbolijo zaradi pomanjkanja socialnih stikov in ne obratno, tj. da so osiromašeni socialni stiki posledica bolezni (18).

Pri načrtovanju zdravljenja moramo upoštevati tudi ekonomske možnosti starostnika. Zdravo življenje v starosti zahteva materialna sredstva, ki pa jih starostniki, ki so po večini upoko-jenci, nimajo dovolj. Finančne zmožnosti starostnika moramo upoštevati, ko predlagamo vrsto zdrave prehrane, oblike rekreacije, oblike prostočasnih dejavnosti in stikov z okoljem, različne oblike pomoči (pri gospodinjskih opravilih, gibanju, vzdrževanju osebne higiene) (19).

## Poznavanje bolnikove duševnosti

Starost je življenjsko obdobje, ki ga starostniki različno doživljajo, kar vpliva na odnos do zdravja in zdravnika. Pozitiven vidik starosti je občutek zadovoljstva, da so se izpolnila življenjska pričakovanja, negativen pa številne izgube (izguba zdravja - somatske bolezni in upad kognitivnih funkcij, zmanjšanje funkcijske rezerve, znižanje prihodkov, izguba partnerja, družinskih članov in prijateljev...). Starostniki svoje zdravstveno stanje pogosto ocenjujejo kot boljšega, kakor bi ga ocenila mlajša oseba z enako stopnjo oviranosti. Več kot 50% starostnikov, starejših od 75 let, ki so potrebovali pomoč pri vsaj eni dnevni dejavnosti, je svoje zdravje ocenilo kot dobro, kar je posledica sprejemanja funkcionalne oviranosti in zdravstvenih težav kot del življenjskega obdobja, v katerem se nahajajo. Starostnikov je pogosto bolj kot smrti strah odvisnosti od tuje pomoči in morebitne premestitve v dom upoko-jencev. Strah pred odvisnostjo in bremenom, ki bi ga s tem naložili svojim bližnjim, je lahko razlog za odklanjanje predlaganega zdravljenja (20).

Da bo bolnik sprejel naš terapevtski načrt, ki smo ga napravili na osnovi kliničnega pregleda in upoštevanja socialnih de-

javnikov, moramo poznati tudi bolnikov odnos do zdravljenja in zdravnika, razumevanje bolezni, motiv in pripravljenost, da sodeluje v procesu zdravljenja, pričakovanja, občutke, strahove, poglede na življenje in smrt, versko prepričanje. Dolgotrajen in pristen odnos in pozorno poslušanje in opazovanje bolnikove verbalne in neverbalne komunikacije nam pomagajo do uspeha (21).

## Posebnosti pristopa k starostniku

Pregled starostnika olajša domače vzdušje, ki ga dosežemo s povezanostjo med zdravnikom in bolnikom skozi trajni odnos. Za pregled starostnika si je potrebno vzeti dovolj časa. Med bolnikovim spontanim pripovedovanjem zdravnik opazuje tudi mimiko in neverbalno govorico telesa. V primeru, da bolnika spremlja tretja oseba, je ta lahko dober vir informacij za heteroanamnezo, vendar to bolnika ne sme izključiti iz pogovora in odločanja. Posebno moramo paziti na vprašanja zapuštosti pri posredovanju informacij o zdravstvenem stanju v prisotnosti tretje osebe. Inamnezo nadaljujemo s postavljanjem kratkih vprašanj po organskih sistemih, med tem pa opazujemo bolnikovo funkcionalno in mentalno stanje. Okvara sluha, ki je bolniki pogosto ne priznajo ali pa odklanjajo uporabo slušnega aparata, ker jim »šumi in brni«, ovira pogovor, bolnikovi neustrezni odgovori pa lahko dajejo lažen vtis, da je bolnik psihično prizadet.

Bolniku postavimo tudi vprašanja o najpogostejših težavah, ki se v starosti pojavljajo (uhajanje vode, padci, težave z vidom in sluhom...). Povprašamo ga tudi o žalosti, po potrebi ocenimo samomorilno ogroženost. Pomembno je vprašanje o zdravilih, ki jih jemlje, tudi tistih brez recepta. Povprašamo o socialni anamnezi, kamor sodi tudi potreba po tuji pomoči. Ocenimo morebitne vire pomoči: družine, socialne službe, drugih organizacij, potrebo po namestitvi v domsko oskrbo. Zavedati se moramo, da bolniki intenzivno zmanjšane sposobnosti pogosto podcenjujejo, svojci pa precenjujejo (22, 23).

Pri oceni bolnikove psihe si pomagamo s preprostimi vprašanji (Kako razumete svoje zdravje?, Kaj za vas predstavlja največji problem?, Ali poznate koga, ki je imel ali ima take težave kot vi?, Kako jih je reševal?, Kaj pričakujete, da se bo v prihodnosti zgodilo in kaj bi to pomenilo za vas?...). Z napredovanjem bolezni je smiselno vprašanja ponovno zastaviti in ponovno oceniti poglede bolnika in družine. Obravnava zaskrbljenosti in občutkov bolnika in svojcev je lahko že sama po sebi terapevtska (10).

Klinični pregled se začne že ob pogledu na bolnika. Splošen izgled in urejenost nakazujeta funkcionalno in mentalno stanje. S tehtanjem in merjenjem višine ugotavljamo podhranjenost, krvni tlak moramo meriti tudi stoje in leže, da izključimo ortostatsko hipotenzijo. Pazljivo si ogledamo tudi kožo, da ne spregledamo ran, preležanin in kožnih tumorjev. Klinični pregled se v ostalih elementih ne razlikuje bistveno od pregleda pri mlajših, usmerjen pa je v patologijo, ki se pri starostnikih pogosto pojavlja.

## Možne oblike socialne intervence, ki jih ima zdravnik družinske medicine

Zdravnik družinske medicine ima povezovalno vlogo v multidisciplinarnem timu (specialisti različnih kliničnih strok, patronažna medicinska sestra, delovni terapevt, fizioterapevt, socialni delavec, laični negovalci, svojci...), ki skrbi za starostnika. Družinski člani, ki skrbijo za starostnika, so ključnega pomena za uspešno zdravstveno obravnavo. Oblika podpore, ki jo zdravnik nudi družini, se s stadijem bolezni spreminja (v začetnem stadiju – informiranje o bolezni, njenem stadiju in predvidenem poteku; v napredovalem stadiju – medi-

kamentno zdravljenje, pomoč pri sprejemanju slabšanja stanja, sprejemanje pomoči pri negi; končni stadij – premestitev v domsko oskrbo, pomoč družini, da sprejme ločitev od svojega bližnjega, priprava na bližajočo se smrt svojca) (12).

Pri starostnikih je ena od oblik dela zdravljenje na bolnikovem domu. Na hišnem obisku se srečamo z ostalimi člani družine in ocenimo medsebojne odnose v družini, ocenimo pogoje, v katerih živi starostnik, ugotovimo, kdo je glavni oskrbovalec starostnika in kakšne so možnosti za oskrbo bolnika na domu, lahko predlagamo ergonomске izboljšave v stanovanju, ki povečajo varnost starostnika, ugotovimo potrebo po tehničnih pripomočkih. Obisk na domu da zdravniku dragocene podatke o funkcioniranju družine in ima za starostnika in družino posebno težo, še dolgo po obisku pripovedujejo o podrobnostih, ki so se dogajale v času zdravnikovega obiska (24).

Poslabšanje zdravstvenega stanja starostnika, ki preseže možnosti oskrbe na bolnikovem domu, je razlog za premestitev v dom upokoencev, ki je socialnovarstveni zavod, vendar po vsebini dela prevladuje zdravljenje in zdravstvena nega. Zdravnik družinske medicine za bolnika, ki odhaja v domsko oskrbo, izpolni zdravniško spričevalo, sodeluje pa tudi s socialno službo v domu, kar je zlasti potrebno v primerih, ko neurejene domače razmere ali naglo poslabšanje zdravlja bolnika zahtevata čimprejšnji sprejem v domsko oskrbo.

Premestitev v domsko oskrbo predstavlja stres za bolnika in njegove svojce. Oskrbovančevi svojci težko priznajo, da sami ne zmorejo skrbeti za svojca oz. bi skrb za starostnika pomenila preveliko spremembo v njihovem življenju. Včasih se temu pridružijo še razhajanja med pričakovanji in dejanskim stanjem v domu upokoencev in obtoževanje okolice, ker so svojca »dali v dom«. V glavah mnogih ljudi je namreč še vedno zakoreninjeno prepričanje, da so domovi upokoencev nekakšne hiralnice (»dom onemoglih«), kamor prihaja človek samo umret. Razočaranje svojcev se kaže z nerealnimi pričakovanji in nemogočimi zahtevami do zdravnika in osebja. Čas, ki preteče od sprejema v dom upokoencev, in večkratni dobronamerni pogovori z oskrbovančevimi svojci navadno pomirijo svojce, manjši delež svojcev pa ostaja kategorija zahtevnih svojcev vse do bolnikove smrti (25).

Okvara kognitivnih sposobnosti vpliva na bolnikovo sposobnost odločanja, funkcionalna prizadetost pa je ovira pri opravljanju dnevnih dejavnosti in je razlog za pomoč tretje osebe. Vpletanje tretje osebe v odnos med zdravnikom in bolnikom je značilnost obravnave starostnikov z demenco in starostnikov, ki potrebujejo pomoč svojcev pri opravljanju večine ali pa vseh dnevnih aktivnosti. Svojci se na zdravniku družinske medicine obračajo tudi s prošnjo po pisanju različnih potrdil (zaradi ugotavljanja opravilne sposobnosti, urejanja bančnih storitev, oprostitev od obravnave na sodišču...) in zahtevka za dodelitev pravic iz invalidskega zavarovanja – dodatka za pomoč in postrežbo. Pri demenem bolniku je razlog za pridobitev pravice iz invalidskega zavarovanja lahko tako potreba po 24-urnem nadzoru in pomoči pri opravljanju dnevnih dejavnosti, pri ostalih starostnikih pa je vzrok za predstavitev invalidski komisiji potreba po pomoči pri dnevnih dejavnostih. Upravičenost 24-urnega nadzora ugotavlja specialist psihiater, kamor bolnika napotimo, preden ga predstavimo invalidski komisiji.

Zdravnik izvedenec starostnika običajno obišče na domu in odloči o upravičenosti zahteve po pomoči in postrežbi, ki jo nato starostnik mesečno prejema ob pokojnini. Svojci od zdravnika družinske medicine večkrat neupravičeno zahtevajo začetek postopka za pridobitev dodatka za pomoč in postrežbo, posebno še, če je njihov starostnik oskrbovanec v domu upokoencev. Zdravnik družinske medicine mora kljub temu, da bi svojem rad pomagal reševati tudi materialne stiske, upoštevati svojo strokovno avtonomijo in potrebo po dodatku za pomoč in postrežbo ocenjevati zgolj po strokovnih merilih.

## Sklepi

Obravnavna starostnika bo uspešna takrat, ko bo načrt zdravljenja, ki ga predlaga zdravnik, sprejemljiv za bolnika. Za uspeh zdravljenja je pomembno pridobiti bolnikovo aktivno sodelovanje, za kar je potrebna vzpostavitev partnerskega odnosa med bolnikom in zdravnikom. Izobraževanje, spodbujanje k aktivnostim, ki prispevajo k izboljšanju zdravja (telesna aktivnost, opustitev kajenja...), vključitev v oblikovanje diagnostičnega in terapevtskega načrta in aktivno spremljanje bolnika v ambulanti, po telefonu in na bolnikovem domu izboljša bolnikovo zdravje in zmanjša pogostnost hospitalizacij. Za dosego tega cilja pa ne zadošča zgolj klinični vidik obravnave, ki je usmerjen pretežno v bolezen, potrebno je upoštevati tudi vpliv psihe in socialnega okolja.

V bolnika usmerjen način obravnave, ki upošteva tudi vse druge okoliščine, ki vplivajo na potek bolezni, napoved izida in funkcionalno stanje, od zdravnika poleg dobrega kliničnega znanja s poznavanjem osnov geriatrije zahteva več: sposobnost dobre komunikacije, ki pomaga vzpostaviti pristen odnos z bolnikom in svojci, sodelovanje z drugimi službami in neformalnimi organizacijami, ki so vključene v zagotavljanje zdravstvenega in socialnega varstva starostnikov. Določanje prednosti je individualno in somatske dileme niso vedno najpomembnejše. Velika kompleksnost, ki jo zahteva obravnavna starostnikov, za zdravnika družinske medicine nikakor ni lahka naloga.

## Zahvala

Prof. dr. Igorju Švabu, dr. med., se zahvaljujemo za koristne pripombe in nasvete.

## Literatura

1. Šelb-Šemerl J, Rok-Simon M, Kelšin N, Ivas N. Staranje prebivalstva v Sloveniji: Demografske spremembe in nekaj posledic za zdravstveno varstvo. *Zdrav Vestn* 2004; 73: 527-31.
2. Šabovič M. Sodobna načela internistične geriatrije. *ISIS* 2004; 13 (8-9): 37-40.
3. Adelman AM. Managing chronic illness. In: Adelman AM, Daly MP, Weiss BD eds. 20 common problems in Geriatrics. New York: McGraw Hill 2001: 4-15.
4. Blumenthal D, Causino N, Chang JC et al. The duration of ambulatory visits to physicians. *J Fam Pract* 1999; 48 (4): 264-71.
5. Andersson SO, Ferry S, Mattsson B. Factors associated with consultation length and characteristics of short and long consultation. *Scand J Prim Health Care* 1993; 11 (1): 61-7.
6. Andersson SO, Mattsson B. Length of consultation in general practice in Sweden: views of doctors and patients. *Fam Pract* 1989; 6 (2): 130-4.
7. Deveugele M, Derese A, Van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maessneer J. Consultation length in general practice. Cross sectional study in six European countries. *BMJ* 2002; 325: 472-5.
8. Callahan EJ, Stange KC, Zyzanski SJ, Meredith AG, Goodwin MA, Flocke SA, Bertakis KD. Physician-elder interaction in community family practice. *J Am Board Fam Pract* 2004; 17: 19-25.
9. Švab I. Teoretične osnove družinske medicine. In: Švab I, Rotar-Pavlič D eds. *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenskega zdravniškega društva, 2002: 30-8.
10. Cobbs EL. Goals of care. In: Yoshikawa TT, Cobbs EL, Brummel-Smith K eds. *Practical ambulatory geriatrics*. Mosby, 1998: 3-10.
11. Gallo JJ, Gonzales J. Depression and other mood disorders. In: Adelman AM, Daly MP, Weiss BD eds. 20 common problems in geriatrics. New York: McGraw Hill 2001: 205-35.
12. Daly MP. Dementia. In: Adelman AM, Daly MP, Weiss BD eds. 20 common problems in geriatrics. New York: McGraw Hill 2001: 237-60.
13. Jensterle J, Mlakar J, Vodušek DB. Uporaba kratkega preizkusa spoznavnih sposobnosti pri ocenjevanju demenc. *Zdrav Vestn* 1996; 65: 577-82.
14. Thrower SM, Wallenius TS. Keeping the focus on »family« in family medicine. In: Sloane PD, Slatt L, Ebell MH, Jacques LB. *Essentials of family medicine*. Lippincott Williams & Wilkins, 2002: 19-35.
15. Fredman L. Caregiver Issues. In: Adelman AM, Daly MP, Weiss BD eds. 20 common problems in geriatrics. New York: McGraw Hill 2001: 53-68.
16. Flocke SA, Goodwin MA, Stange KC. The effect of a secondary patient on the family practice visit. *J Fam Pract* 1998; 46 (5): 429-34.
17. Ham RJ. Elder abuse. In: Taylor RB ed. *Family medicine. Principles and practice*. Springer-Verlag, 1999: 256-60.
18. Dragoš S. Bo skrb za starost ženskega spola? *Zdrav Vestn* 2004; 73: 531-4.
19. Toth M. Ekonomske dimenzije starosti in starostnikov in njihove družbene in zdravstvene posledice. *Zdrav Vestn* 2004; 73: 535-6.
20. Brummel-Smith K. Human development and aging. In: Taylor RB ed. *Family medicine. Principles and practice*. Springer-Verlag, 1999: 6-12.
21. Clinical method. In: McWhinney IR ed. *A textbook of family medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1989: 111-58.
22. Kocijan M. Obravnavna starostnika. In: Švab I, Rotar-Pavlič D eds. *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenskega zdravniškega društva, 2002: 678-82.
23. Breneman KS. The office visit. In: Yoshikawa TT, Cobbs EL, Brummel-Smith K eds. *Practical ambulatory geriatrics*. Mosby, 1998: 11-8.
24. Kersnik J. Ocenjevanje družine. In: Švab I, Rotar-Pavlič D ed. *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenskega zdravniškega društva, 2002: 86-92.
25. Kolšek M, Logar V. Zdravnikovo delo v domu starejših občanov. In: Švab I, Rotar-Pavlič D ed. *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenskega zdravniškega društva, 2002: 705-8.