Sladkorna
bolezen
– bolnikom
prijazna
oskrba

Sladkorna bolezen – bolnikom prijazna oskrba

Sekcija medicinskih sester
in zdravstvenih tehnikov
v endokrinologiji

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije
Zveza društev medicinskih sester, babic
in zdravstvenih tehnikov Slovenije

18. oktober 2019, petek

7.30 – 9.00	**REGISTRACIJA UDELEŽENCEV**	
9.00	uvodni nagovor in organizacijske informacije	
	EDUKACIJA moderator: Jana Klavs	
9.10 – 10.00	Razdvojeni pogledi – tradicionalna ali alternativa medicina	Vesna V. Godina
10.00 – 10.40	Edukacija v Sloveniji – analiza edukacije v diabetoloških ambulantah 2019	Jana Klavs, Dunja Verbič, Klara Peternelj, Zdenka Vihtelič, Silvija Skrivarnik
10.40 – 11.00	Analiza delavnic o sladkorni bolezni v CKZ	Nataša Medved, Jana Klavs, Sanja Vrbovšek, Maja Čeplak
	Diskusija	
11.10 – 11.40	ODMOR	
	SOŽITJE VED ZA UČINKOVITEJŠO OSKRBO BOLNIKOV S SLADKORNO BOLEZNIJO moderator: Milenka Poljanec Bohnec	
11.40 – 12.00	Izkušnje kronične bolezni	Mirjana Ule
12.00 – 12.20	Timsko delo in postavljanje ciljev	Špela Korinšek Kaurin
12.20 – 12.40	Učinkovita komunikacija	Tomaž Vec
	Diskusija	
12.50 – 13.20	Volitve	
13.20– 14.20	KOSILO	
	OPOLNOMOČENJE – KJE SMO IN KAM GREMO? moderator: Klara Peternelj	
14.20 – 14.40	Si lahko obetamo spremembe v naslednjih 10 letih – Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni 2020-30	Jelka Zaletel
14.40 – 15.40	OKROGLA MIZA Opolnomočenje bolnika s kronično boleznijo - Zakaj se jamranje ne splača?	Damjana Šmid in ostali
15.40 – 16.10	Telesna aktivnost – iz teorije v prakso	Špela Volčanšek, Milenka Poljanec Bohnec
	Diskusija	
16.20 – 16.50	ODMOR	

	KOMUNIKACIJA S POZITIVNIM PRIDIHOM moderator: Melita Cajhen	
17.00	Simpozij - Novonordisk	
17.30 – 18.30	Zdravilna moč besede	Sanela Banović
18.30	Diskusija in razglasitev volitev	
20.00	Večerja	

19. oktober 2019, sobota

8.00	Lahkih nog naokrog ali edukacija z vzorom	
	SLADKORNA BOLETEN TIPA 1 – novosti in sveži pristopi moderator: Ana Gianini	
8.40 – 9.00	Debelina intime inmedie karotidne arterije kot dejavnik tveganja za srčno-žilne zaplete pri otrocih in mladostnikih s sladkorno boleznijo tipa 1	Jasmina Horvat
9.00 – 9.20	Edukacija otrok in mladostnikov s sladkorno boleznijo tipa 1	Urška Sever
9.20 – 9.40	Nazaj v šolo in vrtec - izobraževanje vzgojiteljev in učiteljev o sladkorni bolezni tipa 1	Barbara Murn Berkopec
9. 40 – 10.00	FIT v praksi – kako pridobiti voljo za natančen pristop?	Katarina Peklaj
10.00 – 10.15	Zdravstvena nega bolnikov z tumorji hipofize	Vlasta Hočevar
10.15 – 10.30	Klinična ocena tveganja za zlom – FRAX	Mirela Ožura, Elizabeta Stepanović
	Diskusija	
10.30	ODMOR	
	PROSTE TEME moderator: Mateja Tomažin Šporar	
11.00 – 11.30	Simpozij - Abbott	
11.30 – 11.50	Rdeča, rumena, zelena. Pomoč bolniku je ponujena!	Mateja Tomažin Šporar, Metka Fister, Katarina Peklaj
11.50 – 12.10	Primer dobre prakse - vikend delavnice za paciente s SB tipa 1	Komel Jana
12.10 - 12.30	Učinki samokontrole z ukrepom in uporabo nove aplikacije pri obvladovanju krvnega sladkorja pri pacientih s SB tipa 2	Cenčič Ajda
	Diskusija	
12.30	ZAKLJUČEK SREČANJA	

Analiza edukacije 2019

Jana Klavs, Dunja Verbič, Klara Peternelj, Silvija Skrivarnik, Zdenka Vihtelič

IZVLEČEK

Analiza edukacije diabetoloških ambulant 2019 je plod dela Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji. Sekcija je v letu 2019 osnovala vprašalnik z namenom ugotavljanja dejanskega stanja diabetoloških ambulant sekundarne zdravstvene ravni. V vprašalniku so nas zanimale organizacija edukacije, časovna in kadrovska komponenta, vsebina in čas edukacije po posameznih vrstah sladkorne bolezni, ipd.

Zaključek analize vsebuje **SWOT metodo**. Vprašanja so zajemala oceno notranjih in zunanjih dejavnikov, ki vplivajo na priložnosti, prednosti, slabosti in nevarnosti posamezne ambulante. Namen ankete je prikaz dejanskega stanja edukacije, s tem pa iskanje priložnosti za potrebne spremembe. Analiza je podlaga za nadaljnje pogovore na nacionalnem nivoju s partnerji, kot so Ministrstvo za zdravje RS, Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) in ostalimi. Strokovne težnje sekcije so zagotavljanje kakovostne in poenotene edukacije z možnostjo enake dostopnosti.

V anketo so bile vključene vse slovenske ambulante, v katerih je možno opraviti »prvi diabetološki pregled«, ob čemer mora biti zagotovljena tudi ustrezna edukacija. Anketa je bila poslana na 44 naslovov, v nekaterih primerih več osebam iste ambulante. Anketo je prejelo 66 oseb. Izpolnjenih jih je bilo 57, od tega jih je bilo 46 popolno ustrezno izpolnjenih.



POMEMBNA SPOROČILA

Vprašalnik je izpolnilo 13 edukatorjev (23 %) iz vzhodne Slovenije, 18 (32 %) iz zahodne Slovenije ter 25 (44 %) diabetoloških ambulant iz osrednje Slovenije.

- Tretjina diabetoloških ambulant poleg diabetologije pokriva tudi druga področja dela, predvsem pulmologijo, endokrinologijo ter antitrombotično ambulanto.
- Slaba polovica diabetoloških ambulant deluje pet dni tedensko.
- Edukacija predstavlja zelo pomemben del ambulantne obravnave sladkornih bolnikov, saj več kot 77 % diabetoloških ambulant nameni na ordinacijski dan edukaciji 3 ure ali več, 35 % odstotkov teh pa kar 6 ur ali več.
- Edukacijo v diabetoloških ambulantah v povprečju izvaja 2,5 oseb.
- Največje število edukatorjev je v osrednje-slovenski regiji, 3360, najmanjše pa v zahodno-slovenski regiji, 1611, vendar pa razlika v številu edukatorjev glede na regijo ni statistično pomembna.
- Edukacijo v diabetoloških ambulantah v 86 % izvajajo diplomirane medicinske sestre, ki imajo v 78 % pridobljena specialna znanja s področja edukacije sladkornih bolnikov, 50 % jih meni, da bi bilo treba certifikat znanja obnavljati.
- 73 % edukatorjev v diabetoloških ambulantah nima razdeljenih področji dela, ampak pokrivajo različne etiologije sladkornih bolnikov, le 18 % edukatorjev ima opredeljeno področje dela in tako educirajo, na primer, samo tip 1 sladkornih bolnikov.
- 61 % edukatorjev poleg edukacije v diabetološki ambulanti opravlja tudi administrativna dela in druge zdravstvene storitve.
- Edukatorji v 30 % edukacij nimajo dovolj časa za ustrezno obravnavo bolnikov. Najpogosteje pride do pomanjkanja časa pri edukaciji sladkornih bolnikov tipa 2 na peroralni terapiji, najuspešnejši pa so pri edukaciji sladkornih bolnikov tipa1 (v 75,5 %).

- Tretjini edukatorjev se občasno zgodi, da zaradi pomanjkanja časa niso pravočasno in ustrezno obveščeni o novostih na področju zdravljenja sladkorne bolezni.
- Edukatorji se pri svojem delu v 61 % poslužujejo kombinacije individualne in skupinske obravnave.
- V povprečju potrebujejo za ustrezno edukacijo najmanj 2 obiska.
- V proces edukacije je pogosto treba vključiti svojce sladkornih bolnikov, predvsem pri sladkornih bolnikih tipa 2 na dieti oziroma nefarmakoloških ukrepih (71,9 %) ter sladkornih bolnikov tipa 2 na insulinu (52,6 %).
- Vsi sladkorni bolniki imajo možnost ponovne edukacije oziroma reedukacije ne glede na vrsto sladkorne bolezni. Reedukacije oziroma ponovne edukacije se v 45 % ne izvaja redno, izvaja se jo predvsem, ko potrebo po njej začuti bolnik sam ali njegov diabetolog. Sistematična reedukacija se izvaja le v 39 %.
- Sistematični pregledi stopal se izvajajo v 80 % diabetoloških ambulant.

Prednosti edukacijskega procesa, ki jih vidijo edukatorji so: obravnava sladkornih bolnikov različnih etiologij, edukatorji z obilico strokovnega znanja, številne možnosti dodatnega izobraževanja. Edukatroji pri delu sledijo strokovnim smernicam ter poznajo najnovejše pristope zdravljenja sladkorne bolezni.
Slabosti, ki jih zaznavajo edukatorji so: občasna slaba komunikacija med diabetologom in edukatorjem, slabo vrednotenje edukacije s strani ZZZS, moten delovni proces zaradi okrnjenih kadrovskih in časovnih zmožnosti. Edukatorji ne namenijo vsega časa edukaciji, saj morajo dodatno opravljati številne zdravstvene in administrativne storitve.
Nevarnosti, na katera opozarjajo edukatorji so: neredno izvajanje sistematičnih pregledov stopal. Problematika ambulant, ki imajo na voljo le enega edukatorja, ki ga v času njegove odsotnosti ne nadomešča nihče. Bolnikom tako ni omogočena kontinuirana obravnava.

Priložnosti edukatorji vidijo predvsem v oblikovanju rednih timskih posvetov, še posebno v primeru problematičnih bolnikov ter v vključevanju drugih strokovnjakov v diabetološki tim, kot so psihologi, diatetiki in drugi. Priložnosti vidijo tudi v povečanju časovnega obsega edukacije na ordinacijski dan ter v poenotenju edukacijske obravnave sladkornih bolnikov na nacionalni ravni.

Analiza delavnic o sladkorni bolezni v centrih za krepitev zdravja

Nataša Medved, Jana Klavs, Sanja Vrbovšek, Maja Čeplak

Leta 2015 sta Ministrstvo za zdravje in Sekcija medicinskih sester (MS) in zdravstvenih tehnikov (ZT) v endokrinologiji podala predlog razvoja modela edukacije za bolnike s sladkorno boleznijo tipa 2 (SB2) na primarni ravni. Njen namen je zagotoviti strukturirano edukacijo za novoodkrite bolnike s SB2, ki niso na insulinski terapiji, in so obravnavani v ambulantah družinske medicine. Prav tako se na ta način izboljša dostopnost do edukacije na primarni ravni. V projektu »Skupaj za zdravje«, ki ga je vodil Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), so bile razvite tri delavnice, in sicer »Zvišan krvni sladkor« za osebe z mejno bazalno glikemijo in moteno toleranco za glukozo, »Sladkorna bolezen tipa 2« (kratka delavnica) in »S sladkorno boleznijo skozi življenje (SSBSŽ)« (poglobljena delavnica) za osebe s SB2, ki niso na insulinski terapiji. Prve delavnice za bolnike s SB2 so bile izvedene leta 2016 v pilotnih centrih za krepitev zdravja (CKZ) v zdravstvenih domovih Celje, Sevnica in Vrhnika, v katerih so sodelovali edukatorji za sladkorno bolezen.

Za ocenjevanje napredka udeležencev v delavnici SSBSŽ je bil pripravljen vprašalnik, osredotočen na naslednje štiri vsebinske sklope: emocionalne obremenitve, stiske zaradi pomanjkanja informacij, stiske zaradi pomanjkanja volje in moči ter socialne stiske. S pomočjo desetih trditev dobimo vpogled v napredek udeleženca na omenjenih štirih področjih v času trajanja delavnice. Prva analiza vprašalnikov je potekala v drugi polovici leta 2018 v prvih treh pilotnih okoljih. Vključenih je bilo 115 udeležencev delavnice s povprečno starostjo 63 let, od tega jih je imelo 40 % poklicno izobrazbo. Pri tej prvi skupini smo ob koncu delavnice zaznali pozitivne spremembe na vseh štirih področjih. Ponovno analizo bomo izvedli v novih 25 CKZ-jih po enem letu izvajanja delavnic v letu 2020.

Pri nadaljnjem razvoju modela edukacije za bolnike s SB2 na primarni ravni je leta 2017 NIJZ skupaj s Sekcijo MS in ZT v endokrinologiji usposobil 27 edukatorjev za mentorje, ki strokovno usmerjajo izvajalce delavnic za SB2 iz CKZ ter z njimi sodelujejo, leta 2018 in 2019 pa še 35 izvajalcev delavnic za SB2 iz CKZ, ki so se udeležili posodobljenega izobraževalnega programa, tako na teoretični ravni kot v kliničnem okolju.



POMEMBNA SPOROČILA

- V CKZ se izvajajo tri različne delavnice na področju zvišanega krvnega sladkorja/SB2:
  - kratka delavnica »Visok krvni sladkor«, ki je namenjena osebam z mejno bazalno glikemijo in moteno toleranco za glukozo in traja 90 minut,
  - kratka delavnica »Sladkorna bolezen tipa 2«, ki je namenjena bolnikom s SB2 in traja 90 minut ter
  - poglobljena delavnica »S sladkorno boleznijo skozi življenje«, ki je namenjena bolnikom s SB2 in traja pet skupinskih srečanj po 90 minut.
- Izvajalci programa za SB2 v CKZ in edukatorji-mentorji imajo na voljo različna delovna gradiva in pripomočke.
- Mreža regijskih edukatorjev-mentorjev je v Sloveniji unikaten model povezovanja na določenem strokovnem področju, v našem primeru edukacije bolnikov s SB2.
- Programi temeljijo na strokovnih stališčih in smernicah, nujno potrebno pa je kontinuirano izobraževanje izvajalcev.
- Zaradi zagotavljanja kontinuirane edukacije, ki jim jo nudi diabetološki tim, program ni namenjen bolnikom, ki se vodijo v diabetoloških ambulantah.

PRIROČNIK
Sladkorna bolezen – povezovanje medicine in humanističnih ved

Milenka Poljanec Bohnec

Priročnik **Sladkorna bolezen – povezovanje medicine in humanističnih ved** je oblikovan teoretično in praktično ter razdeljen v tri samostojne dele, ki šele skupaj predstavljajo celoto:

1. del: **Zdravje in bolezen – vrednote, stališča in kakovost življenja**

Prvi del priročnika opisuje načine soočanja in izkušnje bolnikov z diagnozo sladkorna bolezen, obravnavo bolnika s sladkorno boleznijo ter strategije za izboljšanje. Sestavljen je iz dveh delov. Osredotoča se na izkušnjo bolezni in zdravja skozi vrednote posameznika ter oblikovanje stališč do zdravja in bolezni.

2. del: **Usposobljenost in kompetentnost zdravstvenih strokovnjakov za izvajanje edukacije**

Drugi del priročnika je razdeljen na dva dela. V prvem sta predstavljena pomen in vloga usposobljenosti zdravstvenih strokovnjakov za izvajanje edukacije, nato sledi del s predstavitvijo neprecenljivih metod in pristopov v procesu edukacije.

3. del: **Komunikacija, motivacija in doseganje ciljev**

Tretji del priročnika nam v petih delih predstavi temelje učinkovite oskrbe bolnikov s poudarkom na pomenu komunikacije, motivacije in postavljanja relevantnih ciljev. V prvem delu opisujemo breme bolezni in težavnost obravnave. Drugi del je namenjen opisovanju komunikacije. Tretji del se posveča opisovanju motivacije in doseganja ciljev, četrti je namenjen stresu, v petem poglavju pa je opisan pomen posameznika in njegovega okolja.

Vsak del tega priročnika predstavlja celoto posamezne tematike in ponuja tudi 200 tiskanih strani. V okvirčke posameznega dela smo zaobjeli vsebino, ki jo je treba še posebej poudariti in predstavljajo bistvo posameznega članka.

Zdravljenje postaja vedno kompleksnejše. Bolnika s sladkorno boleznijo smo postavili v središče obravnave. Obravnavamo ga kot partnerja, kar njemu in zdravstvenemu osebju omogoča lažje sodelovanje in boljši nadzor nad boleznijo ter zagotavlja najboljši možen zdravstveni izid. Poleg strokovnih smernic za obravnavo bolnika s sladkorno boleznijo je nastala potreba tudi po strokovnih spoznanjih humanističnih ved o posamezniku in razumevanju sveta, v katerem živimo in delujemo. To nam omogoča prepoznavanje različnosti, uči nas strpnosti in osvetljuje dileme humanizma sodobnega časa (soočanje z izzivi, kot so vrednote zdravja, bolezen, trpljenje, stres).



POMEMBNA SPOROČILA

- Razumevanje poteka razvoja posameznika od otroštva do odraslosti, temeljne osebnostne lastnosti ter medosebne razlike v splošni, čustveni inteligentnosti, oblikovanju lastnih stališč do zdravja in bolezni ter iskanje novih priložnosti v življenju, prispevajo k učinkovitemu procesu oskrbe bolnikov.
- V procesu oskrbe bolnika s sladkorno boleznijo je izrednega pomena učinkovita raba verbalne, neverbalne in asertivne komunikacije.
- Velik poudarek je na uporabi temeljnih motivacijskih tehnik, vključno z motivacijskim intervjujem.
- Razumevanje vedenjskih vzorcev, učinkovito spoprijemanje s stresom in načini treninga samoregulacijskih sposobnosti pripomorejo k obvladovanju življenjskih procesov in potekov.

Izkušnja kronične bolezni kot obremenilnega življenjskega dogodka

Mirjana Ule

Izkušnja kronične bolezni pomeni mnogo več kot izkušnjo fizičnih simptomov ali potrebo po negi in posebni oskrbi. Vsebuje metafore in pomene, moralne presoje ter prevpraševanja: "Zakaj prav jaz?"","Zakaj prav sedaj?". Izkušnja kronične bolezni postavi pod vprašaj ustaljene načine vsakdanjega življenja in načine doživljanja sebe. Ranljivost izvira tudi iz potencialnega neodobravanja in nesprejemanja okolja. Ko se človek spopada s kronično boleznijo, se torej ne spopada samo z oslabljenim telesom in fizično bolečino, ampak tudi s psihičnimi in socialnimi posledicami bolezni, z mnogimi negotovostmi in strahovi, ki so povezani z boleznijo, sedanjostjo, prihodnostjo, s spremenjeno samopodobo oz. odnosom do sebe, s spremenjenimi odnosi do sveta, do bližnjih, do dela. Te so včasih še bolj obremenjujoče kot sama fizična bolečina. Eden izmed načinov, da pridemo do osmislitve bolezni, je nekaj, čemur pravimo narativna rekonstrukcija življenjskega poteka in preusmeritev svoje življenjske zgodbe. Vloga naracije je umestitev bolezni v normalen življenjski potek, da se s tem ohranja integriteta kroničnega bolnika. Tu ne gre samo za funkcionalno prilagoditev bolnega telesa na zahteve zdrave družbe in tudi ne samo za pripovedovanje zgodbe o razvoju bolezni, ampak za socialno integracijo posameznika v družbo z vsemi izkušnjami in povratnimi informacijami, ki jih tak posameznik ali posameznica prinese v »družbo zdravih«. Ko (kronični) bolniki normalizirajo kontrolo simptomov in vsakdanje režime, lahko povečajo svoje sposobnosti in obvladujejo bolezen in življenje. Ustvarijo nove rutine norm in normalnosti. Lahko celo prvič v življenju obvladujejo življenje in doživijo celo boljšo kvaliteto življenja kot pred boleznijo.



POMEMBNA SPOROČILA

- Tisto, kar je boleče pri kronični bolezni, niso samo in predvsem nove življenjske ovire in težave, ampak občutek popolne drugačnosti, izvzetosti, kar lahko vodi v sekundarno izolacijo in osamitev.
- Izkušnja stigme je stalna grožnja v življenjskem poteku kroničnega bolnika. Stigma naredi bolnika ranljivega za negativne socialne identifikacije in samodefinicije.
- Kronični bolniki morajo obvladati predvsem tri strategije v svojem življenju: najti smisel življenja kljub trajni oviranosti, rekonstruirati red v življenjskem svetu, rekonstruirati samopodobo.
- Eden izmed načinov, da pridemo do osmislitve bolezni, je »narativna rekonstrukcija življenjskega poteka«, to pomeni umestitev bolezni v normalen življenjski potek, da se s tem ohranja integriteta kroničnega bolnika.

Timsko delo in postavljanje ciljev

Špela Korinšek Kaurin

Živimo v dobi, ko se ves čas soočamo z izjemno kompleksnimi nalogami, zato za en rezultat med seboj sodeluje cela vrsta ljudi, največkrat zelo različnih znanj, izkušenj in motivov. Tudi v zdravstvu se pogosto srečamo s situacijami, kjer je potreba po timskem delu velika. Ena od takih je zagotovo že sprejem novega pacienta.

Ker je vsak pacient edinstven primer, ki ima svoje potrebe in poglede na svet, je ključno, da zdravstveni delavci ugotovijo, kakšne so želje pacienta in na podlagi tega postavijo cilje, ki pacientu ob zdravljenju omogočajo čim bolj kakovostno življenje. Ker je treba za vsakega pacienta iskati ideje, možnosti za napredek in podporo, je dobrodošlo, da se za zdravljenje vsakega pacienta tvori tim, pri čemer je tudi pacient sam eden od članov tega tima.

Če definicija oblikovanja timov jasno predpostavlja zakonitosti delovanja učinkovitih timov, pa v današnjem hitrem tempu življenja vsega tega ne moremo upoštevati. Tako je nujno, da se prilagodimo razmeram in namesto klasičnih timov z jasno razdeljenimi vlogami, dobrim poznavanjem članov, … vodje tvorijo nove strukture timov, ki jih v sodobni literaturi najdemo pod pojmom teaming. Time se tvori zelo na hitro, z osebami, ki jih ne poznamo, ki so zelo različnih strok in osebnosti in je tako medsebojno nesebično sodelovanje še toliko bolj pomembno.

Zato da bo tim in teaming deloval dobro, je ključno predvsem to, da ljudje, ki so vključeni, čutijo zares močno željo po dosegu skupnega cilja in so se pripravljeni odpovedati svojemu egu za skupno dobro.



POMEMBNA SPOROČILA

- Ko sodelujemo v timu, medsebojno deljenje znanj, izkušenj, idej, … lahko prinese rezultate, ki jih kot posamezniki ne bi zmogli nikoli doseči.
- Zato da bi lahko zdravstveni delavci dobro opravili svoje delo, morajo poznati želje svojih pacientov in na tej osnovi oblikovati skupne cilje. Tako je vsak pacient edinstven izziv, ki zahteva timsko delo vseh vključenih, pri tem pa je treba tudi pacienta samega šteti kot člana tima.
- Skupinsko delo ni isto kot timsko delo, saj skupinsko delo opravljamo takrat, ko so naloge bolj preproste ali pa je pot do rešitve več ali manj znana in se delo opravi le kot skupni seštevek individualnih rezultatov, timsko delo pa je proces sodelovanja, ki povprečnim ljudem omogoči dosegati nadpovprečne rezultate.
- Skozi tim se oblikuje naravna moč motivacije, ki omogoča bolj vztrajno in zagrizeno napredovanje proti cilju, pri tem pa je ključno, da vsi v timu cilje poznajo in po možnosti tudi sodelujejo pri njihovem postavljanju.
- V idealnih pogojih je za uspešno delovanje tima potrebno, da se izbere člane z dopolnjevalnimi lastnostmi in osebnostmi, skupina mora imeti dovolj »uvajalnega« časa, da se člani med seboj spoznajo, si razdelijo vloge, določijo načine komuniciranja, …
- V današnjem hitrem tempu klasičen način postavljanja timov navadno ni več mogoč, zato je nastala nova oblika sodelovanja, t. i. teamingi - ko je treba time tvoriti zelo na hitro, z osebami, ki jih ne poznamo, ki so zelo različnih strok in osebnosti.
- Da bi lahko teamingi delovali uspešno, je nujno, da so vsi udeleženi motivirani za dosego skupinskega cilja (zdravje in kakovostno življenje pacienta, pri tem pa so se sposobni z empatijo odpovedati svojemu egu in se predati timski dinamiki).

Učinkovita komunikacija

Tomaž Vec

V današnjem svetu, v katerem težimo k hitremu doseganju rezultatov, se večkrat predpostavlja, da je dobra komunikacija dobra obveščenost in nudenje strokovnih informacij, ki jih damo bolniku, s katerimi bo sam nekaj spremenil v svojem ravnanju. Ob tem se nemalokrat postavljajo vprašanja, kot so na primer: »Ali ni ukvarjanje z dobro komunikacijo nepotrebno zapravljanje časa? Zakaj bi sploh morali najprej vedeti, kako se bolnik ob nečem počuti? Zakaj mu ne bi kar takoj pojasnili, dali vedeti, da mu mi damo neke strokovne, dobre informacije, nato pa je od njega odvisno, ali bo izbral dobre poti (sledil našim navodilom) ali bo škodil sam sebi?«

A če je naš osnovni cilj, da povečamo verjetnost, da bo bolnik upošteval strokovne smernice, potem moramo najprej izbrati razumevanje in pomoč bolniku pri zmanjševanju njegovih strahov, napačnih prepričanj ipd. In obratno, prehiter »pritisk« na bolnika, naj vendar upošteva naše predloge, saj za nami stoji stroka, utegne bolnik razumeti kot omalovažujoč odnos (t. i. jezik nesprejemanja), kar utegne voditi v odpor, tako do nasvetov kot do sprememb vedenja in celo do same komunikacije s strokovnim delavcem. Spoštovanje, pristnost in empatija so temeljni pogoji, ki omogočajo vzpostavljanje dobrega odnosa med strokovnim delavcem in bolnikom s sladkorno boleznijo. Empatičen strokovnjak bo videl bolnika ne le skozi njegovo diagnozo, ampak bo razumel tudi od kje izvirajo njegova doživljanja, stiske in včasih neracionalna vedenja. Vendar ga ob tem ne bodo preplavljala enaka čustva, zmožen bo določene čustvene distance, ki mu bo omogočala tudi bolj strokovno komunikacijo z bolnikom.

Dobra komunikacija, ki vodi v dober odnos, pa ni nekaj, kar bi nam bilo prirojeno, temveč se jo je treba sistematično učiti. Le tako ozaveščamo, prepoznavamo, upoštevamo in smiselno uporabljamo zakone komunikacije, načela učinkovitega sporočanja in učinkovitega prejemanja sporočil, se znamo izogibati oviram v komunikaciji in jih premagovati, kadar se pojavijo, ter smiselno in načrtno uporabljamo specifične tehnike komunikacije in tudi nebesedne komunikacijske prvine na načine, ki povečujejo verjetnost učinka na bolnika (da bo zares spremenil svoja vedenja, doživljanja in razmišljanja, povezana z boleznijo).



POMEMBNA SPOROČILA

- Dobra komunikacija (tako besedna kot nebesedna) ni nekaj, kar bi nam bilo prirojeno, temveč se je moramo sistematično učiti.
- Komunikacija je veliko več od dajanja navodil in informacij.
- Bolnik potrebuje več kot le posredovanje informacij, saj je predvsem odnos tisti, zaradi katerega bo bolnik zares spremenil svoja vedenja, doživljanja in razmišljanja, povezana z boleznijo
- Spoštovanje, pristnost in empatija so temeljni pogoji, ki omogočajo vzpostavljanje dobrega odnosa med strokovnim delavcem in bolnikom.
- Če je naš osnovni cilj, da povečamo verjetnost, da bo bolnik upošteval strokovne smernice, potem moramo najprej izbrati razumevanje in pomoč bolniku pri zmanjševanju njegovih strahov, napačnih prepričanj ipd.
- Prehiter »pritisk« na bolnika, naj vendar upošteva naše predloge, saj za nami stoji stroka, utegne bolnik razumeti kot omalovažujoč odnos, kar utegne voditi v odpor, tako do nasvetov kot do same komunikacije s strokovnim delavcem.

Si lahko obetamo spremembe v naslednjih 10 letih – Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni 2020-30

Jelka Zaletel

Skupna ideja partnerjev za izvajanje Nacionalnega plana za obvladovanje sladkorne bolezni 2020–2030 je: da bi bil posameznik s sladkorno boleznijo opolnomočen, torej da ima znanje, razumevanje in veščine v zvezi s svojo sladkorno boleznijo in da mu zdravstveni tim, ki ga zdravi, omogoča in ga podpira v odločanju na področju zdravega in kakovostnega življenja v zvezi s stvarmi, ki so njemu pomembne, je deležen usklajene in povezane oskrbe med ravnmi zdravstvenega varstva in znotraj zdravstvenega tima, ne glede na to, kje živi, ter da bi živel v aktivirani družbi, ki se zaveda pomena bremena sladkorne bolezni za posameznika, njegovo družino in bližnje, skupnost in za celotno družbo ter v družbi, ki soustvarja zdrav načina življenja za izboljšanje zdravja vseh ter za razvoj in blagostanje družbe.



POMEMBNA SPOROČILA

- Sladkorna bolezen ni edina lastnost posameznika, ki ima sladkorno bolezen.
- Zdravstvena pismenost pomeni, da ima posameznik znanje, motivacijo in zmožnost (kompetence), da dostopa, razume, vrednoti in uporablja zdravstvene informacije za presojanje in sprejemanje odločitev o zdravstveni oskrbi, preprečevanju bolezni in krepitvi zdravja za ohranjanje oziroma izboljšanje kakovosti svojega življenja v trenutni situaciji in v prihodnje.
- Zdravstveni strokovnjaki smo posamezniku lahko v veliko pomoč, lahko pa mu tudi nalagamo (pre)velika bremena.

Zakaj se jamranje ne splača?

Damjana Šmid

Uvod: Zgodba o sendviču

Nekoč je živel mož, ki je vsak dan hodil na delo. Ko je nastopil čas za malico, je iz torbe vsakič vzel sendvič. Sendvič s tuno. Jedel je in se pritoževal. Sendvič s tuno mu ni bil všeč. Ko se je že n-krat pritoževal nad sendvičem s tuno, mu je nekega dne sodelavec le rekel: "Pa reci ti svoji ženi, naj ti že končno naredi drug sendvič, ker ti ta tuna ni všeč." Mož ga je začudeno pogledal in mu rekel: "Saj si jaz sam delam sendviče."

Mnogo takšnih in drugačnih sendvičev si naredimo sami. Seveda se znajdemo tudi v situacijah, ko na okoliščine nimamo vpliva. Bolezen pride in ne izbira. Kljub temu imamo različne možnosti, kako se bomo v teh okoliščinah odzivali. Blizu nam je vloga žrtve, saj takrat dobimo več pozornosti. V to vlogo se lahko hitro zatakne tudi jamranje, tarnanje, pritoževanje … Treba se je vprašati, kakšno funkcijo ima moje vedenje? Ali mi jamranje prinaša koristi in katere? Ali bi lahko to zamenjal z bolj učinkovitim vedenjem? Ali je jamranje izraz moje trenutne stiske, počutja, nemoči ali to postaja navada, s katero izražam kronično nezadovoljstvo? To je podobno kot pri bolezni. Akutna stanja potrebujejo drugačen pristop kot kronična. Zato se je treba jamranju posvetiti in mu dati potrebno pozornost. Poslušanje, razumevanje, spoštovanje človekovega stanja, pripravljenost za spremembe, prevzemanje osebne odgovornosti, psihološke potrebe, motivacija – vse to ponudimo in raziščemo, da lahko skupaj s pacientom poiščemo boljše izbire, ki bodo zamenjale jamranje. Ne iščimo rešitev za pacienta, ampak ga aktivno vključimo. Predstavitev celostnega vedenja in psiholoških potreb nam je v veliko pomoč, saj pacient uvidi, na kaj vse ima vpliv in se lahko prestavi iz območja nemoči v območje vplivanja. Prav tako lahko vse to vedno stori tudi zaposleni, če se ob pacientu počuti nemočnega in ga pacient vedno znova vleče v svoj svet jamranja. Nastane časovna zanka, ko se tudi zaposleni počuti ujetega v svet jamranja, vendar bi hkrati naredil vse, da bi pacient spremenil svoje vedenje. Če je zdravje vrednota zaposlenih, še ni nujno, da je to tudi vrednota pacientov. Vrednote so gonilna sila našega vedenja, naše motivacije. Nerealno je pričakovati spremembo, če za pacienta zdravje ni vrednota. Realna pričakovanja so nujno potrebna pri delu s pacienti, sicer so zaposleni vedno na meji izgorevanja.

Našteta vprašanja in koraki so le okvir, v katerem lahko vsak naredi veliko.

Učinkovita vprašanja, ki jih postavljamo pacientu in so povezana z reševanjem problema:

Kaj je problem? (točna definicija)
Čigav je problem? (včasih probleme posvojimo, čeprav niso naši)
Kaj sem že storil, da bi ta problem rešil?
Ali je kaj od tega pomagalo, učinkovalo?
Če ni, kaj lahko še storim za rešitev tega problema?
Kakšno korist bi imel od rešenega problema?
Ali ga zares želim rešiti?
Koliko časa in energije sem pripravljen vložiti v to?
Kdo mi je lahko v pomoč?
Naštejmo deset možnosti za rešitev problema.
Poglejmo prednosti in slabosti posameznih rešitev.
Izberimo rešitve, ki so najbolj odvisne od nas.
Določimo način rešitve, cilj, časovno opredelitev.
Premaknimo se v reševanje.
Naštejmo še izgovore, ki jih bomo po vsej verjetnosti uporabili.
Še enkrat naštejmo koristi, ki jih bomo imeli.
S kom bomo delili, ko nam bo uspelo? Koga bomo poklicali?

To naj bo zapisano, saj ima napisano večji pomen kot izgovorjeno, hkrati pa nam je izhodišče za naslednje srečanje.

Koraki, ki so zaposlenim v pomoč:

1. Priprava zaposlenega na razgovor (Kaj pričakujem, kaj lahko ponudim, kakšne občutke imam pri tem, ali je stanje pacienta moja odgovornost, ali prevzemam njegovo odgovornost, ali me izčrpava, ali lahko časovno omejim jamranje, ali lahko sprejmem pacientovo apatičnost? in podobno).
2. Tri vprašanja: Kaj vem o pacientu? Kaj zares potrebuje? Kaj mu jaz lahko dam?
3. Poslušanje pacienta, iskanje razlogov za pacientovo vedenje.
4. Radovednost namesto predvidevanja. Sprejemanje namesto obsojanja.
5. Predstavitev celostnega vedenja in psiholoških potreb.
6. Vprašanja, ki so nam v pomoč pri reševanju problema.
7. Tukaj sem, če me potrebujete.
8. Najvišji nivo spoštovanja človeka je, da ga ne spreminjamo in da ne posegamo v stanja, v katerih želi biti in si jih je sam izbral. Tudi, če so zanj škodljiva. To je za zdravstvene in pedagoške delavce velika dilema. Mi bi tudi čarali, če bi lahko.

Pacienta konkretno vprašamo, ali želi, da mu pomagamo pri reševanju problema, oblikovanju navad, razvad. Če ne želi, je to njegova izbira. Sprejmimo jo in spoštujmo.



POMEMBNA SPOROČILA

- Ne moremo vplivati na vse okoliščine, lahko pa izbiramo možne odzive na okoliščine.
- Izbira je kot rezilo, s katerim si odrežemo boljše možnosti. To je darilo.
- Osebna odgovornost vsakega posameznika je z razlogom osebna.
- Tri vprašanja: Kaj vem o tem človeku? Kaj zares potrebuje? Kaj mu jaz lahko dam?
- Vrednote in prepričanja so poleg psiholoških potreb gonilna sila našega vedenja.
- Celostno vedenje, ki je podobno avtu, ki ima pogon na vsa štiri kolesa, nas pelje proti cilju ali zadrži na mestu.
- Jamrati je človeško, zavedati se tega, in to spremeniti, pa božansko.
- Res je, da nad našimi glavami letajo ptiči strahu in tesnobe, ni pa treba, da v naših glavah spletajo gnezda. (kitajski pregovor)

Telesna aktivnost – iz teorije v prakso

Špela Volčanšek, Milenka Poljanec Bohnec

Redna telesna dejavnost je ena od najpomembnejših dejavnosti za vzdrževanje telesnega in duševnega zdravja. Blaži upad psihofizičnih in funkcionalnih sposobnosti telesa, pomaga pri vzpostavljanju stikov in tako pomembno prispeva h kakovosti življenja ljudi v vseh starostnih skupinah.

Priporočila glede telesne dejavnosti
DOVOLJ DOLGO

Priporoča se vsaj:

- **30 minut zmerne aerobne** (150 minut na teden) redne telesne dejavnosti (od 50 do 70 odstotkov maksimalne srčne frekvence), vsaj 5 dni v tednu, **z začetnim ogrevanjem in ohlajanjem na koncu vadbe**, kar ugodno vpliva na presnovo in varuje zdravje.

Telesna dejavnost ne pomeni samo vadbe s pripomočki, lahko je tudi hitra hoja. Enako 15-minutni telesni dejavnosti je 2000 korakov. Dnevno se svetuje najmanj 10.000 korakov, kar je enako kot 150 minut druge telesne dejavnosti na teden.

DOVOLJ POGOSTO

Telesna dejavnost naj bo raznolika, učinkovita in uravnotežena:

- enakomerno razporejena vsaj petkrat v tednu, med dvema vadbama pa naj ne mine več kot dva dni brez dejavnosti (koristi telesne dejavnosti izzvenijo v 24 do 72 urah),
- še bolje vsak dan v tednu.

Skrajšati je treba tudi čas sedenja in ga prekinjati vsakih 90 minut.
Splošna navodila za učinkovito telesno dejavnost lahko povzamemo v izmenjavi **zmerne aerobne vadbe vsaj petkrat na teden po 30 minut** (tek, hitra hoja) in **dva- do trikrat na teden po 30 minut treninga za moč - anaerobna vadba** za izgradnjo mišične mase in povečanje metabolizma (vaje z utežmi in podobno).
Mišice potrebujejo 24 do 48 ur počitka med treningi za moč, zato jih je smiselno aktivirati izmenično (vsak drug dan iste).
Raztezne vaje, kot je joga, pomagajo pridobiti in ohraniti prožnost.

DOVOLJ INTENZIVNO

Da se posameznik rahlo zadiha in/ali spoti. Intenzivnost telesne dejavnosti se oceni s številom srčnih utripov (pulzov) v eni minuti.
Lahka telesna dejavnost: do 50 odstotkov osebnega najvišjega srčnega utripa. Z njo se porabi manj kot 3,5 kcal v minuti.
Tako dejavnost predstavljajo na primer sprehodi, počasna hoja, nezahtevna gospodinjska opravila.
Zmerna telesna dejavnost: od 50 do 70 odstotkov osebnega najvišjega srčnega utripa in poraba od 3,5 do 7 kcal na minuto. Taka vadba ima največ koristnih učinkov le ob rednem izvajanju.
Take dejavnosti so na primer hitra hoja, ples, plavanje, vrtnarjenje, kolesarjenje, tenis, igre z žogo.
Intenzivna telesna dejavnost: več kot 70 odstotkov osebnega najvišjega srčnega utripa in poraba več kot 7 kcal na minuto.
Sem spadajo tek, težko fizično delo, kolesarjenje navkreber, tekmovalni ples, hitro plavanje.

POMEMBNA SPOROČILA

- **Samovodenje je del oskrbe bolnika s sladkorno boleznijo** in pomeni sposobnost ustreznega ukrepanja (izbiro ustreznega prehranskega režima, izbiro ustrezne telesne dejavnosti in prilagajanje odmerkov zdravil) glede na izmerjene vrednosti glukoze v krvi za doseganje ciljnih vrednosti brez hipoglikemij.
- **Tako aerobna vadba kot vaje za mišično moč sta primerni in želeni vrsti vadbe.** Priporoča se najmanj 150 minut na teden aerobne vadbe in vsaj dva tedenska treninga moči, čeprav manjše količine aktivnosti še vedno prinašajo zdravstvene koristi.
- **Telesno vadbo predpišemo kot terapevtski ukrep in ga podkrepimo z ustrezno strokovno podporo in nasveti.**
- **Program telesne vadbe mora biti individualiziran** glede na telesno zmogljivost, farmakološko zdravljenje, prisotnost in težavnostno stopnjo zapletov sladkorne bolezni,želje in cilje posameznika ter pričakovane koristi vadbenega programa.
- **Z bolnikom poiščemo realne cilje** ter načine za redno izvajanje telesne dejavnosti, saj s tem zmanjšamo ovire in poiščemo možnosti za redno izvajanje telesne dejavnosti.



Zdravilna moč besede

Sanela Banović

Danes se veliko govori o stresu in depresiji. Kar povezuje ti dve stanji, je občutek nemira, nesproščenosti in napetosti, ki nas lahko popeljejo vedno globlje, ter nas oddaljujejo od psihičnega in fizičnega zdravja. V svojem predavanju dajem poudarek pomembnost psihološke kleti v vsakdanjem življenju, zakaj nanjo ne smemo pozabiti, ter kakšna je vloga toksične misli in njen vertikalni in horizontalni prenos. Psihološko zdravje je umetnost in mistika ter pomemben del zdrave strukture osebnosti. Kako se povezujeta telesno in duševno, je ljudi zanimalo od nekdaj, saj se vse znane tradicionalne medicine v svojem bistvu ukvarjajo prav s tem vprašanjem. Dober odnos do sebe in drugih vpliva na naše življenje, še posebej na zdravje. Osebnostni in socialni potenciali so potrebni za vzdrževanje psihološkega zdravja in uspešno reševanje problemov. Govorim tudi o tehnikah sproščanja, s katerimi umirimo in skoncentriramo svoj um, si naberemo nove zaloge energije, s čimer si izboljšamo celotno počutje. Sproščeno stanje telesa in duha namreč upočasnjuje srčni utrip in znižuje krvni tlak ter tako pospešuje prekrvavitev večjih mišic in zmanjšuje njihovo napetost. Poseben poudarek dajem na pomembnost vsakdanjega psihološkega orgazma.



POMEMBNA SPOROČILA

- Kako poskrbeti in poslušati potrebe svojega telesa?
- Emocionalni možgani in pojem zadovoljstva
- Stres v vsakdanjem življenju in kako živeti z njim
- Različne tehnike sproščanja in reševanje vzroka stresnega dogodka

Debelina intime - medie karotidne arterije kot dejavnik tveganja za srčno - žilne zaplete pri otrocih in mladostnikih s sladkorno boleznijo tipa 1

Jasmina Horvat

Razvoj ateroskleroze (AS) in posledično kardiovaskularnih bolezni imajo ključno vlogo pri obolevnosti in povečanju smrtnosti pri bolnikih s sladkorno boleznijo (SB).
Za preprečevanje je pomembno, da razvoj AS odkrijemo že zgodaj v otroštvu in se usmerimo na rizične dejavnike, ki pospešujejo razvoj AS.
Ti dejavniki so slabo urejena SB, debelost, visok krvni tlak, slaba fizična zmogljivost, hiperholesterolemija.
Čeprav se klinični zapleti ateroskleroze, kot sta srčni infarkt in možganska kap
običajno pojavijo v srednji in pozni starosti, se sam proces ateroskleroze v žilni steni začne že v otroštvu in se ob prisotnih dejavnikih tveganja pozneje pospešeno razvija.
Pri zgodnjem odkrivanju AS so nam v pomoč neinvazivni bio-markerji. Eden od njih je debelina notranjih dveh plasti žilne stene karotidne arterije, intime in medie (cIMT), kar odraža stopnjo AS v celem telesu. Lahko jo izmerimo ultrazvočno, pri sodelujočih otrocih, že od 6. leta naprej.

Karotidne arterije so blizu telesne površine in so z ultrazvokom lahko dostopne. Metoda je neinvazivna, varna, ponovljiva in zanesljiva in je bila kot zgodnji kazalec AS uporabljena že v številnih epidemioloških in kliničnih raziskavah.
Višje tveganje za razvoj AS imajo posamezniki, ki s SB1 zbolijo zgodaj v otroštvu. Možno je, da je presnovni učinek sladkorne bolezni v mlajši dobi drugačen kot pozneje v življenju in to vpliva na hitrost nastanka sprememb v žilni steni.
Sami mehanizmi nam še niso dovolj poznani, zato je pri načrtovanju ukrepov in obvladovanju KŽB pomembno sledenje stanja žilnega zdravja že od otroške dobe dalje. Z meritvama cIMT in hitrostjo pulznega vala (PWV) smo na Kliničnem oddelku za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni začeli spremljati ta proces.
Ob uvajanju novih metod referenčne vrednosti skupne debeline intime in medije ter hitrosti pulznega vala niso bile znane, zato smo na populaciji zdravih otrok izvedli raziskavo.
Vključenih je bilo 1202 zdravih otrok in mladostnikov med 6 do 18 letom. cIMT smo izmerili pri vseh, hitrost pulznega vala (PWV) pa pri 158 otrocih in mladostnikih.
Namen je uporabiti metodo za opredelitev srčno-žilne ogroženosti pri skupinah otrok in mladostnikov, ki so ogroženi zaradi komponent metaboličnega sindroma (dislipidemija, sindrom policističnih jajčnikov, po zdravljenju raka, SB tip 1).



POMEMBNA SPOROČILA

- Neinvazivna ultrazvočna meritev debeline stene intime-medije karotidne arterije (cIMT) je bio-marker generalizirane AS.
- Pri otrocih, mladostnikih in odraslih s SB1 je cIMT v splošnem debelejša v primerjavi z enako starimi zdravimi osebami.
- Na debelino cIMT pri bolnikih s SB1 poleg splošnih dejavnikov tveganja vpliva tudi urejenost SB1. Kronično povišana raven krvnega sladkorja spodbuja tvorbo AS sprememb v žilni steni.
- Višje tveganje za razvoj AS imajo posamezniki, ki s SB1 zbolijo zgodaj v otroštvu. Sam proces ateroskleroze se v žilni steni začne že v otroštvu in se ob prisotnih dejavnikih tveganja pozneje pospešeno razvija.

Edukacija otrok in mladostnikov s sladkorno boleznijo tipa 1

Urška Sever

Sladkorna bolezen tipa 1 (SBT1) je avtoimuna kronična bolezen, ki najpogosteje prizadene mlade. V dveh tretjinah novoodkritih primerov gre za otroke in mladostnike, mlajše od 18 let.

V Sloveniji so vsi otroci in mladosntiki s SBT1 obravnavani centralno na Kliničnem oddelku za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni (KOEDPB) na Pediatrični kliniki v Ljubljani, z željo, da imajo vsi otroci s sladkorno boleznijo v državi enakovredno obravnavo, zdravstveno oskrbo in edukacijo.

Z edukacijo ob novoodkriti SBT1 začnemo že v prvih dneh po postavitvi diagnoze. V edukacijski proces se poleg diplomirane medicinske sestre edukatorke vključujejo pediater diabetolog, zdravstveni tehniki, dietetik in psiholog, saj je izredno pomemben multidisciplinaren pristop.

Prve dni začnemo edukacijo s splošnimi informacijami o sladkorni bolezni, zgodovini sladkorne bolezni, novem načinu življenja in prilagajanjih, ki bodo potrebna. Nadaljujemo s pomenom samokontrole, seznanimo jih s pomenom meritev sladkorja v krvi ter sladkorja in ketonov urinu. Poučimo jih o vrstah inzulina, njihovem delovanju, shranjevanju, pravilni pripravi in pravilnem apliciranju inzulina. Pomemben del edukacije zajemata temi o prepoznavanju in pravilnih ukrepih ob hipoglikemiji in hiperglikemiji ter ketoacidozi. Naučimo jih tudi ukrepov ob hipoglikemiji z nezavestjo, uporabo Glukagena. Pozneje nadgradimo znanje s pravili spreminjanja odmerkov inzulina. Ves čas edukacije jih vključujemo v praktične naloge in preverjamo njihovo znanje, spodbujamo jih, da aktivno sodelujejo, rešujejo situacije na primerih. Ko to znanje osvojijo, pa ga začnemo nadgrajevati, poučimo jih o ukrepih ob športnih aktivnostih, stresnih situacijah in bolezni. Pomemben del edukacije je tudi pogovor o varovalni prehrani pri sladkorni bolezni, ki ga nadgradimo še s posvetom pri dietetiku. Starše in otroke poučimo tudi o pripravi na daljša potovanja, ne izpustimo niti pomembnega poglavja o poznih zapletih sladkorne bolezni.

Z edukacijo nadaljujemo ob prvem ambulantnem pregledu po odpustu iz bolnišnice, ko družina opravi posvet pri pediatru – diabetologu, dietetiku in diplomirani medicinski sestri edukatorki ter po potrebi pri psihologu. Otrok oz. mladostnik pred edukacijo izpolni validiran vprašalnik, ob katerem se edukacija ciljano poglobi.

V Sloveniji zelo zgodaj uvajamo zdravljenje z inzulinsko črpalko, saj jo večina otrok prejme v povprečju od šest do dvanajst mesecev po odkritju bolezni, pri otrocih do tretjega leta starosti pa takoj na začetku zdravljenja. Ko uvajamo inzulinsko črpalko, je potrebna dodatna edukacija. To nadgradimo po treh do štirih tednih še z uvajanjem dodatnih funkcij inzulinske črpalke. Če je otrok mlajši od sedmih let, pa ima možnost uporabe sistema za neprekinjeno merjenje sladkorja v medcelični. Tudi v tem primeru organiziramo posebno edukacijo.

V sklopu ambulantnih obravnav na KOEDBP izvajamo redno tudi reedukacije, in sicer v primeru slabega vodenja SBT1, pri katerih se dodatno posvetimo temam, pri katerih imata otrok/mladostnik in njegova družina največ težav.

Ob letnih kontrolah v ambulanti pa so otroci in mladostniki povabljeni v program »Razširjene letne kotrole«, da obnovijo svoje znanje o vodenju sladkorne bolezni.

POMEMBNA SPOROČILA

- Zelo pomembna je prva seznanitev družine z osnovnimi informacijami že v prvih dneh po postavitvi diagnoze. Pomembno je, da se v proces edukacije poleg staršev/skrbnikov vključi še brate, sestre, babice, dedke ...
- Dobra edukacija je ključ do dobro vodene sladkorne bolezni. Družine, ki bodo prejele dovolj znanja o SBT1, bodo bolje skrbele za otroka s SBT1 in bodo pripomogle k boljšemu izidu zdravljenja.
- Stopenjska edukacija, ki je prilagojena otroku/mladostniku in njegovi družini, je tista, ki bo vplivala na vodenje bolezni, saj ima prav edukacija ugoden učinek na presnovno urejenost in psihosocialno ugodje.
- SBT1 od otroka/mladostnika in njegove družine zahteva vsakodnevno prilagajanje na različnih življenjskih področjih, zato sta edukacija in njena uspešnost zelo pomembna.



Nazaj v vrtec in šolo – izobraževanje vzgojiteljev in učiteljev o sladkorni bolezni tipa 1

Barbara Murn Berkopec

V zadnjih petdesetih letih pogostost sladkorne bolezni tipa 1 (SBT1) po vsem svetu narašča, v zadnjih desetletjih za 3,9 % letno. Epidemiološke raziskave v Evropi in svetu kažejo, da se pogostost SBT1 pri otrocih, mlajših od 5 let, povečuje še hitreje, za več kot 7 % letno. Podoben trend opažamo tudi v Sloveniji, kjer pogostost SBT1 narašča v povprečju 3,77 % letno, pri mlajših od 5 let pa beležimo kar 6-odstotni letni porast.

Zadnjih 25 let smo priča hitrim in intenzivnim spremembam pri obravnavi otrok in mladostnikov s SBT1. Zaradi uporabe sodobne tehnologije za vodenje sladkorne bolezni, se povečuje potreba po edukaciji, ne samo otrok s SBT1 in njihovih družin, ampak tudi širše okolice, ki je v stiku z otrokom s SBT1.

Ključen element za ugoden izid bolezni je kakovostna edukacija. Otroci preživijo tedensko tudi več kot 30 ur v šoli ali vrtcu, zato je pomembno, da v proces edukacije vključimo tudi učitelje, vzgojitelje in trenerje.

Na Pediatrični kliniki na Kliničnem oddelku za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni smo začeli z izobraževanjem vzgojiteljev in učiteljev že pred 15 leti. Vsako leto se izobraževanja udeleži večje število učiteljev in vzgojiteljev. Edukacija se dotakne vseh vidikov sladkorne bolezni in vključuje predavanje pediatra diabetologa, edukatorke, dietetika in psihologa ter praktičen prikaz vseh pripomočkov za vodenje sladkorne bolezni. Edukacija poteka skupinsko in individualno. Skupinske edukacije organiziramo ob začetku novega šolskega leta. Če otrok zboli med letom in v vrtcu ali šoli potrebujejo dodatne informacije in izobraževanje, takoj organiziramo individualno edukacijo tudi med letom.

Od leta 2010 uporabljamo zdravstveni načrt za otroka s SBT1, ki ga izročimo vsem staršem ob odhodu iz bolnišnice ter učiteljem na izobraževanju. Namen zdravstvenega načrta je strukturiran način vodenja sladkorne bolezni v vrtcih in šolah s poudarkom na varovalni prehrani, rednem merjenju krvnega sladkorja in ukrepih ob akutnih zapletih. Leta 2011 smo izdali še posebno knjižico o SBT1, ki je namenjena učiteljem in vzgojiteljem, v kratkem pa bodo na naši spletni strani učiteljem in vzgojiteljem dostopne še dodatne informacije glede dobrega vodenja sladkorne bolezni in tudi praktičen prikaz uporabe pripomočkov za vodenje sladkorne bolezni. Namen izobraževanja učiteljev je, da pravilno ukrepajo ob ključnih situacijah pri otroku s SBT1.



POMEMBNA SPOROČILA

- Pogostost diabetesa narašča po vsem svetu, otroci zbolevajo vedno mlajši.
- Tehnologija za vodenje sladkorne bolezni (črpalka, senzor) je zahtevna in zahteva dobro edukacijo.
- Otrok s sladkorno boleznijo ima pravico do vključitve v vrtec/šolo.
- Otrok s sladkorno boleznijo mora imeti prilagojeno prehrano.
- Vključevanje otrok v vrtec ali šolo zahteva kakovostno edukacijo in pomoč vzgojiteljem in učiteljem.
- Za vodenje sladkorne bolezni v vrtcu ali šoli sta potrebna ustrezna literatura in zdravstveni načrt.

Funkcionalna insulinska terapija v praksi – kako pridobiti voljo za natančen pristop?

Katarina Peklaj

Funkcionalna insulinska terapija (FIT) se izvaja s ciljem izboljšanja urejenosti sladkorne bolezni, ki pa naj bi jo bolnik izvajal z željo po novem znanju in željo po izboljšanju sladkorne bolezni.J
FIT je nadgradnja bolnikovega znanja o osnovnem samovodenju ob intenzivirani insulinski terapiji in je zato toliko bolj pomembno, da se izvaja, ko je bolnik že osvojil edukacijo o osnovah insulinske terapije in samovodenju.

Učenje FIT in implementacija v prakso se obrestujeta pri večini vključenih bolnikov, saj se izboljšata vodenje sladkorne bolezni in bolnikovo zadovoljstvo: zniža se HbA1c, zmanjša se pojavnost hipoglikemij/hiperglikemij, zniža se celodnevni odmerek insulina, zniža se telesna teža z večjo kontrolo nad vnosom ogljikovih hidratov v prehrani, zmanjša se število napak, ki bolnika vodijo do pojava hipoglikemij/hiperglikemij.

Pomembno pa je, da se FIT izvaja, ko je bolnik na to pripravljen, se pravi ima motivacijo. Motivacija je potrebna za izvajanje pogostejše samokontrole kot tudi metode štetja ogljikovih hidratov v prehrani, ki za sabo potegne tudi tehtanje živil, saj bo le tako lahko pri sami metodi kar se da natančen.
Če motivacije ni, mu ponudimo psihološko podporo – vključimo psihologa, če le bolnik privoli v to, sicer s FIT-om raje ne začenjamo in počakamo na trenutek notranje motivacije, na čas, ko bo pri bolniku nov motiv, npr. nosečnost pri sladkorni bolezni tip 1 ali pa žal včasih tudi kronična rana ali drug dejavnik, ki ga prisili, da spremeni dosedanje ravnanje v boljše vodenje sladkorne bolezni.

Pomembna so tudi pozitivna sporočila bolniku, ko na novo osvaja znanje FIT, da vidi primere, v katerih so posamezniki s FIT-om že izboljšali urejenost sladkorne bolezni, hkrati pa tudi zato, da vidi razlike med natančnim štetjem OH in odmerjanjem insulinskih odmerkov ter oceno »na oko«.

Za uspeh FIT v praksi posameznika je potrebno:
- timsko (diabetolog, edukator, bolnik) ter individualno postavljanje ciljev za vsakega bolnika s sladkorno boleznijo (ciljno območje glukoze v krvi, dosegljiv HbA1c) glede na motivacijo, sposobnosti dojemanja, zmožnosti, ki ga pripeljejo do opolnomočenja!
- Edukatorjeva spretnost prepoznavanja »koliko, komu?« Delovati po načelu »manj je več«, da ne bo imel bolnik večjega bremena za vodenje sladkorne bolezni ob FIT-u, kot ga je imel prej.
- Realna ocena sposobnosti posameznika za prehode na insulinsko črpalko in/ali senzorski sistem!

Program teorije FIT mora biti podkrepljen s čim več vajami, ki ponazarjajo njihove (bolnikove) realne dneve.



POMEMBNA SPOROČILA

- Če je motivacija, je tudi uspeh FIT v praksi posameznika.
- Nujna je prilagoditev programa posamezniku glede na njegovo dojemanje.
- Pomembna je potrditev bolniku, da dela prav, kar mu dviguje motivacijo in samozavest.
- Pomembna je pohvala kot del spodbude.
- Potrebna sta čas in postopnost FIT.
- Pomembna je pomoč edukatorja pri implementaciji FIT v prakso posameznika.

Zdravstvena nega bolnikov s tumorji hipofize

Vlasta Hočevar

Hipofizni tumorji so neoplazme, ki zrastejo v turškem sedlu ali njegovi neposredni bližini. Skoraj vedno so benigni in nastanejo iz celic hipofize (adenomi) ali iz ostankov kraniofaringealnega voda (kraniofaringeomi). V hipotalamično-hipofiznem območju pa lahko nastanejo tudi tvorbe, ki izvirajo iz drugih tkiv: meningeomi, supraselarni germinomi, gliomi, hordomi, epidermoidne ciste, hemangiomi, kostni tumorji, zasevki malignomov, itd ... Najpogostejši so hipofizni adenomi. Najdejo jih pri 10 do 20 % umrlih, ki jih obducirajo. Pri večini najdeni adenomi za časa življenja niso povzročali nobenih jasnih kliničnih znakov. Hipofizni tumorji, ki povzročajo klinične simptome, zavzemajo 10 % vseh intrakranialnih novotvorb.

Zdravstvena nega bolnikov s hipofiznimi tumorji je pomembna z vidika zagotavljanja osnovnih življenjskih potreb, saj so bolniki po operativnem posegu prestrašeni, nepoučeni in zaskrbljeni glede izida zdravstvenega stanja. Medicinska sestra mora delovati v smeri poučevanja, izobraževanja bolnikov in zagotavljati ustrezno zdravstveno nego, ki bo pripomogla k čim boljšemu končnemu stanju bolnika.

Zdravstvena nega bolnikov s hipofiznimi tumorji obsega sodelovanje z drugimi službami zdravstvene nege (Očesna klinika, Nevrokirurška klinika, KIR, …).



POMEMBNA SPOROČILA

- Hipofizni tumorji so neoplazme, ki so v 95 % benignega izvora.
- Kakovost življenja po odkriti diagnozi in zdravljenju ostane skoraj nespremenjena.
- Zdravstvena nega je močno vpeta v procesu odkrivanja in zdravljenja tumorjev.
- S sodobnimi metodami odkrivanja in zdravljenja hipofiznih tumorjev ne zaostajamo za ostalimi centri.

Klinična ocena tveganja za zlom- FRAX

Mirela Ožura

Osteoporoza je sistemska skeletna bolezen krhkih kosti, ki sčasoma poslabša kakovost življenja zaradi zmanjšane gibljivosti in pogostejših padcev. Zaradi zmanjšane kostne gostote, so kosti bolj krhke in dovzetne za zlome. Preden se kost zlomi, osteoporoza ne povzroča nobenih težav, zato jo imenujemo tudi tiha bolezen. Pri odkrivanju osteoporoze si pomagamo z merjenjem mineralne kostne gostote (MKG) z dvoenergijsko rentgensko absorpciometrijo (DXA). S to meritvijo lahko odkrijemo osteoporozo pred pojavom zlomov in napovemo, kakšna je nevarnost zloma. S ponovnimi meritvami ocenimo izgubo kostne mase v določenem časovnem intervalu ali pa spremljamo učinek zdravljenja osteoporoze. Poleg DXA pa si še lahko pomagamo z računalniškim modelom FRAX, ki vključuje pomembne dejavnike tveganja za zlom. Tako se lahko zdravnik odloči za začetek zdravljenja brez merjenja MKG. Računalniški model FRAX je bil razvit za oceno tveganja za osteoporozni zlom. FRAX je bil razvit na podlagi proučevanja populacij. Za Slovenijo uporabljamo FRAX Velike Britanije, ker najbolj ustreza epidemiološki situaciji glede incidence zlomov kolka. S FRAX-om izračunamo verjetnost zlomov v odstotkih oziroma tveganje, da bodo v naslednjih desetih letih utrpeli enega od štirih najpogostejših osteoporoznih zlomov, kot so zlomi vretenc, kolka, zapestja in nadlahtnice. Verjetnost za zlome opredelimo kot nizko, zmerno in visoko. Uporabljamo ga za vse ženske po menopavzi in za moške starejše od 50 let. Ne uporabljamo pa ga za bolnike, ki se že zdravijo za osteoporozo. Klinični dejavniki tveganja, ki se uporabljajo v orodju FRAX vključujejo trenutno starost, spol, predhodne osteoporozne zlome, zlom kolka pri starših, trenutno kajenje, peroralni glukokortikoidi več kot tri mesece v odmerku 4 mg na dan ali več, vnos alkohola (tri ali več enot na dan), revmatoidni artritis in sekundarna osteoporoza (sladkorna bolezen tip 1, hipogonadizem, prezgodnja menopavza <45 let, hiperparatiroidizem, kronična podhranjenost, malabsorbcija, transplatacija organov, kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB), ...).

Osteoporoza zaradi vse daljše življenjske dobe postaja eden večjih zdravstvenih problemov, zato je pomembno prepoznavanje vseh dejavnikov tveganja, s katerimi preprečimo zlome. Z zgodnjo diagnozo, ustrezno preventivo in učinkovitim zdravljenjem lahko preprečimo zlome.



POMEMBNA SPOROČILA

- Do zlomov pride zaradi zmanjšanja kostne gostote.
- S kliničnimi dejavniki tveganja za zlom uporabljamo orodje FRAX.
- Za odkrivanje in spremljanje zdravljenja osteoporoze uporabimo merjenje MKG z DXA.
- FRAX uporabljamo pri ženskah v menopavzi in pri moških nad 50 let.
- S priporočili za zdravo življenje, pomembno prispevamo k boljši kvaliteti pacientovega življenja.

»Rdeča, rumena, zelena«. Pomoč bolniku je ponujena!

Metka Fister, Mateja Tomažin Šporar, Katarina Peklaj

Kartice »rdeča, zelena, rumena« so pripomočki, ki so bolniku v pomoč pri vodenju sladkorne bolezni. Usmerjeno ga vodijo v iskanje možnih vzrokov in mu nudijo nabor priporočenih ukrepov v primeru hipoglikemij in hiperglikemij.
Pomemben del kartic so barve. Rdeča pomeni krvni sladkor pod 3,9 mmol/l, zelena med 3,9-10 mmol/l, rumena pa nad 10 mmol/l. Glede na izmerjeno vrednost krvnega sladkorja bolnik na kartici poišče možen vzrok in ustrezen ukrep, ki ga izvede v dani situaciji.

Na voljo je šest kartic glede na vrsto zdravljenja, med katerimi edukator izbere ustrezno:
- prehrana,
- tablete, ki ne povzročajo hipoglikemije,
- tablete, ki lahko povzročajo hipoglikemijo,
- bazalni insulin pred spanjem,
- bifazični insulin in
- intenzivirana insulinska terapija.



POMEMBNA SPOROČILA

S pomočjo kartic **edukator usmerja bolnika** glede na vrsto zdravljenja:
- od vzroka k ukrepu,
- glede na barve rdeča, zelena, rumena,
- k iskanju najpogostejših vzrokov hipoglikemij/hiperglikemij in
- k pravilnemu ukrepanju ob hipoglikemiji/hiperglikemiji.

S pomočjo kartic dosežemo večjo samozavest pri samovodenju bolezni.

Primer dobre prakse - vikend delavnice za paciente s sladkorno boleznijo tipa 1

Ajda Cenčič, Jana Komel

Dokazano je, da je učenje o sladkorni bolezni tipa 1 (SB1) bolj učinkovito, če je v skupini. Pacienti lahko prek lastnih izkušenj ocenijo vrednost naučenega in znanje delijo med seboj. Ugotovili so tudi, da so bili otroci, ki so se udeležili poletnih ˝kampov˝ za otroke s SB1 (v ZDA potekajo že od leta 1925), bolj samozavestni in učinkovitejši pri vodenju sladkorne bolezni. O podobnih rezultatih poročajo tudi pri odraslih pacientih s SB1, ki se udeležijo ˝kampov˝ oziroma večdnevnih delavnic o vodenju sladkorne bolezni. Poletni kampi (kolonije) za otroke s SB1 potekajo tudi pri nas – organizira jih Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in bolezni presnove Pediatrične klinike UKC Ljubljana. Podobnih ˝kampov˝ za odrasle s SB1 pa v Sloveniji še ni.

Maja 2019 smo organizirali prvi vikend kamp za odrasle paciente s SB1. Cilj raziskave je bil dokazati, da so pacienti s SB1, ki se poleg standardne edukacije udeležijo delavnic o nadzoru sladkorne bolezni v skupini (dvodnevna edukacija z druženjem) samozavestnejši in učinkovitejši pri samovodenju sladkorne bolezni.

Vključili smo 10 pacientov s SB1 na inzulinski črpalki, ki so že prejeli standardno edukacijo o SB1 ob odkritju bolezni. Med vikend kampom so opravili delavnice o štetju ogljikovih hidratov in prilagajanju odmerkov inzulina. Nato smo jih naučili, kako rokovati z inzulinsko črpalko v kombinaciji s senzorjem in kako prenesti podatke iz obeh naprav. Pogovarjali smo se o uporabi družbenih omrežij za obvladovanje sladkorne bolezni, razpravljali o vseh dostopnih aplikacijah in njihovi uporabi. Imeli so delavnico o FIT-u (funkcionalna inzulinska terapija) in o njeni uporabi v praksi. Potekala je tudi delavnica o telesni vadbi (predvsem z namenom paciente naučiti razlike med aerobno in anaerobno vadbo), s spremljanjem krvnega sladkorja pred, med in po vadbi.

Udeleženci delavnic so bili z delavnicami na vikend kampu zelo zadovoljni. Povedali so, da so se poleg obnovitve znanja o sladkorni bolezni tudi veliko novega naučili. Sklenili so nova prijateljstva in izrazili željo, da bi se še kdaj udeležili tovrstnih delavnic.



POMEMBNA SPOROČILA

- Pacienti s SB1, ki se poleg standardne edukacije, udeležijo dvodnevnih delavnic o nadzoru sladkorne bolezni v skupini (edukacija z druženjem), so samozavestnejši in učinkovitejši pri samovodenju sladkorne bolezni.
- Maja 2019 je Specialistična ambulanta za diabetike Koper organizirala prvi vikend kamp za odrasle uporabnike inzulinskih črpalk v Sloveniji.

Učinki samokontrole z ukrepom in uporabo nove aplikacije pri obvladovanju krvnega sladkorja pri pacientih s sladkorno boleznijo tipa 2

Krošelj Polona

Visok krvni sladkor običajno ne povzroča opozorilnih znakov ali simptomov. Mnogi pacienti s sladkorno boleznijo niti ne vedo, da imajo zvišan krvni sladkor, zato je od njih težko pričakovati, da bodo uvedli spremembe življenjskega sloga. Samokontrola je osnovno orodje za vodenje sladkorne bolezni in omogoči opolnomočenje pacienta za samooskrbo. Raziskave so pokazale, da so imeli pacienti s sladkorno boleznijo, ki so izvajali samokontrolo, bolj urejeno sladkorno bolezen.

V ta namen je v specialistični ambulanti za diabetike Zdravstvenega doma Koper potekala raziskava, s katero smo ovrednotili učinke samokontrole z uporabo aplikacije Contour Diabetes v povezavi s Karticami izzivov proizvajalca Ascensia Diabetes Care.

Proizvajalec je pripravil serijo Kartic izzivov, katerih namen je pacienta motivirati za sprejemanje ustreznih odločitev, ki so individualizirane skladno z navodili edukatorke.

Raziskava je potekala od aprila do junija 2019. Vključili smo 32 naključnih pacientov s sladkorno boleznijo tipa 2, ki se ne zdravijo z insulinom, ter imajo primerne pametne telefone.

Na prvem obisku smo pacientom izročili merilnike Contour Next One, ki se povezujejo z aplikacijo Contour Diabetes ter jih naučili izvajanja samokontrole. Dva tedna so merili krvni sladkor po principu "parnih meritev". Po elektronski pošti so nam poslali 14-dnevno poročilo izmerjenih vrednosti. Na osnovi zaznanega vzorca smo jim po telefonskem pogovoru izbrali ustrezno kartico in individualizirano navodilo. Pacient je še dva tedna nadaljeval z izvajanjem meritev ter upošteval navodilo na Kartici izzivov. Nato so nam ponovno poslali 14-dnevno poročilo meritev.

Po poteku tega obdobja smo primerjali dobljeno povprečje meritev pred obroki z dobljenim povprečjem po obroku. Povprečja meritev pred obrokom so se znižala za 6,33 % (-0,4 ± 0,7 mmol/l), povprečja meritev po obroku pa za 9,57 % (-1,0 mmol/l ± 1,2 mmol/l). Največkrat uporabljeni kartici sta bili »zamenjava prigrizka« ter »nove žitarice«.



POMEMBNA SPOROČILA

- Samokontrola izboljša urejenost krvnega sladkorja pri pacientih s sladkorno boleznijo tipa 2.
- Pacienti so samozavestnejši in učinkovitejši pri spremembi samo enega ukrepa.

Strokovno srečanje smo pripravili s pomočjo:





Abbott

Novo Nordisk

Roche Farmacevtska družba, d.o.o

Eli Lilly Farmacevtska družba, d.o.o

Zaloker & Zaloker

Boehringer Ingelheim

Medis-M

Sanofi-Aventis

VI vis, d.o.o

Medias International

VPD Bled

MED TRUST