



Družinska medicina

MAJ 2004 številka 3.

ZDRAVNIK DRUŽINSKE MEDICINE JUTRIŠNJEGA DNE

Mnoge med nami še vedno skrbijo položaj, ugled in preobremenjenost zdravnikov družinske medicine. Sam sem glede tega optimist. Pri vsem moramo najprej verjeti sami vase, v svoje poslanstvo in predvsem v kakovost svojega dela. Le redki so se na tem mestu znašli kot ujetniki različnih okoliščin, ki so jih obdržale na njim neljubem strokovnem področju. Ko se nas je večina preostalih odločala za zdravniški poklic, je imel vsakdo med nami točno predstavbo, kaj si zamišlja pod svojo vlogo in kako si jo želi izpolnjevati. Vendar kot vsaka druga odločitev, tudi ta z leti izgubi nekaj sijaja. Patina vsakdanjih problemov prekrije blišč višjih ciljev, zato je potrebno vsake toliko zdrgniti celotno površino posode naših preteklih odločitev, da se nam znova zasveti v vsem sijaju in jo lahko napolnimo z novimi predstavami o svojem delu.

Zdravstvena politika dolgo ni vedela, kaj storiti z zdravnikom družinske medicine. Precej časa je bil med drugim predvsem »smetar«, saj je moral opravljati številne naloge, ki so izpadle iz polikliničnega vzorca obravnave zanimivih področij v medicini. Z obrobnimi nalogami, kot so vodenje bolniško upravičene odsotnosti z dela, nujne medicinske pomoči, mrliški ogledi, urejanje socialnozdravstvenih vprašanj ipd., je bil in je še vedno zapolnjen velik del njegovega delovnega časa.

Zdravstvena zakonodaja iz začetka devetdesetih nas je smelo umestila na glavno križišče pretoka bolnikov v sistemu zdravstvenega varstva. Kdo se ne spominja pretresov in stresov ob nabiranju bolnikov, ki so dotlej lahko uživali svobodo izbire za vsak obisk posebej. Nehote je bilo to v skladu s konceptom, ki ga je in ga še vedno zagovarja naša stroka. S predlagano reformo ministra za zdravje naj bi se ta vloga še okrepila. Čeprav dobro vemo, da zaradi spre-

Nadaljevanje na naslednji strani.

Vsebina

- Zdravnik družinske medicine jutrišnjega dne
- Bobu bob
- EPOXA - Evropski projekt ocenjevanja kakovosti splošnih ambulant
- Zagonski elaborat; Elektronska podpora kartoteki družinske medicine
- Pismo uredništvu
- Sklep o vlogi zdravnika družinske medicine, pediatra in zdravnika šolske medicine na primarni ravni

menjene vloge zdravniki družinske medicine nismo nikoli bili deležni posebnih moralnih ali gmotnih priznanj, je večina nasprotnikov obakrat, predvsem skozi tolar, skušala izrabljati javno mnenje v bran svojih fevdnih pravic. V zadnjem desetletju je večina drugih strok le spoznala, da ne gre za krajo bolnikov ali za samovšečnost zdravnikov družinske medicine, temveč predvsem za racionalno delitev dela, ki jo prinaša razvoj v medicini. Diabetologi, tirologi, kirurgi, psihiatri in drugi spoznavajo, da tudi sami lahko bolje in več storijo za bolnike, če pogoste, nezapletene in stabilne bolnike v soglasju z bolniki samimi prepustijo v vodenje zdravniku družinske medicine. Večino skrbi večji obseg dela, a bi opozoril predvsem na to, da gre za drugačno vsebino dela, saj je pod patino rutine pogosto potrebno zloščiti posodo, v katero gredo tudi znanja o vodenju bolnikov, ki so do nedavnega lahko veljali za tabu.

Spremembe so neizbežne. Tak razvoj s spreminjanjem vsebine našega dela se bo odvijal tudi v prihodnje ne glede na politične ali osebne odločitve. Ko klinične stroke osvojijo določeno tehnologijo in znanje ter je tehnologija dostopna tudi zunaj večjih centrov, je tak prehod oskrbe na osnovno raven ne samo sprejemljiv, temveč celo nujen. Vedeti moramo, da je predlagana reforma le poskus normativnega zapisa sedanjega in verjetnega prihodnjega dogajanja. V tem pogledu je vsakršen boj za »staro pravdo« ali vrtenje kolesa nazaj samo ovinek na poti k neizbežni prihodnosti. Seveda nas je vseh strah predvsem odgovornosti, ki nam jo nova prihodnja vloga prinaša. Spomnimo se le urgentne medicine, ki smo se je morali v zadnjem desetletju zelo na hitro priučiti. Redki med nami so spraševali zakaj, vsi pa predvsem kako, zato tudi sedaj ne sprašujemo zakaj, temveč: kako se bomo pripravili na spremenjene pogoje. Vse nadaljnje spremembe na področju zdravstvenega varstva otrok in žensk bodo potekale veliko bolj zlagoma in z manjšimi pretresi, kot se je dogajalo na področju urgentne medicine, saj spremembe ne bodo potekale v praznem prostoru, temveč po že izoblikovanih programih, skladnem združevanju profilov in njihovem medsebojnem dopolnjevanju. Zdravnikom družinske medicine se ne bo povečala norma in preostali ne bodo izgubili bolnikov, temveč bomo oboji postopno delovali na skupnem področju dela. Danes je bistveno predvsem, da vemo, v kateri smeri se bomo v prihodnje razvijali.

Ugled zdravnika družinske medicine je bil od nekdaj povezan predvsem z njim samim, z njegovo notranjo močjo, da se je izrazil v svoji vlogi. Tega ni uspelo le podeželskim zdravnikom v odročnih krajih, kamor bi glas o preostalih področjih medicine in njihovih glasnikih ne segel. številni mestni zdravniki so dosegli prav

takšen ali še večji ugled. O tem nas prepričuje tudi letošnji najbolj priljubljeni zdravnik iz Maribora. Novi modeli rekrutiranja zdravnikov za delo v osnovnem zdravstvu v osemdesetih letih, ko so bili kolegi z odlokom prisiljeni začeti delo v splošnih ambulantah v upanju, da jih bo navdušilo in zmotno prepričanje nekaterih veličin v devetdesetih, da se ob bolniški postelji naučiš dela v ambulanti, so ob splošnem pomanjkanju zdravniškega kadra močno okrnili naše vrste in jih naredili manj priljubljene. Kolegi iz naših vrst so se desetletja prizadevali za izboljšanje ugleda zdravnika družinske medicine. Toda kljub bližajoči se 40-letnici Združenja zdravnikov družinske medicine, 40-letnici prvih specialistov splošne medicine, 30-letnici srečanj delovnih skupin v osnovnem zdravstvu, 20-letnici učnih delavnic, 10-letnici Katedre za družinsko medicino in kljub fakultetnim učiteljem, doktoratom in magistratom znanosti ter primarijem in številnim predavateljem, je po mojem prepričanju ugled družinske medicine še vedno v rokah vsakega posameznika med nami, ki s svojo držo in vsakodnevnim ravnanjem dokazuje pomen te usmeritve. Čeprav smo razdrobljeni po številnih krajih Slovenije in še vedno zgolj upamo na naš osrednji inštitut, se je med nami stekla mreža sodelovanja na strokovnem, izobraževalnem in raziskovalnem področju. V medsebojnih odnosih nam je uspelo nekaj neverjetnega — pozabili smo na običajno rivalstvo in nevoščljivost, ki tepe marsikateri poklic. Praktično vsi smo opustili vprašanje, kaj lahko družinska medicina stori za nas, in ga priredili v moto, kaj lahko storim za družinsko medicino, da me bo lahko podprla pri mojem delu.

Že zdaj imamo vsi dela čez glavo, zato se, normalno, otepamo novih in novih nalog, ki se nam ponujajo z razvojem medicine, zbirokratizirano zdravstvenega zavarovanja in ne nazadnje ob predlagani reformi. V poplavi strokovnih srečanj izbiramo najbolj ugodna in lagodna, ki zadostijo našim vedno višjim pričakovanjem, zato je nekoliko zamrl duh pripadnosti pri izbiri izobraževanja. Vedno prezaposleni kolegi se kljub svojim bogatim izkušnjam in sposobnostim še premalokrat odločajo za aktivno udeležbo in enakopravno nastopanje s kolegi drugih strok. Krog predavateljev in sodelavcev pri številnih aktivnostih v družinski medicini ni tako hermetično zaprt, da ne bi z največjim veseljem medse sprejeli kolegov, ki bi jim poleg naporenega dela uspelo utrgati si še delček svojega dragocenega prostega časa in obogatiti družinsko medicino s svojim prispevkom, raziskavo ali idejo.

Z usposabljanjem na področju sporazumevanja, vodenja kroničnih bolnikov, uporabe informacij in obvladovanja novosti lahko le neznatno prispevamo k manjšemu stresu, ki nam ga delo povzroča. Ogromno nekoristnega dela, ki nam krade čas, bi nam brez kakršnekoli škode za zdravje ljudi in z enakimi sredstvi, lahko odvzela zdravstvena politika, če bi to hotela. Kupi nekoristnega papirja, obrazcev, poročil, nadzorov, sestankov in predvsem psihičnih pritiskov na zdravnike, nas izčrpa in vsakomur jemlje veselje do tistega najbolj bistvenega — dela za ljudi. Kolegi, ki so blizu vzvodom odločanja, s svojim nastopom lahko pripomorejo tudi k razbremenjevanju zdravnika družinske medicine pri opravilih, ki nič ne prispevajo h kakovosti oskrbe bolnikov.

Zdravnik jutrišnjega dne še zdaleč ne bo tak, kot je bil pred sto leti, niti tak, kot je bil pred desetletji ali je danes. Zagotovo bo drugačen, niti danes še ne moremo reči, kakšen čisto točno bo. Prav zaradi tega moramo biti predvsem pripravljeni na prihajajoče spremembe in odpreti svoja srca, da bomo razumeli, kako se naše lastne sanje o podobi zdravnika družinske medicine skladajo z novimi okoliščinami in razmerami. Le tako bomo lahko ne glede na vse sisteme, politiko, zavarovanje, zavode in druge organizacije opravljali svoj poklic z veseljem in z enako etično držo, kot so nam ga predali naši učitelji.

Janko Kersnik



BOBU BOB

Že spet je bil na vratih. Že tretjič ta teden. Neurejen in umazan kot vedno. Z rahlim zadahom po alkoholu, kot že tolikokrat. Prav nič se ga nisem razveselil.

»Že spet sem tukaj, gospod doktor,« je začel.

»Kaj pa je tokrat?« me je zanimalo.

»Veste, noge me že spet bolijo, tako kot zadnjič...«

»Pa saj sva že vse pregledala: naredila sva celoten laboratorijski pregled, EMG, bili ste na vseh mogočih specialističnih pregledih... Stvar je jasna. Imate okvaro živcev zaradi preveč pijače. Tudi jetra so okvarjena in trebušna slinavka. Popolnoma morate prenehati piti.«

»Ja, ampak jaz ne morem delati...«

»Saj sem vam že stokrat povedal, kako morate živeti: nobenega alkohola, redna prehrana, nobenih cigaret, redna telesna dejavnost. Ampak vi se tega ne držite. Kadite še vedno, alkohola sploh niste opustili. Če tega ne naredite, vam jaz ne morem pomagati.«

Ni bil videti zadovoljen. Nekaj je zamomljal predse, ko je zapuščal ambulanto.

Mesec dni pozneje sem izvedel, da je bil potreben nujnega sprejema v bolnišnico, kjer je zaradi pankreatitisa umrl. Njegova žena, ki se je pred tem zdravila pri meni, je zamenjala zdravnika in pojavljajo se govornice, da je bil mesec dni pred smrtjo pri meni, in da ga nisem dovolj dobro obravnaval. Da bi mu moral bolj natančno pojasniti nevarnosti, ki preživijo nanj. Da je njegova smrt moja odgovornost. Da njegove bolezni nisem jemal resno in da sem ga sodil kot pijanca in ne kot bolnika.

Ogromna večina zdravnikov in laične javnosti verjame, da je medicina poslanstvo, ki služi dobremu. To je vzrok za visok ugled zdravniškega poklica in za množice kandidatov, ki se vsako leto zgrinjajo na informativne dneve, ki jih organizira medicinska fakulteta. Vtis, da je medicina poštena in pravična, je močan in splošno sprejet.

Če je medicina moralna, potem daje vsebino dobremu in slabemu. V vsaki državi medicina, ravno tako kot pravo in vera, določa, kaj je normalno, pravilno in zaželeno. Medicina ima avtoriteto, da označi posameznikovo pritožbo kot legitimno bolezen, nekoga drugega proglasi za bolnega, čeprav se počuti zdravega in da tretjemu ne omogoči družbenega priznanja njegovega trpljenja ali celo smrti. Medicina ima moč, da ožigosa nekatere bolečine kot "samo subjektivne" in nekatere težave kot sprenevedanje. Sodnik določa, kdo je kriv in kdo ne. Duhovnik odloča, kaj je sveto in kdo je prekršil versko zapoved. Zdravnik odloča, kaj je samo simptom in kdo je zares bolan. Zdravnik ima institucionalno moč, da popravi nekatere krivice. Vendar je medicina ustvarila tudi nove marginalne skupine vedno, ko je postavljala nove diagnoze.



Utrinki z dopusta ...

Vse pogosteje poskušajo ponujati vtis, da je medicina vsemogočna, kar daje krila našemu napuhu. Ljudje verjamejo, da so vse bolezni ozdravljive in da je smrt, zlasti prezgodnja, posledica tega, da bolnik ni bil pravočasno deležen ustrezne oskrbe, ki zagotovo obstaja.

Resničnost je precej drugačna. V ambulantah se vsak dan srečujemo z neozdravljivimi ljudmi in z nemočjo. Pogosto se nam zdi, da vemo, kako bi morali živeti, a se naših navodil ne držijo. Namesto da bi se pri dajanju nasvetov zatekali k zdravi pameti, se raje držimo medicinskega fundamentalizma. Bolezen vse pogosteje razumemo kot kazen za grehe v življenju. Seznam grehov je neskončno dolg: neustrezno prehranjevanje, debelost, premalo gibanja, kajenje, alkohol, spolni stiki z neznanimi osebami, pretirano sončenje, premalo balastna prehrana, mastna in hitro pripravljena hrana, soljenje jedi, neredno jemanje zdravil, neupoštevanje zdravnikovih navodil. Moderne epidemiološke raziskave vsak dan prinašajo nove prepovedi, ki jih vestno nalagamo našim bolnikom.

V strahu pred pritožbami zahtevamo od naših bolnikov nemogoče. Tako so vsi grešniki in nihče nima več čiste vesti. Vsak od njih (in nas) živi v nasprotju z religijo zdravja. Vsak od njih je grešnik, ki si zasluži bolezen.

Pri mojem bolniku sem naredil vse, kar je od mene zahtevala sodobna znanost. Pa kljub temu nisem našel poti do njegove osebnosti in mi ni uspelo najti načina, da bi opustil pijačo. Zaradi tega je umrl. Morda bi bilo zame in zanj bolje, če bi mu dopustil priznati, da po mojih pravilih ne more živeti in bi se lahko pogajala o tem, kaj je možno doseči in česa ne.

Igor Švab

EPOKSA – Evropski projekt ocenjevanja kakovosti splošnih ambulant

Desetletje in več intenzivnega dela na mednarodnem in domačem terenu prinaša sadove družinski medicini tudi na področju vključevanja v mednarodne raziskave. Z marljivim in plodnim delom so se kolegi v zadnjih letih izkazali v številnih projektih (Europep, Ecatod, Improve, Predict) in nam tako zagotovili sloves zanesljivega partnerja. Nastopil je čas za nov projekt in z veseljem vam sporočam, da smo tudi tokrat na krovu raziskovalne ladje.

Pod okriljem Evropske delovne skupine za kakovost (Equip) deluje raziskovalna skupina, ki v svoji najnovejši mednarodni študiji razvija in proučuje kazalce kakovosti dela v splošnih ambulantah. V projekt izdelave in testiranja kazalcev kakovosti je vključenih šest evropskih držav, ki so z delom začele v začetku leta 2002. Na učnih delavnicah in s tehniko Delphi je v krogu partnerjev iz Nizozemske, Velike Britanije, švice, Francije, Belgije in Nemčije nastala serija vprašalnikov, ki pomenijo instrument pilotskega projekta EPA (European Practice Assessment), poslovenjenega kot EPOKSA (Evropski projekt ocenjevanja kakovosti splošnih ambulant).

Konec poletja 2003 smo se tudi Slovenci lahko priključili raziskavi pod pogojem, da sami financiramo njeno izvedbo. Ta pomemben evropski projekt podpira Bertelsmanova fundacija iz Nemčije, ki po svojem statutu ne dopušča financiranja partnerjev zunaj meja Evropske unije. Zato pilotsko raziskavo izvajamo večinoma s prostovoljnimi delom in ob podpori Združenja zdravnikov družinske medicine SZD, Katedre za družinsko medicino in Zavoda za razvoj družinske medicine. Upamo pa, da nam bodo na pomoč priskočili tudi drugi zainteresirani za strokovni nadzor.

Vodja raziskave na mednarodni ravni je prof. dr. Richard Grol iz Centra za kakovost raziskav Univerze Nijmegen na Nizozemskem. Vodja projekta za Slovenijo je doc. dr. Janko Kersnik, nacionalna koordinatorica pa asist. Vlasta Vodopivec-Jamšek.

Testiranje kazalcev kakovosti s področij poslovanja, kakovosti in varnosti, opremljenosti, informacij, zaposlenih in zadovoljstva bolnikov je v Sloveniji potekalo na 31 izbranih lokacijah po vsej državi. V vzorec smo zajeli izvajalce iz zasebnega in javnega sektorja. Postopek vzorčenja je zahteval vključitev malih (en zdravnik), srednjih (dva zdravnik) in večjih lokacij (trije in več zdravnikov), enakomerno porazdeljenih v mestnem in podeželskem okolju. Vključili smo lokacije z učnimi ambulantami in tiste brez njih.

Raziskava je na terenu potekala po predvidenem načrtu od začetka decembra 2003 do konca februarja 2004. V njej je sodelovalo 83 zdravnikov in 158 medicinskih sester (srednjih medicinskih sester in patronažnih sester). Sodelujoči so po pošti prejeli ankete, ki so jih izpolnili in vrnili koordinatorici.

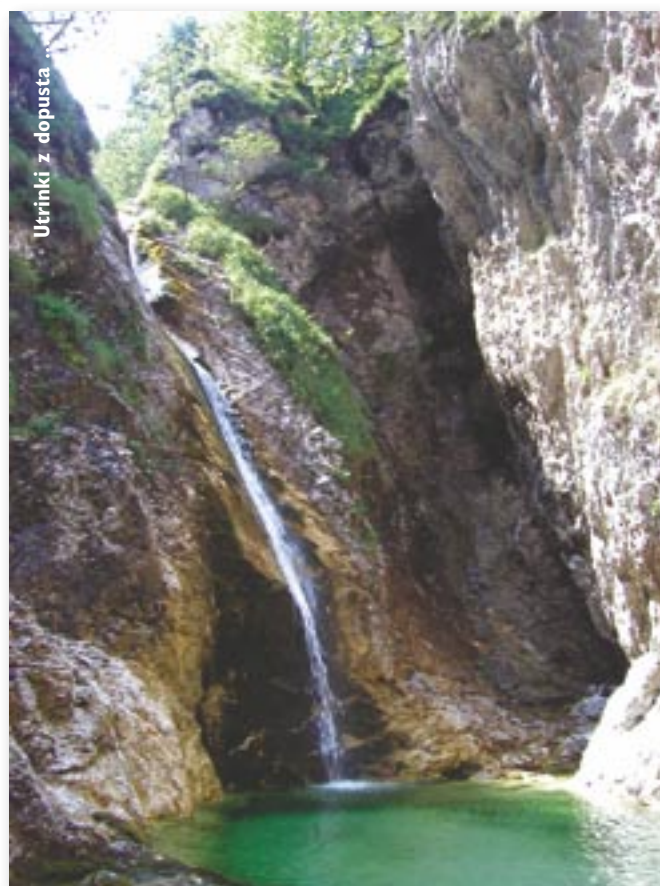
Vse lokacije je nato obiskala posebej usposobljena anketarka gospa Tadeja Kurent ali koordinatorica raziskave. Anketarka je poleg strukturiranega opazovanja organizacije dela in opreme lokacije opravila še intervjuje. Na vsaki lokaciji je sklicala tudi poseben sestanek celotne delovne skupine, kjer so vsi zaposleni poskušali najti soglasje o stopnji kakovosti na svoji lokaciji. Gre za zanimivo metodologijo, ki z delom v skupini omogoči udeležencem, da na drug način

spoznanjo in ocenijo različne dimenzije svojega dela in si na koncu srečanja že lahko zastavijo cilje za izboljšanje kakovosti dela.

V začetku aprila je v Antwerpnu potekalo srečanje predstavnikov sodelujočih držav, kjer smo nacionalni koordinatorji predstavili prve vtise iz raziskave. Kljub temu, da smo k projektu pristopili zadnji, smo z dobro organizacijo in požrtvovalnim delom prvi v Evropi končali delo na terenu, čeprav je bilo število opazovanih ambulant v vseh državah enako. Trenutno potekajo analize opravljenega dela, instrumentov in postopkov, ki bodo omogočile postavitev trdnih temeljev za kazalce kakovosti, metodologijo in predvsem oceno izvedljivosti in sprejemljivosti takega načina ovrednotenja splošnih ambulant. Evropa je tako rekoč že tu in družinska medicina vstopa vanjo s standizirano metodologijo ocenjevanja dela v splošnih ambulantah, ki bo omogočila neposredno primerjavo z drugimi evropskimi državami.

Prispevek končujem z iskreno zahvalo vsem sodelujočim zdravnikom, srednjim medicinskim in patronažnim sestram, ki so nam poklonili svoj dragocen čas in nas brez negodovanja sprejeli medse v svoj preobremenjeni vsakdan. Zahvaljujem se tudi vsem bolnikom, ki so izpolnili vprašalnike in nam tako omogočili analizo njihovega pogleda na naše delo.

Vlasta Vodopivec-Jamšek





Zagonski elaborat

ELEKTRONSKA PODPORA KARTOTEKI DRUŽINSKE MEDICINE

Koordinator Združenja za družinsko medicino in RSK za splošno medicino:

Prim. mag. Anton Gradišek, dr. med., spec. spl. med.

Utemeljitev projekta

Pobudo za projekt je dal UO Združenja za družinsko medicino septembra 2001 na seji na Bledu, pred tem pa že RSK za družinsko medicino. Ministrstvo za zdravje je predlog umestilo v širši projekt Razvoja upravljanja zdravstvenega varstva. 4. 12. 2002 so na pripravljalnem sestanku poglobilni sodelavci in izvajalci izrazili pripravljenost sodelovati v njem.

Vključevanje v druge projekte: Predlagani elaborat je lahko sestavni del Projekta ravnanja z medicinsko dokumentacijo pri MZ.

NAMEN PROJEKTA:

- izboljšati kakovost administrativnega dela v ordinacijah družinske medicine
- poenostaviti postopke v zvezi z administrativnimi opravili
- olajšati delo zdravniku in medicinski sestri
- olajšati komunikacijo med izvajalci, plačniki ter Zdravniško zbornico
- izboljšati strokovno in varnostno raven posredovanja dokumentacije
- v celoti izrabi možnosti drage računalniške opreme
- poenotenje skupnih elementov iz različnih računalniških programov
- standardizirati zapis ambulantnega obiska v skladu s strokovnimi zahtevami, izhodišče je obrazec DZS 8,4
- poenostaviti izpise obrazcev in receptov
- uvesti elemente ekspertne računalniške podpore zdravnikovemu odločanju
- zdravnike uvesti v nujnost elektronske komunikacije in stalnega računalniškega izobraževanja
- poenotiti šifrance, baze podatkov, standarde informacijskega dela in potrebne standarde za komunikacijo in prenose podatkov
- izboljšati sodelovanje med ZZS, MZ in konzorcijem dobaviteljev programske opreme glede na dinamike uvajanja sprememb v predpisih
- oblikovati enotno navodilo o administrativnem poslovanju ordinacije
- izrabi vse tehnične možnosti kartice zdravstvenega zavarovanja

CILJI PROJEKTA:

- popolna informatizacija vsakega zdravniškega in sestrskega delovnega mesta v osnovnem zdravstvu
- povečanje prepustnosti ambulantnega sistema
- hitrejše, prijaznejše obravnave bolnikov, krajše čakanje
- časovni prihranki
- večja natančnost dela, krajše potrebne poti
- boljša kakovost vodenja kroničnih bolnikov
- boljša kakovost zdravnikovega dela z možnostjo uporabe lastnih podatkov
- spremljanje kakovosti dela z analizo rutinsko beleženih podatkov
- možnosti za strokovni nadzor s standardno beleženimi podatki
- nadzorovana rast stroškov za ambulantno predpisana zdravila
- kontrolirano napotovanje na sekundarno raven
- stalno spremljanje epidemiološkega stanja, kakovosten zajem podatkov o nalezljivih boleznih
- zmanjšanje števila ambulantnih obiskov
- pridobivanje podatkov, pomembnih za Evropsko unijo
- varno delo s podatki
- delo s certificiranimi programi
- večja sodnomoedicinska zaščita zdravnika z boljšo dokumentacijo
- izboljšane možnosti za stalno izobraževanje dodiplomskih študentov in specializantov družinske medicine
- zmanjšanje stroškov posamezne ambulante za računalniško podporo

Izvajalci projekta:

1. ZZS s svojimi strokovnjaki s področja računalništva in informatike
2. konzorcij ponudnikov programske opreme
3. skupina strokovnjakov, predstavnikov RSK za družinsko medicino, Zdravniške zbornice, Združenja za družinsko medicino in Katedre za družinsko medicino
4. Inštitut za varovanje zdravja
5. Zavodi za zdravstveno varstvo

6. Ministrstvo za zdravje
7. Urad za zdravila R Slovenije
8. Fakulteta za farmacijo

ADMINISTRATIVNA PODPORA ZDRAVNIKOVEMU DELU IN PRENOS STROKOVNIH IZHODIŠČ IZ KARTOTEKE NA RAČUNALNIŠKI MEDIJ

Vsebuje: delo s kartico zdravstvenega zavarovanja, prenos podatkov o veljavnih zavarovanjih, izbiri zdravnika, ugotavljanje neveljavnih kartic. Bolnikov obisk bo zapisan v elektronski obliki v skladu s priporočili stroke. Zapisi strokovnih podatkov na KZZ. Dogovor o pravilih uvajanja administrativnih sprememb, obrazcev, registrov, baz podatkov je domena ZZS, ZZV, IVZ, MZ. Standardizirani morajo biti strokovni pojmi, njihov zapis, podatki, šifranti. Preiti je potrebno na elektronski izpis receptov in ostalih obrazcev, opremiti z elektronskim podpisom. Preventivni pregledi morajo biti optimizirani. Problemska lista, kronične bolezni ali posebna stanja, kontrola obiska v ambulanti, sledenje bolnikov morajo biti programsko podprti.

UVAJANJE ELEMENTOV EKSPERTNEGA SISTEMA V RAČUNALNIŠKI MEDIJ vsebuje računalniški predpis zdravil po ekspertnem

programu za interakcije iz uradne baze podatkov. Dodati je potrebno strokovne smernice pri pogostnih obolenjih. Cepilne programe je potrebno razširiti tudi na odraslo populacijo. Zajeti podatki iz rednih obravnav morajo omogočiti izvajanje Projekta kakovosti Zdravniške zbornice. Organizacija podatkov mora zdravniku omogočati računalniško oceno kakovosti njegovega celotnega dela.

KOMUNIKACIJE vsebujejo delo z elektronsko obliko Napotnice, vnos laboratorijskih izvidov v kartoteko, posredovanje dokumentacije o bolniku na ZZS – izbranemu zdravniku ali zdravniški komisiji, elektronski popis nalezljive bolezni, skrajno poenostavljeno pošiljanje statističnih podatkov na ZZV, optimizirano in poenostavljeno fakturiranje plačnikom. Program mora omogočati povezave z dodatnimi programi.

DRUGO

Določiti je potrebno minimalni standard za strojno opremo in pripraviti predlog vzorčnih pogodb z vzdrževalci strojne opreme. Potrebno je pridobiti certifikate za programe ustreznih institucij. Popis mora imeti prostor za skeniranje dokumenta in možnost vnosa videoslike.

Sestavil: Anton Gradišek

PISMO UREDNIŠTVU

Klinični del specializacije iz družinske medicine

Spoštovani!

Na vas se obračam s pripombami v zvezi s potekom oziroma organizacijo kliničnega dela specializacije iz družinske medicine. Opravila sem kroženje na Ortopedski in Očesni kliniki v Ljubljani in z obravnavo nikakor ne morem biti zadovoljna.

Kroženje na Ortopedski kliniki sem opravila že aprila letos. Mentor vsem specializantom je kar prof. Pavlovčič in mentorji, ki so na seznamu zbornice, pa o tem ne vedo ničesar. Od posameznikove dobre volje je odvisno, ali je pripravljen v ambulanti imeti še specializanta ali ne. Temu primerne so tudi informacije (nove), ki naj bi jih le-ta pridobil. Kljub temu sem bila s tem delom še kar zadovoljna, čeprav nisem izvedela ničesar novega. Vzrok za to prav gotovo ni moje izredno poznavanje in znanje s tega področja, temveč dejstvo, da si brez programa in načrta izobraževanja pač odvisen od mentorjeve želje in volje o tem, kaj in koliko bo povedal. Pa se zaradi tega sploh ne bi pritoževala, če ne bi pozneje opravljala še kroženja na Očesni kliniki. Imela sem dobro mentorico (dr. Cvenklovo), žal pa sem z njo preživela le eno dopoldne v glavkomski ambulanti. Ta dan sem izvedela ogromno novega o glavkomu. Toda oftalmologija obsega še mnogo drugega, česar, žal, v času kroženja nisem imela priložnosti izvedeti oziroma osvežiti znanja. Zaradi notranjih nesoglasij (kdo pravzaprav je mentor, kdo bo za mentorstvo prejel plačilo ipd.) sem imela vse preostale dneve zelo neprijeten občutek. Dvakrat se je zgodilo, da je zdravnik v ambulanti odklonil mojo prisotnost; zdravnik, kateremu sem bila razporejena, tisti dan sploh ni delal na področju, ki naj bi ga obravnavala ali pa so me enostavno ignorirali. Zdelo se mi je zelo ponižujoče, ko sem tekala po kliniki in posamezne specialiste prosila, če smem prisostvovati pri delu v ambulanti. Večino časa sem porabila za predstavljanje osebu in čakanje zdravnikov (pogosto kar v čakalnici

s pacienti). Moj položaj na kliniki je bil najslabši doslej v času izobraževanja. Kot študentka, stažistka in pozneje sekundarijka sem bila deležna veliko primernejše obravnave kot sedaj, ko sem zdravnica z licenco, vodim svojo ambulanto in pravzaprav prvič vem, kaj želim in pri svojem delu potrebujem.

Napak in nepošteno bi bilo trditi, da so se tako obnašali vsi zdravniki. Spoznala sem nekaj prav prijaznih kolegov specialistov, ki so si zame celo vzeli nekaj minut dragocenega časa in mi podali kakšno prepotrebno informacijo. Vendar zaradi tistih, ki so se obnašali, kot se po mojem mnenju za zdravnika na kliniki (ali sploh kjerkoli, upoštevajoč Hipokratova načela) ne spodobi, ostajata slab splošni vtis in moje veliko razočaranje.

Razočarana sem tudi nad nekaterimi kolegi specialisti, ki družinsko medicino omalovažujejo, čeprav nikoli niso delali na tem področju. Skrajni čas je, da se družinski medicini prizna veljava, ki jo sicer dosega, odgovornost za to pa nosi predvsem fakulteta, ki šola bodoče zdravnike.

Verjamem, da je bila sprememba načina specializacije narejena z namenom izboljšati kakovost. Vendar po pogovoru s številnimi kolegi, ki so specializacijo opravljali pred leti in sedanjimi specializanti, ugotavljam, da se je kakovost kliničnega dela močno poslabšala. Morda je način podajanja snovi s predavanji resda zastarel, vendar daje možnost vsakemu subspecialistu, da nas seznanj z najpomembnejšimi podatki iz določene snovi. Kot sekundarij sem mnogokrat prisostvovala tem predavanjem in so se mi zdela zelo kakovostna. Poleg tega opažam, da zapiske s teh kroženj kolegi s pridom uporabljajo pri vsakodnevem delu v ambulanti.

Upam, da se bo oglasil še kakšen nezadovoljen kolega, da boste o napisanem lažje presojali in ustrezno ukrepali. Saj je vendar cilj vseh nas čim višja strokovna raven in usposobljenost zdravnikov v osnovnem zdravstvu.

Prijazen pozdrav,

Simona Repar Bornšek, dr. med.



Sklep o vlogi zdravnika družinske medicine, pediatra in zdravnika šolske medicine na primarni ravni

Šesta izredna seja Razširjenega strokovnega kolegija za družinsko medicino, 10. 11. 2003

Skrb za zdravje otrok v Evropi

Zaradi resnosti problematike, ki se pojavlja predvsem v medijih in pomeni odziv na predlagano reformo, je RSK za družinsko medicino prosil za dodatne informacije Evropsko organizacijo zdravnikov družinske medicine (UEMO – European Union of General Practitioners, <http://www.uemo.org/>). Organizacija je na zahtevo Slovenije naredila posebno poizvedbo o tem, kdo v Evropi skrbi za zdravstveno varstvo otrok na osnovni zdravstveni ravni in kakšne so zahteve po izobrazbi ustreznih zdravnikov. Na poizvedbo je odgovorilo 12 držav: Nizozemska, Danska, Velika Britanija, Nemčija, Hrvaška, Luksemburg, Finska, Portugalska, Švedska, Madžarska, Norveška in Belgija. Skupni imenovalec odgovorov je, da zdravstveno varstvo otrok v številnih državah izvajajo zdravniki družinske medicine, ki so v nekaterih so tudi izključni izvajalci na osnovni ravni (Nizozemska, Velika Britanija, Danska, Finska, Norveška). Najpogostejša rešitev je, da za zdravstveno varstvo otrok skrbijo tako družinski zdravniki kot pediatri. Nekateri (ne pa vse) države predpisujejo zdravnikom družinske medicine kroženje na bolnišničnih oddelkih otroških bolnišnic kot obvezni del specializacije iz družinske medicine, največkrat po 4 mesece. Najdaljše trajanje takega kroženja je 6 mesecev. V luči te analize sklepamo, da je stanje v Sloveniji glede na Evropo prej izjema kot pravilo (PRILOGA 1).

Pri primerjavi dostopnih podatkov o zdravstvenem stanju otrok nismo našli nikakršne povezave med zahtevo o oskrbi otrok na primarni ravni pri pediatru in objektivnimi kazalci zdravstvenega stanja. Zaradi tega predvidevamo, da organizacija zdravstvenega varstva otrok, ki ga izvaja pediater ali zdravnik družinske medicine, bistveno ne vpliva na zdravje otrok, če sta oba strokovnjaka ustrezno izobražena.

Skrb za zdravje odraslih prebivalcev in ostarelih

Svobodna izbira zdravnika je pripeljala do dejstva, da ima vse več družinskih zdravnikov opredeljeno populacijo iz vseh starostnih skupin. Obenem ima tudi vse več pediatrov in zdravnikov šolske medicine opredeljeno populacijo, ki sicer po Zakonu o zdravstveni dejavnosti "sodi" v obravnavo splošne ambulante (ker ni naravnega prirastka, ki bi sledil zmogljivostim te službe).

Tabela 1. Skrb za zdravje prebivalcev vseh starosti po posamezni specialnosti primarnega zdravstvenega varstva (podatkovna zbirka Zdravniške zbornice Slovenije)

leta	0 do 6	%	7 do 18	%	Nad 18	%
zdravniki z licenco splošne medicine	23.057	20,8	106.064	41,3	1.404.962	93,4
zdravniki z licenco pediatrije	82.697	74,4	83.498	32,5	34.040	2,3
zdravniki z licenco šolske medicine	5.341	4,8	66.963	26,1	64.635	4,3
skupaj	111.095	100,0	256.525	100,0	1.503.637	100,0
SKUPAJ	1.871.257	100,0				

Iz podatkov izhaja, da imajo pediatri opredeljenih le še 74,4 % populacije otrok do 6 let, zdravniki splošne medicine pa že 20,8 %. Zdravniki šolske medicine imajo opredeljene le še 26,1 % populacije od 7 do 18 let v primerjavi z zdravniki splošne medicine, ki imajo opredeljenih 41,3 %.

Tabela 2. Odstotek opredeljenih oseb po zdravnikovi licenci in starosti opredeljene osebe (podatkovna zbirka Zavoda za zdravstveno zavarovanje)

	Skupaj opredeljeni	0 do 6	7 do 18	Nad 18
	Število	%	%	%
zdravniki z licenco splošne medicine	1.537.158	1,5 %	6,9 %	91,4 %
zdravniki z licenco pediatrije	200.236	41,3 %	41,7 %	17,0 %
zdravniki z licenco šolske medicine	136.939	3,9 %	48,9 %	47,2 %

Tabela 2 kaže, kolikšen je odstotek opredeljenih oseb glede na zdravnikovo licenco v skupnem številu opredeljenih oseb. Pediatri imajo v svojih glavarinah že 17 % opredeljenih starejših oseb od 18 let, kar pomeni sicer le 2,3 % vse populacije te starostne skupine. Zdravniki sicer za to skupino prebivalstva niso imeli nobenega dodatnega izobraževanja. Šolski zdravniki imajo v svojih glavarinah 47,2 % opredeljenih starejših oseb od 18 let, kar je 4,3 % vse populacije te starostne skupine.

Vsi zdravniki družinske medicine, ki delajo v tako imenovanih polivalentnih ambulantah (skrbijo tudi za zdravje in zdravljenje otrok), morajo opraviti enoletno podiplomsko izobraževanje z naslovom Varstvo otrok in žensk. Ob ugotovitvi, da za specialiste pediatrije in specialiste šolske medicine takšna zahteva ne velja, pričakujemo pravičnejši odnos do tako pomembne problematike, kot je zdravje prebivalcev. Predvsem pa je pomembno, da za specialnosti, ki prevzemajo skrb za zdravljenje odraslih in ostarelih (pediatrija, šolska medicina) uvedemo dodatno izobraževanje o specifični boleznih v odrasli dobi in starosti.

IMPRESSUM

DRUŽINSKA MEDICINA,
Strokovna revija,

A professional public journal. Mednarodna standardna serijska številka: ISSN 1581-6605.

IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK, PUBLISHED BY:

Zavod za razvoj družinske medicine v sodelovanju s Katedro za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
Združenjem zdravnikov družinske medicine in Servier Pharma, d.o.o., Tolstojeva 8, 1000 Ljubljana,

tel.: 01/4386915, faks: 01/4386910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si

GLAVNI IN ODGOVORNI UREDNICI, EDITORS IN CHIEF AND RESPONSIBLE EDITORS:
asist. Tonka Poplas Susič, dr. med., asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med.

UREDNIŠKI ODBOR:

prof. dr. sci. Igor Švab, dr. med., doc. dr. sci. Janko Kersnik, dr. med., doc. dr. sci. Marko Kolšek, dr. med., asist. Dean Klančič, dr. med., asist. Nena Kopčavar Guček, dr. med., Davorina Petek, dr. med.

TEHNIČNA UREDNICA, TECHNICAL EDITOR:
Nataša Iljaž, mag. farm.

LEKTORICA, READER FOR SLOVENIAN:
Lidija Kuhar

TISK, PRINTED BY: Tiskarna Oman, Kranj



Priloga I.

Razpredelnica UEMO

POROČILO UEMO O PEDIATRIH V PRIMARNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU		
	Kateri zdravniki izvajajo PRIMARNO zdravstveno varstvo otrok v vaši državi?	Ali je za zdravnike splošne oziroma družinske medicine potrebno posebno izobraževanje?
Hrvaška	20 % zdravniki splošne oziroma družinske medicine, 80 % pediatri.	V zadnjih 10 letih ni bilo specifičnega usposabljanja in danes mnogi zdravniki splošne prakse na podežlju obravnavajo otroke brez dodatnega izobraževanja.
Belgija	Oboji: zdravniki splošne oziroma družinske medicine in pediatri. Podatkov o deležu ni.	Ni dodatnega izobraževanja.
Danska	Na Danskem izvajajo primarno zdravstveno varstvo otrok izključno zdravniki splošne prakse.	Od vsakega zdravnika splošne prakse se to pričakuje brez posebnega izobraževanja.
Finska	Vsak državljan lahko obišče specialista zasebnika, če je pripravljen plačati. Tako tudi pediatri lahko zdravijo bolnike z običajnimi boleznimi, ki bi jih ponavadi obravnavali zdravniki splošne prakse, toda to ni del primarnega zdravstvenega varstva. Da, splošna praksa oziroma družinska medicina je neodvisna specializacijam enakovredna preostalih. Program usposabljanja traja 6 let in zajema 2 leti izobraževanja v bolnišnicah o 4 do 6 ustreznih, prosto izbranih področjih. Pediatrja ni obvezna, toda večina specializantov se želi izobraževati tudi na tem področju. Delež je torej 99 % pri zdravnikih splošne oziroma družinske medicine, 1 % pri pediatrih. V največjih mestih nekateri pediatri delajo v zdravstvenih domovih, večinoma pa primarno zdravstveno varstvo otrok izvajajo zdravniki splošne prakse.	Vzoredno s specialističnim usposabljanjem poteka obvezno specifično izobraževanje o splošni praksi, kot zahtevata evropski medicinski direktivi 93/16 in SLIM (Simpler Legislation for the Internal Market). Tovrstno izobraževanje na Finskem traja le 2 leti, saj je zelo praktično usmerjeno. Specifično izobraževanje je potrebno za samostojno delo znotraj finskega sistema socialne varnosti, ne velja pa kot specializacija. Večina zdravnikov, ki delajo v splošni praksi, opravi 6-letno specialistično izobraževanje. Na Finskem specializacija splošne prakse zajema poljubna obdobja v klinikah različnih področij. Mnogi študenti izberejo 4- do 6-mesečno usposabljanje iz pediatrije.
Nemčija	Odstotek je odvisen od tega, koliko pediatrov je na določenem območju (kjer jih je dovolj, manj zdravnikov splošne prakse izvaja primarno zdravstveno varstvo kot na območju, kjer pediatrov primanjkuje).	Najmanj 4 meseci v 3-letnem izobraževanju za splošno prakso v Avstriji morajo biti namenjeni področju pediatrije.
Madžarska	40 % zdravniki splošne oziroma družinske medicine in 60 % pediatri.	4-mesečno kroženje za osnovno izobraževanje, vključno s 4 tedni na področju.
Luksemburg	Oboji, zdravniki splošne oziroma družinske medicine in pediatri. Podatkov o deležu ni.	Ni posebnega izobraževanja.
Nizozemska	Samo zdravniki splošne oziroma družinske medicine.	Izobraževanje ni posebno, temveč je reden del specifičnega usposabljanja za splošno prakso na Nizozemskem.
Švedska	Oboji: približno 90 % zdravniki splošne oziroma družinske medicine, 10 % pediatri.	Večina zdravnikov družinske medicine izbere okoli 3-mesečno izobraževanje v pediatrični kliniki med specializacijo. Med izobraževanjem za družinsko medicino sodelujejo v primarnem zdravstvenem varstvu otrok.

PREXANIL®

PERINDOPRIL **enkrat na dan 4 do 8 mg**

EVROPSKA ŠTUDIJA O ZMANJŠEVANJU SRČNIH DOGODKOV S PERINDOPRILOM PRI BOLNIKI S STABILNO KORONARNO ARTERIJSKO BOLEZNIJU



EUROPEAN TRIAL ON REDUCTION OF CARDIAC EVENTS WITH PERINDOPRIL IN STABLE CORONARY ARTERY DISEASE

Izbrani antihipertenziv
za študiji

ŠTUDIJA O PREPREČEVANJU PONOVNE MOŽGANSKE KAPI S PERINDOPRILOM

PROGRESS

PERINDOPRIL PROTECTION AGAINST RECURRENT STROKE STUDY

SKRAJŠANO NAVODILO ZA PREDPISOVANJE

PREXANIL®, 4 mg, tablete. Sestava: Ena tableta vsebuje 4 mg perindopрила, erbuminijeve soli, kar ustreza 3,338 mg perindopрила. **Pomožne snovi:** mikrokristalna celuloza, laktoza monohidrat, brezvodni koloidni silikagel, magnezijev stearat. **Delovanje:** Prexanil 4 mg deluje vazodilacijsko in antihipertenzivno, kar je posledica njegovega močnega, kompetitivnega in specifičnega zaviranja angiotenzinske konverzije. Zaviranje renin-angiotenzinskega sistema vpliva na žile, ledvice in simpatični živčni sistem, kar vse povečuje antihipertenzivni učinek perindopрила. **Indikacije:** Hipertenzija, srčno popuščanje. **Odmerjanje in način uporabe:** Ne glede na odmerek je priporočljivo jemati zdravila enkrat na dan, in sicer zjutraj, pred obrokom. **Essencialna arterijska hipertenzija:** priporočeni začetni odmerek je 4 mg enkrat na dan. Če je potrebno, po enem mesecu povečamo odmerek na 8 mg enkrat na dan. **Bolniki, ki jemljejo diuretike:** Priporočljivo je diuretik ukiniti 2 do 3 dni pred uvedbo zdravila Prexanil 4 mg ali zdravljenje začeti z odmerkom 2 mg enkrat na dan. **Renovaskularna hipertenzija:** Priporočeni začetni odmerek je 2 mg enkrat na dan. Pozneje lahko odmerek po potrebi prilagodimo. **Odmerjanje za starejše bolnike:** Zdravljenje začnemo z odmerkom po 2 mg, ki ga lahko pozneje postopoma povečujemo do 8 mg, če je potrebno. **Srčno popuščanje:** Priporočljivo je začeti pod zdravniškim nadzorom in s priporočenim začetnim odmerkom 2 mg zjutraj. Odmerek lahko povečamo na 4 mg enkrat na dan po 1 do 2 tednih jemanja. Da bi zmanjšali že sicer majhno možnost simptomatične hipotenzije, moramo bolnikom, ki že jemljejo velik odmerek diuretika, tega zmanjšati pred uvedbo zdravila Prexanil 4 mg. Bolnikom z ledvično okvaro prilagajamo odmerke glede na vrednost ravnih kalija in kreatinina. **Priporočeni odmerki so:** kreatininski očistek 30 do 60 ml/min (1 ml/s): odmerek 2 mg/dan; 15 do 30 ml/min (0,5 ml/s): 2 mg vsak drugi dan; pod 15 ml/min (0,5 ml/s): 2 mg na dan dialize (po dializi). Bolnikom z jetno okvaro ni treba prilagajati odmerka. **Kontraindikacije:** preobčutljivost za perindopril, katero od pomoznih snovi ali katerikoli drug zaviralec ACE v anamnezi; angioedem v anamnezi; nosečnost in dojenje. **Posebna opozorila in previdnostni ukrepi:** Simptomatična hipotenzija je redek pojav; verjetnejša je pri bolnikih s hipovolemijo zaradi zdravljenja z diuretiki, omejitve soli v prehrani, dialize, driske ali bruhanja. **Okvara ledvičnega delovanja:** Včasih je treba zmanjšati odmerek zaviralca ACE, ukiniti diuretik ali storiti oboje. **Starejši bolniki:** Priporočamo manjše začetne odmerke in spremljanje ledvičnega delovanja na začetku zdravljenja. **Otroci:** Zanesljivost uporabe zdravila Prexanil 4 mg pri otrocih še ni ugotovljena. **Kirurški posegi in anestezija:** Uporaba zaviralcev ACE v kombinaciji z anestetiki lahko zniža krvni tlak in izzove arterijsko hipotenzijo. **Interakcije:** Odsvetovana je hkratna uporaba diuretikov, ki zadržujejo kalij, ali kalijevih pripravkov, ker se lahko poveča serumska koncentracija tega elementa. **Opozorila:** Litij: sočasno jemanje zaviralca ACE in litija lahko zmanjša izločanje litija. Narkotiki, antipsihotiki in ciklični antidepressivi: pojavi se lahko posturalna hipotenzija. Alopurinol, citostatiki ali imunosupresivi, sistemski kortikosteroidi ali prokainamid: sočasno jemanje z zaviralci ACE lahko poveča tveganje za pojav levkopenije. **Antihipertenzivi:** povečajo hipotenzivno delovanje zaviralcev ACE. **Nesteroidni antiinflammatory:** sočasna uporaba lahko zmanjša antihipertenzivni učinek zaviralcev ACE. **Antiacidi:** zmanjšujejo biološko uporabnost zaviralcev ACE. **Alkohol:** poveča hipotenzivni učinek zaviralcev ACE. **Nosečnost in dojenje:** Zaviralci ACE lahko škodljivo vplivajo na plod, zato je njihova uporaba kontraindicirana med nosečnostjo in dojenjem. Vpliv na sposobnost vožnje in upravljanja s stroji: Zaviralci ACE lahko zmanjšajo sposobnost za vožnjo in delo s stroji, če se pojavila hipotenzija ali omotica. **Neželni učinki:** Bolniki Prexanil 4 mg dobro prenašajo. Stranski pojavi so prehodni in blagi in večinoma ne zahtevajo prekinitve zdravljenja. Stranski učinki so navedeni po organskih sistemih: **Srce in ožilje:** hipotenzija in z njo povezani učinki. **Ledvice:** ledvična odpoved. **Dihala:** kašelj, zasoplost, bronhospazem, angioedem. **Prebavila:** slabost, bruhanje, trebušne bolečine, dispezija, driska, zaprtje. **Koža in kožni priiveski:** izpuščaj, srbenje, koprvnica, multiformni eritem. **Zivčevje:** glavobol, astenija, omotica, anoreksija, vrtoglavica, tinitus, mišični krči, parestezije, potenje, suha usta, motnje razpoloženja ali spanja, zmedenost. **Sečila in spolni organi:** spolne motnje. Način izdajanja: Samo na zdravniški recept. **Oprema:** Zloženska s 30 tabletami (1 x 30 tablet v pretisnem omotu) zdravila Prexanil 4 mg. **Rok uporabnosti:** Označen je na ovojnici. **Izdajatelj:** Les Laboratoires Servier Industrie, Francija. **Podrobnejše informacije so na voljo pri imetniku dovoljenja za promet z zdravilom:** Servier Pharma d.o.o., Tolstova 8, Ljubljana. Tel.: 01/563 48 11, Faks: 01/563 48 29.