



# Družinska medicina

DECEMBER 2004 številka 4.

## UVODNIK

Še vedno se spomnim, kako je bilo včasih, ko smo se odpravljali na izlet. Celotna družina se je strpala v malega fička, nekaj prtljage smo zbasali za zadnji sedež in se odpeljali. Vožnja je bila naporna in dolgotrajna. Ceste so bile slabe, pogosto makadamske. V avtu nas je včasih zeblo, včasih nam je bilo vroče, ampak otroci smo bili zaradi pričakovanja potrpežljivi in večinoma dobre volje. Promet je bil redek. Prometni predpisi so bili manj strogi in nič nenavadnega ni bilo, če smo se ob povratku ustavili v kaki gostilni, kjer so si starši brez slabe vesti privoščili kak kozarček, otroci pa malinovec, s katerim smo zalivali pečenega domačega piščanca, ki je predstavljal višek tedanje kulinarike.

Potem so se časi spremenili na bolje: dobili smo boljši avto, v katerega je šlo več prtljage. Prevoz ni bil več tako dolgotrajen, saj so ceste omogočale vse večje hitrosti. Avto je bil udoben in namesto s pogovorom smo si čas krajšali s poslušanjem radia. Pogosto smo se prepirali o tem, kakšno glasbo bomo poslušali. Zaradi vse gostejšega prometa so se postrili prometni predpisi. V gostilnah smo lahko naročali vse bolj izbrane jedi, starši pa so se raje odrekli kozarcu vina, ker je bilo nadzora vse več in obstajala je nevarnost, da bi nas ustavil miličnik zaradi preverjanja opitosti.

Praktično vsa področja človeškega življenja so se v zadnjih desetletjih dramatično spremenila. Gre za globalno družbeno težnjo, kjer sta razvidni povečana intenzivnost in hitrost življenja, povečale so se tudi družbene in posameznikove zahteve.

Enako se dogaja v naših ambulantah. Število pregledov v ambulanti se povečuje, kar terja skrajševanje časa posameznega obiska. Ta znaša po rezultatih zadnje slovenske nacionalne raziskave o zdravnikovem delu povprečno 7,07 minute. Delamo vse hitreje in odločitve moramo sprejemati s čim manj razmišljanja.

*Nadaljevanje na naslednji strani.*


## Vsebina

- Uvodnik
- NOVICE - Pomembni dogodki za slovensko družinsko medicino
- Zrellostna ocena ambulante - nov način ocenjevanja njihove organizacije
- Novi izzivi
- Izobraževanje specializantov doktorjev medicine na modulih
- Založniška dejavnost in literatura na Katedri za družinsko medicino
- 14. mednarodna delavnica EURACT na stičišču kultur
- Patronažna služba

Izdajo novic je omogočilo podjetje:

SERVIER Pharma d.o.o., The Servier Research Group





Obenem je medicinska znanost doživela nesluten razvoj, ki od zdravnika terja vse večjo strokovnost. Delal naj bi v skladu s smernicami in vsakdanje zdravnikovo delo vse bolj postaja podobno obrti in s pričakovanjem, da bo ravnal v skladu s protokolom, ki so ga razvili na osnovi na dokazih temelječe medicine.

Obenem se pojavlja tudi vse bolj rastoči pritisk kontrolorjev, ki hočejo, da zdravnik pri svojem delu upošteva vse več finančnih, strokovnih in organizacijskih omejitev. Povečala se je kritičnost bolnikov, ki od zdravnika ne zahtevajo samo znanja, ampak tudi prijaznosti in poslovnost. Utemeljeno zahtevajo, da jih zdravi po najboljši možni doktrini.

Pospešena hitrost in zahtevnost odločanja pomenita, da nujno potrebujem boljše orodje od tistega, ki ga imam na voljo. Če si je moj oče ob razvoju cestnega prometa lahko privoščil vedno boljši, zanesljivejši in varnejši avto, se jaz v ambulanti še vedno počutim, kot da bi prevahal zahtevne otroke, ki želijo čimprej na morje, s fičkom, ki komaj zmore več kot devetdeset kilometrov na uro in za katerega se na vsakem klancu bojim, da bo zakuhal. Nobeno priganjanje nič ne zaleže: moje sposobnosti in sposobnosti mojega avtomobila so omejene. Kazalec hitrosti je nezanesljiv in bojim se, da vozim prehitro. Zato se raje odločim, da bom vozil prav počasi, ker je to zanesljivo varno. Tako se vsaj izognem kaznim. Prakticiram defenzivno medicino, ki je sicer varna, ampak draga in neučinkovita.

Čas je, da zapustim stari način dela in začnem uporabljati nova orodja, ki bi mi bodo omogočala, da bo vodil svoje bolnike po pravilih moderne znanosti. Moje glavno orodje v postmoderne dobi je kopica informacij, ki jih imam na voljo. Te informacije moram biti sposoben dobro in hitro obdelati, česar pa sam, s papirji, ki se mi kopičijo na mizi, ne zmorem več. Bolnike bi moral aktivno naročati na kontrole, posebej bi moral naročiti tiste, ki jih ni bilo na spregled že celo večnost (na primer kronične psihiatrične bolnike, ki se moje ambulante izogibajo). Čas bi že bil, da bi lahko sam pobrskal po svetovnem spletu, ko se mi pojavi še en bolnik z izpisom iz interneta. Rad bi, da me program sam opozori, da sem spregledal podatek v vodenju bolezni ali da sem predpisal zdravila, katerih interakcija je potencialno škodljiva. Nočem več brskati po najrazličnejših pravilnikih, medtem ko pišem recepte, ker je to mogoče narediti drugače.

Čas je za spremembe. Revolucija v informatizaciji zdravniških ambulant se je v

Evropi zgodila že več kot pred desetletjem. Vsi moji kolegi v Evropi delajo z računalniško vodeno kartoteko, kjer so v program vključene smernice za vodenje bolezni. Jaz imam na mizi še vedno program, ki je namenjen fakturiranju storitev, iz katerega lahko dobim izpise večinoma le, če naslovim pisno prošnjo upravi zdravstvenega doma.

Združenje zdravnikov družinske medicine je že pred več kot desetletjem na mednarodni učni delavnici izdelalo novo verzijo kartoteke, ki je v papirnati obliki predstavljala in še vedno predstavlja doktrinarno osnovo programa, ki bi ga lahko namestili v vsako ambulanto. Kartoteko je na svoji seji obravnaval Zdravstveni svet in jo podprl. Vendar se zaradi svoje okornosti in višje cene ni prijela in večina zdravnikov še vedno uporablja zastarele kartoteke izpred desetletij.

Ko je Razširjeni strokovni kolegij za splošno medicino ugotovil, da bi bila računalniška podpora zdravnikovemu delu nujna, je predlagal izdelavo računalniškega programa v projektu upravljanja zdravstvenega sistema. Več kot do nekaterih načelnih sestankov in dogovorov nismo prišli.

Zavodu za zdravstveno zavarovanje smo pred leti predlagali, naj bi za vsakega zdravnika splošne medicine v Sloveniji naročil revijo Clinical evidence, ki dvakrat letno prinaša posodobljeno verzijo dokazano uspešnih zdravljenj. Prepričani smo bili, da bi na ta način izboljšali vodenje bolnikov in izboljšali kakovost našega dela. Prošnjo so na zavodu poslušali z razumevanjem, ampak do nabave ni prišlo.

Predstavniki Razširjenega strokovnega kolegija smo predlagali, naj bi obveznost računalniško vodene kartoteke počasi vključili v dogovor med izvajalci in ZZS, morda prek pilotskega projekta. Predlog ni bil sprejet zaradi varčevalnih ukrepov zavarovalnice.

Ostala je še ena možnost: Združenje se je odločilo, da bo del sredstev, ki jih je zaslužilo s kongresom družinske medicine lansko leto, namenilo prevodu mednarodnih smernic s področja družinske medicine. Smernice so preverjene in uveljavljene v več evropskih, predvsem skandinavskih državah, in prevedene v angleščino, nemščino, poljščino in ruščino. Poiskali bomo sponzorje in zdravnikom omogočili, da jih dobijo. Tako bodo zdravniki končno dobili orodje, ki ga potrebujejo že deset let. Upajmo, da ga bodo tudi uporabljali.

Igor Švab

## NOVICE » Pomembni dogodki za slovensko družinsko medicino

- Pred začetkom svetovnega kongresa WONCA v Orlandu na Floridi sta kot ponavadi nekaj dni prej zasedala njegov evropski in svetovni svet (WONCA Europe Council in WONCA World Council).
- Predvsem prvi je bil za slovensko družinsko medicino zelo pomemben: za novega predsednika evropske Wonca je bil soglasno in z veliko podporo izvoljen prof. dr. Igor Švab, ki bo v naslednjem triletnem mandatu vodil in usmerjal to evropsko združenje zdravnikov družinske medicine.
- Prav tako je Slovenija (poleg Avstrije z Dunajem) kandidirala za sedež sekretariata te prestižne evropske organizacije in pri tem tudi uspela. To kaže na veliko zaupanje evropskih kolegov v naše delo in razvoj.
- V Sloveniji je asist. mag. Danica Rotar Pavlič postala predsednica Društva za zdravje srca in ožilja Slovenije in bo z novo vizijo nadaljevala uspešno delo dosedanjega predsednika prof. dr. Josipa Turka.
- Danica Rotar Pavlič je postala na kongresu WONCA v Orlandu ena izmed soustanoviteljic svetovne zveze raziskovalcev v družinski medicini, ki deluje pod okriljem WONCA World. O delu mednarodne zveze (International Federation of Primary Care Research Networks - IFPCRN) bomo več pisali v naslednji številki časopisa Družinska medicina.



# Zrelostna ocena ambulante – nov način ocenjevanja njihove organizacije



Organizacija ambulante je lahko dobra ali pa ne. Nanjo vplivajo številni dejavniki, kot so lokacija ambulante, populacija bolnikov, število sodelujočih delovnih skupin, njihov status v zdravstvenem sistemu, predvsem pa osebnost in posameznikov. Navzven se kaže z utečenimi postopki do bolnikov, kot so naročanje, pritožni sistem, ponovno predpisovanje receptov, sprejem nujnih bolnikov, zdravljenje na domu ter odnos do javnosti. Navznoter pa organizacija ambulante omogoča sodelavcem kreativno sodelovanje v skupini in njihov osebnostni in strokovni razvoj.

V tretji številki Družinske medicine je koordinatorica projekta asist. Vlasta Vodopivec Jamšek predstavila projekt ocenjevanja ambulant EPOKSA, ki ga v Sloveniji vodi doc. dr. Janko Kersnik in je del evropske raziskave kazalcev kakovosti dela v splošnih ambulantah. Projekt ocenjevanja ambulant je bil v zimskih mesecih (od decembra 2003 do februarja 2004) uspešno izveden v 31 ambulantah splošne medicine po Sloveniji. Sodelujoči so najprej dobili vprašalnike po pošti. Na obisku je ocenjevalka po protokolu ocenila ambulanto, izvedla intervju s sodelujočim zdravnikom in obisk ambulante vedno zaključila s skupnim sestankom vseh zaposlenih. Na sestanku so z Zrelostno oceno ambulante (Maturity Matrix 2003) ocenili njeno organizacijsko vzdušje. Ocenjevanje je potekalo v 30 ambulantah po vsej Sloveniji, ki so razlikovale po velikosti (imele so po enega, dva ali štiri ali tudi več zdravnikov) in lokaciji glede na mestno okolje ali podeželje. Zrelost svojih ambulant je ocenjevalo 154 udeležencev v raziskavi, 62 je bilo zdravnikov in 92 medicinskih in patronažnih sester.

Zrelostna ocena ambulante je nov način ocenjevanja njihove organiziranosti in je v omenjenem projektu vedno bila zaključna faza vsakega ocenjevalkega obiska. Osnova za oceno je bila Tabela za oceno zrelosti ambulante, ki jo je kot pripomoček razvila skupina angleških družinskih zdravnikov in je namenjena samoocenjevanju in razvijanju organizacije ambulant. V tabeli so avtorji zbrali enajst vsebin - kazalcev kakovosti organizacije ambulante, kot so:

- Medicinski podatki
- Ocenjevanje kakovosti dela
- Uporaba smernic
- Dostop do strokovnih informacij
- Predpisovanje zdravil na recept
- Upravljanje z zaposlenimi
- Stalni strokovni razvoj
- Obvladovanje tveganj
- Ambulantni sestanki
- Izmenjava informacij z bolniki
- Učenje od bolnikov

**Samoocenjevanje** poteka tako, da na skupnem sestanku vsi sodelavci najprej v prazni tabeli označijo stopnjo, za katero menijo, da so jo dosegli v svoji ambulanti. V nadaljevanju skupaj z ocenjevalcem pregledajo vsako od enajstih vsebin organizacijskega ustroja in kritično pretehtajo lestvico razvojnih možnosti vsake posebej. Ravno premišljanje pri opredeljevanju, na kateri razvojni stopnji trenutno so, jim odpira nove poti. Ocenjena stopnja je rezultat pogovora in sporazuma vseh članov ambulante, ki pomeni prvi korak na poti organizacijskega učenja, kjer je pomembno znanje vseh, ki skupaj ustvarjajo.

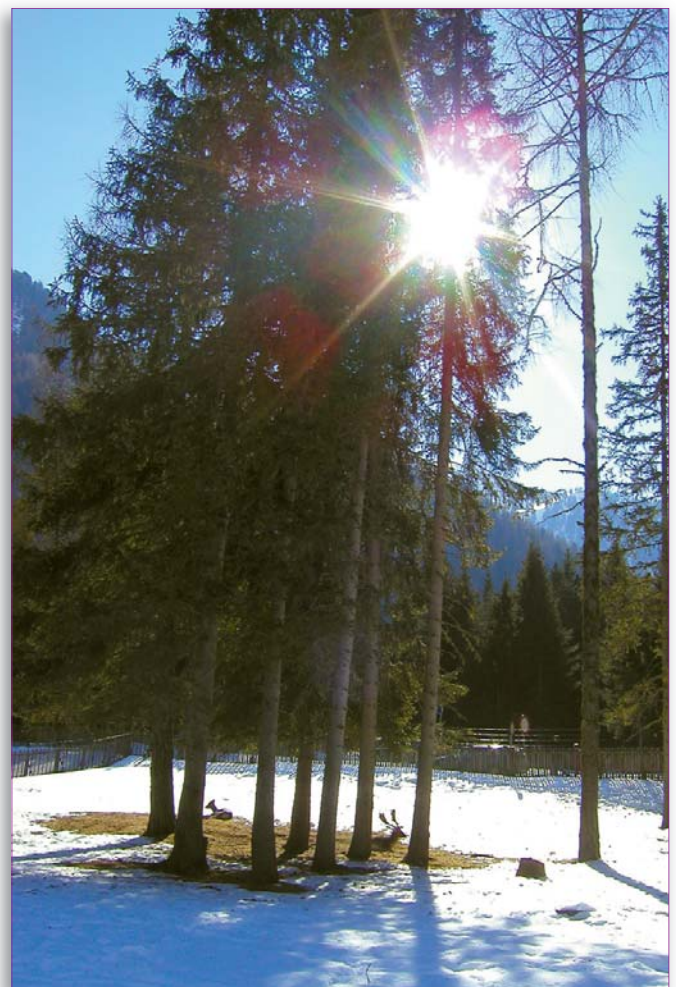
Z analizo podatkov dobimo grafično podobo zrelostne ocene določene ambulante, ki sama po sebi niti ni namenjena ocenjevanju, ampak spodbujanju

razmišljanja vseh sodelavcev o organizaciji dela in njihovi možni izboljšavi. Samoocenjevanje je izkušnja organizacijskega obnašanja in razmišljanja strokovne skupine, ki lahko z izboljšano organizacijo svojega dela izboljša tudi kakovost svoje storitve.

Projekt bo končan s povratno informacijo udeležencem. Vsaka ambulanta bo dobila svojo oceno zrelosti in razvojni krog bodo udeleženci uspešno sklenili, če se bodo na sestanku pogovorili o oceni svoje ambulante, kritično pretehtali njihov napredek v zadnjem letu in si ponovno zastavili cilje za naslednje leto. Omenjeni projekt je novost v Sloveniji. Prinaša novo izkušnjo zdravnikom in njihovim sodelavcem in krepi duh sodelovanja v delovni skupini. Mnogi so doslej že sami poiskali poti razvijanja organiziranosti svoje ambulante – njim sta bila obisk in tabela v pomoč pri nadaljnjem izboljševanju svojega organizacijskega obnašanja. Nekaterim je samoocenjevanje v skupini pomenilo miselni napor ter jim obenem jasno nakazalo, da je pot do dobre organizacije in sodelovanja v ambulanti lahko tudi dolga in težavna, polna dogovorov in kompromisov. Torej ustvarjalna in kreativna pot za vse, ki delajo skupaj. Zadovoljstva in ustvarjalnosti pri svojem delu pa si želimo, kajne?!

Vsem zdravnikom in njihovim sodelavcem se zahvaljujem, da so sprejeli izziv in sodelovali v evropskem projektu samoocenjevanja organizacije ambulant.

Tatjana Cvetko



## Novi izzivi

Odbor za osnovno zdravstvo Zdravniške zbornice Slovenije je v preteklih štirih letih opravil ogromno delo, izpolnil je vse naloge, ki si jih je na začetku mandata zadal in potrdil svojo vlogo in pomen v delovanju slovenskega zdravništva. To jesen so delegati Skupščine Zdravniške zbornice Slovenije izvolili nov Odbor za osnovno zdravstvo, novih 15 zdravnikov splošne medicine, pediatrov in zdravnikov šolske medicine, ginekologov in medicincev dela, ki bodo kovali prihodnost osnovnega zdravstva v naslednjih štirih letih.

Naloga je odgovorna in obsežna, saj vsi zdravniki prvega stika dobro vemo, da razmere niso rožnate in da so koreniti rezi nujni. Kot predsednica Odbora sem si zadala naslednje naloge za naslednje mandatno obdobje:

- nadzor nad delom zdravnika,
- stalno strokovno izgrajevanje,
- kakovost,
- informatizacija osnovnega zdravstva,
- sodelovanje.

### Zakaj?

#### ad 1.

Delo zdravnika sedaj nadzirajo tri ustanove: Ministrstvo za zdravje, Zdravniška zbornica in Zavod za zdravstveno zavarovanje. Prva dva nadzora sta utemeljena, cilji jasni, izvedba morda še potrebna kakšne izboljšave. Zadnji pa je v nebo vprijoč problem, ko se na zdravnikovem hrbtu lomijo kopja med strokovno doktrino in finančnimi zmožnostmi naše družbe. Iz finančnega nadzora se je ta oblika razrasla v »strokovni« nadzor, saj si ZZS lasti znanje in moč ocenjevanja in presojanja zdravnikovega predpisovanja ne le zdravil, ampak celo delazmožnosti in napotitev ter predpisuje, kdaj, kako in kdaj mora zdravnik to zabeležiti in kako ravnati.

Ocenjevanje kakovosti zdravnikovega dela se je dandanašnji zreduciralo na štetje storitev, škatlic in plenit, šteje dni in tabletk v škatlicah, nedopustno policijsko beleženje prvih in ponovnih pregledov in napotitev, preventivnih pregledov, katerih namen je izpolniti zadani cilj 20 % letno in tako naprej in tako nazaj.

Skrajni čas je, da začnemo resnično ocenjevati kakovost zdravnikovega dela tako, kot je že dolgo znano ne le v svetu, ampak tudi pri nas.

#### ad 2.

Doslej smo zdravnikom podaljševali/obnavljali licence na temelju zbranih kreditnih točk, ki jih je zbral predvsem z udeležbo na seminarjih in kongresih ne glede na to, ali je tam tvorno sodeloval (naše Učne delavnice) ali pa je le vplačal kotizacijo (katero je največkrat pokrila sponzor) in se nato sončil pred konferenčno dvorano. Vsa Evropa se ukvarja s tem vprašanjem, postalo je namreč jasno, da ni nobene korelacije med kakovostjo zdravnikovega dela in številom doseženih kreditnih točk. Čaka nas veliko delo: prepričati zdravnike, da si bodo morali sami pripraviti svoj lastni program strokovnega dopolnjevanja, predvsem na področjih, kjer s(m)o šibki ali kjer je res veliko novega.

#### ad 3.

Kot je iz doslej povedanega jasno, je osnova za obe zgornji točki ocenjevanje kakovosti zdravnikovega dela, ki se začne z ocenjevanjem lastnega dela, pravo izboljšav in njihovim preverjanjem ter uvajanjem dokazano boljših rešitev

v vsakdanje delo. Vse naštetje je treba čez čas spet preveriti in tako naprej - celotno delovno dobo. Krožki kakovosti žal pri nas še niso zaživel. Skrajni čas je, da jih vzdramimo in vpeljemo kot normalno delo zdravnikov ter spodbujamo dobre prakse.

UEMO (Evropsko združenje zdravnikov SM/DM), predvsem pa EQUIP (Evropsko združenje za kakovost) sta na tem področju že veliko naredila. Sedaj je čas, da ta spoznanja postanejo tudi dejanja v praksi.

Kakovostno zdravnikovo delo bo namreč najboljši argument v žbitki z ZZS in drugimi instancami, ki nam režejo kruh in delijo obremenitve, zadolžitve, dolžnosti itn.

#### ad 4.

Računalnik stoji v vsaki slovenski ambulanti družinske medicine. Toda čemu večina služi? Beleženju storitev, zdravstveni statistiki in »zabijanju« zdravnikovega ali sestrinega časa. Namesto tega bi moral biti orodje in pomoč zdravniku pri njegovem delu. Služil bi mu kot pisalo (za recepte, napotnice, bolnikov zdravstveni karton itd.) in spomin (za zbirke bolnikovega stalnega zdravljenja, njegovih bolezni in morebitnih izrednih stanj, npr. alergij). Moral bi biti varuh bolnikovega zdravja, ki bi zdravnika na morebitno neskladnost zdravil, prezgodaj napisana zdravila in pripomočke ali zdravila, za katero je bolnik preobčutljiv, opozoril takoj. Računalnik naj bi bil komunikacijsko orodje med zdravnikom in sodelavci v procesu zdravljenja, ki zajema laboratorij, EKG, rentgen, specialista na sekundarni ravni, bolnišnico itd.) ter pomoč zdravniku pri ocenjevanju kakovosti lastnega dela, pa tudi pri raziskavah.

Večina programov, katerim mora sedaj služiti slovenski zdravnik, je »iz kamene dobe« računalniške tehnike in res vpije po posodobitvi, saj potrebujemo programe, ki bodo zdravniku prijazni, uporabni, strokovno utemeljeni in hitri.

#### ad 5.

Posameznik danes bije (če sploh še ima po končanem delu kak kanček moči in volje) donkihotski boj z mlino na veter. Toda v slogi je moč. Čas je, da slovenski zdravniki stopimo skupaj in se končno zavemo, da smo vsi le delček verige, ki se ji reče zdravljenje bolnikov in varovanje zdravja, ki resda opravljamo vsak svoje delo, vendar drug brez drugega ne moremo. Nesmiselno je, da drug drugemu dokazujemo, kdo je pomembnejši in potrebniji, pametnejši in boljši – stremeti bi morali k temu, da bomo vsi prav in dobro delali. Tedaj bomo lahko tudi slovenski družbi, bolnikom, delodajalcem in ZZS dokazali, da nas potrebujejo, in sicer kot dobre in zadovoljne zdravnike, ki se stalno strokovno izpopolnjujejo, radi opravljajo svoje delo in so pripravljeni tudi na spremembe za boljšo kakovost lastnega dela.

Trudili se bomo, da bomo po štirih letih lahko z zadovoljstvom rekli, da smo vsaj nekaj od zadanih nalog tudi uresničili. Srečno torej, novi Odbor za osnovno zdravstvo!

Člani Odbora Zdravniške zbornice Slovenije 2004/2008:

MATEJA BULC, POLONA DARJA BURJA, MARJANA GRM, ENISA DEMŠAR, ANDREJ HORVAT, IRENA VATOVEC PROGAR, JANA GOVC ERŽEN, dr. ŠTEFEK GRMEC, LJUBICA KOLANDER, MARTINA BUČAR, mag. LEON RADOLLI, VESNA PLEVNİK VODUŠEK, MARISA VISNJEVEC TULJAK, IGOR IVANETIČ

Mateja Bulc



# Izobraževanje specializantov doktorjev medicine na modulih



Na Katedri za družinsko medicino v Ljubljani smo specializanti družinske medicine prvič prisostvovali na modulih v maju 2002. Tako se imenujejo učni sklopi podiplomskih druženj s predavanji, ki potekajo v skupinah in obravnavajo izbrane pereče praktične vsebine. Pred žpravim' začetkom tovrstnega izobraževanja, smo skoraj eno leto čakali na dokončno odločitev sporazumevanja med Zdravniško zbornico Slovenije in Katedro za družinsko medicino. Rahlo razočarani zaradi zavlačevanja in pojasnjene vzroka smo specializanti vseeno veselo sedli v šolske klopi na katedri in se najprej medsebojno spoznavali. Vedeli smo, da bomo skupaj preživljali vsaj dva celotna dneva mesečno. Pozneje pa smo imeli module tudi pogosteje, saj smo morali nekako nadomestiti enoletni izpad ... V tem času so delovale naše ambulante brez nas in v glavnem smo imeli vsi urejeno nadomeščanje.

Vsak specializant je bil svet zase, saj smo bili zbrani iz vse Slovenije, različnih starosti, iz raznoliškega okolja, z različnimi delovnimi in življenjskimi izkušnjami in pogledom na svet.

Kljub temu je naša skupina specializantov med letoma 2002-03 sestavljala pristrčno, pozitivno naravnano skupino nadobudnih zdravnikov! To so nam sprti priznavali tudi voditelji modulov in sodelujoči predavatelji.

Modularni način specializacije je bi zastavljen tako, da sta en modul z vnaprej določeno in nam vnaprej znano vsebino, sestavljala dva dela. Ponavadi je bil prvi dan modula na koncu meseca (v četrtek), drugi del pa v četrtek čez nekaj tednov. V petek, ki je sledil prvemu modulu, smo začeli z novim tematskim sklopom, tako, da smo imeli vedno dovolj časa za OBVEZNO domačo nalogo. Sprva smo se žpo študentsko' domačim nalogam poskušali izogniti, a smo jih kmalu brez ugovorov sprejeli. Domače naloge so dejansko prispevale, da smo začeli konstruktivno in kritično razmišljati o sebi kot zdravnikih družinske medicine, o konkretnih težavah, željah, pozitivnih in negativnih vidikih našega dela, naši raznolikosti razreševanja težav ...

Domače naloge smo zmeraj predstavili vodji modula in jih skupaj pohvalili ali pokritizirali. Na koncu smo bili vsi zadovoljni.

Vodja modula je poleg svojega moderiranja in predavanja imel še nalogo, da pripravi čim bolj zanimiv, uporaben, raznolik način podajanja snovi. Vedno smo imeli tudi gostujoče predavatelje, ki so nam s svojimi specialnimi vidiki poznavanja težav osvetlili številna, doslej še neznana področja medicinske problematike in nas spodbujali k razmišljanju ter iskanju najboljših rešitev.

Vsak specializant je opravil 20 modulov. Prisotnost na modulih je bila zelo dobra, saj smo se zavedali, da na nobenem ne smemo manjkati! Po opravljeni domači nalogi (drugi dan) nam je vodja modula podpisal prisotnost v List zdravnika specializanta.

Sama sem bila nad moduli takoj zelo navdušena. Med mojim študijem na medicinski fakulteti še nismo imeli predmeta družinska medicina, zato je bila zame taka metoda učenja popolnoma nova. Ves čas sem si ponavljala, da me nekdo po tolikih letih dela v družinski medicini KONČNO uči biti družinska zdravnica, kako zdraviti, kako obravnavati problem, ter tolaži, da nisem edina, ki česa ne zna in ne ve ....

Metode dela in učenja, ki so jih naši vodje modulov uporabljali, so se od modula do modula razlikovale. Vsi pa so se trudili, da bi bilo čim manj predavanj (ex katedra) in čim več praktičnega dela tako v večjih kot manjših skupinah ali za posameznike. Prav je, da smo imeli možnost nastopanja, saj ga nekaterim med nami pošteno primanjkuje, čeravno je javno nastopanje in predavanje zelo pomemben del našega poklica!

Meni osebno se je zdelo delo v večji skupini, s stalno prisotnostjo mentorja, veliko bolj učinkovito kot delo v manjši skupini, kjer smo imeli vedno časa na pretek in smo ga hitro izrabili za klepet o trenutno nepomembnih temah ... Delo v večji skupini pa se je ponavadi končalo z nekaj zelo koristnimi, pametnimi, da ne rečem celo univerzalnimi rešitvami in spoznanji, ki smo jih seveda potem drug drugemu predstavili in si jih zabeležili.

Zanimiva in sprva vsem grozljiva izkušnja je bila OBVEZNA izdelava domače ždiplomske' naloge, ki je bila zasnovana kot manjše lastno raziskovalno delo. A že v drugem sklopu istega modula smo sami sebi dokazali, da bomo prav vsi sposobni izdelati znanstvenoraziskovalno delo iz svojih delovnih izkušenj in prav presenečeni smo bili, koliko zanimivih idej za nalogo smo predstavili. Zagovor ždiplomske' naloge je bil šele čez eno leto. Sama sem se lotila štetja napotnic, ki sem jih v zadnjih 3 letih napisala za tirologa, na katerih je bila napotna diagnoza: palpatorno povečana ščitnica. Po pisnih izsledkih tirologov sem izračunala, kolikšen delež dejanskih ščitničnih bolezni se je žskrivalo' pod mojo napotno diagnozo.



Naj vas seznanim z naslovi modulov:

- Družina v zdravju in bolezni
- Organizacija dela v ambulanti
- Sporazumevanje z bolnikom (2 dela)
- Zagotavljanje kakovosti
- Predpisovanje zdravil
- Preventiva pri odraslih
- Načela vodenja kroničnega bolnika
- Bolezni odvisnosti
- Fizikalna in rehabilitacijska medicina
- Zdravstveno varstvo otrok in mladine
- Zdravstveno varstvo delavcev
- Starostnik
- Umirajoči bolnik
- Predhospitalna raven nujne medicinske pomoči
- Hišni obiski
- Etični problemi
- Sodelovanje s specialisti
- Na izsledkih temelječa medicina
- Znanstvenoraziskovalno delo

Torej smo predelali veliko zanimivih tem in razmišljanj.

Specializanti smo občasno morali pripraviti več krajših seminarjev (po štirje specializanti v skupini) o najaktualnejših medicinskih zanimivostih.

Vadili smo tudi s pomočjo snemalnih vaj na kaseti in videokaseti. Ugotavljali smo, kako veliko težav nam dejansko povzroča odkrit pogovor z bolnikom, kako težko ga včasih povprašamo o zanj pomembnih, vendar intimnih težavah. Razčlenili smo tudi, kako pokroviteljski znamo biti pri spreminjanju njegovega vedenja — predvsem verbalno, ne da bi se zavedali, da bolnik večino slišane pozabi, ko sam še ni pripravljen ali motiviran za spremembo ali če je nalog ali zahtev preveč.

Dotaknili smo se problema predpisovanja zdravil in napotnic na bolnikovo željo.

Preverjali smo svoje znanje v primeru urgentnih primerov.

Obiskali smo Inštitut za rehabilitacijo v Ljubljani.

### Pa še in še ...

Vodje modulov, vsi sodelujoči predavatelji in specializanti družinske medicine smo skupaj prispevali majhen, a ne-nepomemben delež k izboljšanju kakovosti našega delovanja v ambulantah splošne medicine ter naši opaznosti in večji samozavesti. Nismo pozabili, da je naše delo še vedno namenjeno bolniku in njegovi družini! Naučili smo se tudi, da moramo zdravniki sami poskrbeti za svoje zdravje, psihofizično blagostanje in srečo. Ugotovili smo, da je pomembno, da se med seboj poznamo, držimo skupaj in se tudi po koncu tovrstnega izobraževanja srečujemo, skratka vzpostavimo mrežo.

Ustanovili smo Sekcijo mladih specialistov in specializantov družinske medicine, ki bo, upajmo, pomagala pri uresničevanju ideje o dobri kakovosti in pri reševanju težav mladih zdravnikov družinske medicine.

Prihodnjim generacijam specializantov, ki bodo sodelovali na modulih, želim veliko začetne pozitivne naravnosti in optimizma, saj vam dajo toliko, kolikor si želite in prizadevate!

Bodite odprti za težave in dileme. Govorite o njih in sprejmite tudi kritiko kot nekaj, kar bo prispevalo k vaši rasti in večji poklicni sreči!

Hvala Katedri, njenim sodelavcem in vsem mojim kolegom za čudovito izkušnjo na modulih!

Mojca Miholič

## Založniška dejavnost in literatura na Katedri za družinsko medicino

Združenje zdravnikov družinske medicine in Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani štejeta med svoje temeljne naloge pripravo in izdajo različnih publikacij. V zadnjih letih smo soočeni s pravo poplavo različne medicinske literature, tako da ni več problem pomanjkanje informacij, ampak je postala vprašljiva izbira kakovostnih informacij. V želji, da bi imeli zdravniki družinske medicine strokovne vire napisane v domači besedi, se je razvila bogata založniška dejavnost. Skupni cilj vseh izdanih priročnikov, smernic, zbornikov in seveda učbenika Družinska medicina je, da so objavljene vsebine sodobne, pregledne in uporabne v našem prostoru in času. Mnoga od objavljenih gradiv so že pošla, nekatera pa so še na razpolago na Katedri za družinsko medicino v Ljubljani. Bralci jih lahko s pridom uporabijo za pripravo na študentski ali specialistični izpit ali za poglobljanje in širjenje znanja. V preglednici so naštetje izdaje, ki so trenutno dostopne in jih je moč kupiti pri tajnici Katedre ge. Ani Artnak, v času uradnih ur od ponedeljka do četrтка od 11. do 13. ure. Ob nakupu neposredno na katedri so cene brez DDV, pri naročilu prek pošte je treba plačati DDV in pošttnino.

### SEZNAM RAZPOLOŽLJIVE LITERATURE CENA (brez DDV)

Učbenik družinska medicina, 2002, Kongres d.o.o.	19.990,00 SIT
7. Schrottovi dnevi, 2004	3.500,00 SIT
6. Schrottovi dnevi, 2002	2.000,00 SIT
Kakovost v splošni medicini, Kersnik, 1995	2.000,00 SIT
Družina v družinski medicini, 1997	2.000,00 SIT
Znanstveno utemeljena medicina, 2000	2.000,00 SIT
Zdravnikovo delo izven ambulante, 2001	2.000,00 SIT
Zdravstvene napake, 2002	2.000,00 SIT
Etika v družinski medicini, 2003	3.000,00 SIT
II. Spominsko srečanje dr. Janija Kokalja, 2001 (Poškodbe v osnovnem zdravstvu)	2.000,00 SIT
III. Spominsko srečanje dr. Janija Kokalja, 2003 (Poškodbe v osnovnem zdravstvu)	2.000,00 SIT
IV. Spominsko srečanje dr. Janija Kokalja, 2004 (Poškodbe v osnovnem zdravstvu)	2.000,00 SIT
IV. Fajdigovi dnevi, 2002 (Kronična bolečina, sladkorna bolezen, depresija in preventivni program)	2.000,00 SIT
VI. Fajdigovi dnevi, 2004	
Bolnik v slovenskem zdravstvu, Kersnik, 2003	2.000,00 SIT
2. Mariborsko srečanje (fizikalna ter. v amb.), 2002	5.000,00 SIT

## 14. mednarodna delavnica EURACT na stičišču kultur



V Kranjski gori smo 11. septembra 2004 končali 14. mednarodno delavnico EURACT, ki jo Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Združenje zdravnikov družinske medicine in Zavod za razvoj družinske medicine vsako leto prirejamo v Sloveniji. EURACT je evropsko združenje učiteljev družinske medicine. Letos se je delavnice udeležilo 55 zdravnikov učiteljev iz 12 držav. Organizacija je slonela na ramenih organizacijskega odbora pod vodstvom doc. Janka Kersnika.

Delavnica, ki se je začela 7. septembra, se je lotila zanimive področja z naslovom: Družinska medicina na stičišču kultur. Celotno prizorišče je bilo v duhu teme srečanja: tromeja med Avstrijo, Italijo in Slovenijo simbolizira sobivanje etičnih in kulturnih ozadij.

Pisanost udeležencev (iz Avstrije, Turčije, Romunije, bivših jugoslovanskih republik, Grčije, Izraela, Velike Britanije, Irske, Nove Zelandije, Poljske) je omogočila izmenjavo izkušenj in znanj, vsakodnevno pa smo se zbrali na plenarnem predavanju in nato nadaljevali delo v petih skupinah. Predavanja so obravnavala najrazličnejše vsebine, kot so: uvod v medicinsko antropologijo, komuniciranje, partnerstvo pri zdravljenju, medicinsko nerazložljivi simptomi, nesporazumi med zdravnikom in bolnikom in njihovo reševanje, kako se spoprijeti z različnimi vrednotami (predvsem, ko se zdravnikovo in bolnikovo stališče bistveno razlikujeta), medkulturna etika, načrtovanje osebnega razvoja itd.

V času delavnice je vsaka skupina pripravila konkreten izdelek, ki smo ga predstavili zadnji dan: npr. učni program za učenje o etničnih razlikah za raven študentov, razlike v spolu in obravnava tega vprašanja s študenti, kako izobraževati zdravnike na podiplomski ravni za delo z različnimi etničnimi skupinami...

Delo je bilo začinjeno tudi s praktičnimi izkušnjami. V četrtek, 9. septembra 2004 smo udeleženci obiskali Zdravstveni dom Bled, kjer nam je dr. Leopold Zonik ljubezno in organizacijsko dognano omogočil stik s prebivalci iz različnih kulturnih okolij. Tako so posamezne skupine obiskale družine, ki živijo na Bledu in so brazilskega, muslimanskega, sintskega, angleškega in ameriškega porekla. Tako so se pri njih doma z njimi osebno pogovarjali o njihovem doživljanju našega okolja in izkušnjah z našim zdravstvenim sistemom.

Seveda je bilo dovolj priložnosti tudi za pogovore, v katerih smo izvedeli, da ima kolega z Dunaja 45 % vseh stikov z bolniki neavstrijskega porekla; da so zaradi nesporazuma Romi z našim kolegom iz Slovenije malodane fizično obračunali; da je množica kurdske beguncev v Turčiji zahtevala pravo mobilizacijo zdravnikov in je kolegica 3 mesece delala samo z njimi, s svojo družino skoraj ni imela stika; da je v Izraelu skupnost tako pisana, da skoraj vsakodnevno potrebuješ znanje vsaj treh jezikov; da že kretneje v različnih kulturah lahko pomenijo različne stvari - od pozdrava do žaljive geste.

Sporazumevanje s pripadniki iz drugačnih okolij prinaša nove izzive: koliko in kaj zaupati uradno dodeljenemu prevajalcu? Pri svojem delu imamo marsikdaj občutek, da ne gre le za prevajanje, ampak za interpretacijo in komentar ... Velike težave se pojavljajo predvsem z jeziki, ki so v našem okolju manj znani, recimo s kitajščino. Nedavno se je pojavila težava pri porodnici kitajskega rodu, ki je rojevala v ljubljanski porodnišnici ... Težave nastopijo tudi pri kolegicah iz muslimanskega sveta, ki ne smejo odložiti pokrivala ali ga zamenjati za zaščitno čepico. Spominjam se situacije, ko specialistka iz Arabskih emiratov ni mogla vstopiti v operacijski blok, ker ni smela sneti rute - niti sama in v posebnem prostoru ne ...

Različne vrednote vstopajo tudi v naš prostor. Religiozne različnosti posegajo v življenje in zdravljenje. Pogosto smo pričali npr. iskanju ustreznega dajalca za presaditev kostnega mozga. Zgodilo se je že, da so starši iz verskih razlogov odklonili tipizacijo kostnega mozga za lastno hčer, ki je zbolela za levkemijo. Na srečo je bila tokrat najbolj ustrezna dajalka bolnična sestra, a podobne situacije se bodo gotovo še ponavljale ...

V soboto se je dogajanje končalo s I. evropsko konferenco o učenju v družinski medicini, ki vse bolj postaja del vsakdana vsakega zdravnika, ustrezna izobrazba in vedenje pa izboljšujeta delo.

Sobivanje obeh procesov, zdravljenja in učenja, terja spretnost, znanje in pozornost učitelja in študenta/specializanta, nujno pa je tudi prostovoljno in aktivno bolnikovo sodelovanje. Cilj je zadovoljstvo vseh treh udeležencev procesa, v katerem je etično neoporečno zdravljenje bolnika še vedno na prvem mestu.

Ob slovesu je bilo čutiti svečano vzdušje in kar težko smo se ločili: cilj našega srečanja je bil dosežen - nova spoznanja, bogatejša znanja in spretnosti, nova prijateljstva.

Nenadejano smo dosegli še en cilj: pritegnili smo pozornost medijev in tako morda vzbudili tudi občutljivost javnosti za tovrstna vprašanja.

O nas so poročali: radio Slo1, radio Glas Ljubljane, Radio Ognjišče (dvakrat), TVSLO1 v Odmevih 9. septembra, Gorenjska TV, Radio Triglav, v pripravi je tudi članek v Delu.

Meje so vse bolj zabrisane, svet vse bolj pisan, sožitje in sobivanje med pripadniki različnih kultur postaja naš vsakdan. Prepoznavanje problemov in vprašanj na stičišču kultur je prvi korak k rešitvi: ugodnemu izidu zdravljenja v zadovoljstvo obeh, bolnika in zdravnika

Nena Kopčavar Guček

### 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](mailto: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



# Patronažna služba



Patronažno varstvo je definirano kot oblika zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno varovanje posameznika, družine in lokalne skupnosti. Ta skupina prebivalcev je zaradi bioloških lastnosti, obolenj ali neprilagojenosti na okolje posebej občutljiva za škodljive okoljske vplive.

Patronažna zdravstvena nega je organizirana na primarni ravni zdravstvenega varstva. Lahko je samostojna služba ali pa organizacijska enota v zdravstvenem domu. Izvajamo jo na terenu: na bolnikovem/varovančevem domu in v lokalni skupnosti.

Patronažna medicinska sestra je strokovnjakinja z višjo ali visoko izobrazbo. V negovalno skupino so vključeni tudi zdravstveni tehniki na podlagi razmejte del v zdravstveni negi. Patronažna medicinska sestra deluje na terenu, ki naj bi obsegal 2430 prebivalcev. Običajno pa je njegova velikost večja.

Področje **preventivnega** dela patronažne dejavnosti je zdravstvena nega otročnice in novorojenčka ter zdravstvenosocialna obravnava posameznika in družine. Zanj patronažna medicinska sestra samostojno načrtuje svoje delo. Obseg preventivnega programa določa zavarovalnica v 27. Členu pravil osnovnega zdravstvenega zavarovanja. Ta pravila določajo en obisk nosečnice, dva obiska otročnice, šest obiskov novorojenčka, po en obisk otroka v drugem in tretjem letu življenja, dva obiska letno kroničnega bolnika in invalida nad 25 let, ki je osamljen in socialno ogrožen, ter po dva obiska letno drugih zdravstveno ogroženih oseb.

**Pri kurativnem delu** - zdravstveni negi bolnika je patronažna medicinska sestra del zdravstvene skupine, katere vodja je zdravnik. Na podlagi izdanega Delovnega naloga izbranega osebnega zdravnika izvaja diagnostičnoterapevtske posege.

Pravila ZZS, ki opredeljujejo delovanje patronažne medicinske sestre, niso najbolj jasna. Še več nejasnosti je pri postopkih in posegih zdravstvene nege, za katero je potrebno pridobiti Delovni nalog, ki ga izda zdravnik.

Zaradi nejasnosti zavarovalniških pravil si zdravniki o izdajanju pooblastil z Delovnim nalogom patronažni medicinski sestri niso enotni. Odvisna so od njihovih subjektivnih interpretacij pravil ZZS in njihovih strokovnih ocen bolnikovih potreb po zdravstveni negi. Patronažne medicinske sestre opažamo, da se nekateri bolniki znajdejo v depri-viligranem položaju.

Zdravniki so obremenjeni z delom v splošnih ambulantih, kamor nepokretni bolniki ne pridejo. Tako morajo strokovne odločitve sprejemati na osnovi heteroanamnez

svojev, prijateljev in v pogovoru s patronažno medicinsko sestro, ki jim je v veliko pomoč.

Napredek znanosti prinaša v medicino in zdravstvo manj agresivne posege, zato je čas zdravljenja in rehabilitacije krajši. Bolniki tako hitreje končajo zdravljenje na sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva. Na primarni ravni izvajamo postopke in posege za spremljanje zdravstvenega stanja in tudi nadaljujemo potrebno zdravstveno nego. Zdi se mi pomembno poudariti, da bi poleg racionaliziranja stroškov na sekundarni in terciarni ravni ter pospešenega zgodnjega odpusčanja lahko vzporedno krepili primarno raven zdravstva, s čimer bi zmanjšali delovno obremenitev zdravstvenih delavcev te ravni.

Nepokretni bolniki si morajo za zadovoljevanje svojih osnovnih življenjskih potreb, torej postopke, ki jih je v bolnišnici opravljal medicinska sestra, najti pomoč kar na (črnem) trgu delovne sile, ker zavarovalnica teh storitev ne plačuje.

Zdravstveni delavci na klinikah in bolnišnicah ne poznajo dobro dejavnosti patronažne službe. Njihova pričakovanja in predstave o našem delovanju so nerealna. Bolnike odpustijo iz svojih ustanov z obljubo, da bodo poklicali patronažno službo in bo prišla ter vse uredila. Bolnikov dom vedno ne nudi okolja, kjer bi lahko potekali nadaljnje zdravljenje in rehabilitacija.

Prav tako smo v stalnem »sporcu« s specialisti, ker ne moremo slediti njihovim navodilom, npr. za oskrbo ran s sodobnimi materiali. Zaradi finančnih razlogov ni mogoče bolnikom omogočiti nadaljevanja priporočenega zdravljenja po navodilih sodobne doktrine (npr. s hidrokoloidi, alginati, geli); zavarovalnica odobri le standardne obvezilne materiale (tkano gazo, navaden povoj in fiziološko raztopino). Če bolnik hoče nadaljevati s priporočenim zdravljenjem, mora sam kupiti ustrezne materiale.

Staranje prebivalstva bo prineslo še večje potrebe po obiskih patronažnih medicinskih sester, še več bo problemov. Zdravnik in patronažna medicinska sestra jih bosta lahko reševala z dobrom skupnim sodelovanjem in dogovarjanjem. Potrebe po spremembah zavarovalniških pravil in zdravstvene politike so vedno večje. Realne in izvedljive rešitve so mogoče le v dialogu z izvajalci na primarni ravni zdravstvenega varstva, torej s poznavalci dejanskega stanja.

Marija Milavec Kapun, viš. med. ses., prof. def.

# PREXANIL®

PERINDOPRIL

enkrat na dan 4 do 8 mg

EVROPSKA ŠTUDIJA O ZMANJŠEVANJU SRČNIH DOGODKOV S PERINDOPRILOM PRI BOLNIKIH S STABILNO KORONARNO ARTERIJSKO BOLEZNIJO



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

## Izbrani antihipertenzivi za študiji

ŠTUDIJA O PREPREČEVANJU PONOVNE MOŽGANSKE KAPIS 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, ki ustreza 3,338 mg perindopрила. **Pomožne snovi:** mikrokristalna celuloza, laktoza monohidrat, brezvodni koloidni silikagel, magnezijev stearat. **Delovanje:** povečuje antihipertenzivni učinek perindopрила. **Indikacije:** hipertenzija, srčno popuščanje. **Odmerjanje in način uporabe:** Ne glede na odmerjek je priporočljivo jemati zdravilo enkrat na dan, in sicer zjutraj, pred obrokom. **Esencialna arterijska hipertenzija:** priporočeni začetni odmerjek je 4 mg enkrat na dan. Če je potrebno, po enem mesecu povečamo odmerjek 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 odmerjek je 2 mg enkrat na dan. Pozneje lahko odmerjek 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. Odmerjek lahko povečamo na 4 mg enkrat na dan po 1 do 2 tednih jemanja. Da bi zmanjšali še sicer majhno možnost simptomatične hipotenzije, moramo bolnikom, ki že jemljejo velik odmerjek diuretika, tega zmanjšati pred uvedbo zdravila Prexanil 4 mg. Bolnikom z ledvično okvaro prilagajamo odmerjek glede na vrednost ravnih kalija in kreatinina. **Priporočeni odmerki so:** kreatininski očistek 30 do 60 ml/min (1 ml/s): odmerjek 2 mg/dan; 15 do 30 ml/min (0,5 ml/s): 2 mg vsak drugi dan; pod 15 ml/min (0,25 ml/s): 2 mg na dan dialize (po dializi). Bolnikom z jetrno okvaro ni treba prilagajati odmerka. **Kontraindikacije:** preobčutljivost za perindopril, katero od pomožnih snovi ali katerikoli drug zavrilec 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 odmerjek zavrilec ACE, ukiniti diuretik ali stori 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 zavrilec 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 zavrilec ACE in litija lahko zmanjša izločanje litija. **Narkotiki, antipsihotiki in ciklični antidepressivi:** pojavi se lahko posturalna hipotenzija. **Aloprinolol, citostatiki ali imunosupresivi, sistemski kortikosteroidi ali prokinamid:** sočasno jemanje zavrilec ACE lahko poveča tveganje za pojav levkopenije. **Antihipertenzivi:** povečajo hipotenzivno delovanje zavrilec ACE. **Nesteroidni antiinflammatory:** sočasna uporaba lahko zmanjša antihipertenzivni učinek zavrilec ACE. **Antiacidi:** zmanjšujejo biološko uporabnost zavrilec ACE. **Alkohol:** poveča hipotenzivni učinek zavrilec ACE. **Nosečnost in dojenje:** Zavrilec ACE lahko škodljivo vpliva na plod, zato je njihova uporaba kontraindicirana med nosečnostjo in dojenjem. Vpliv na sposobnost vožnje in upravljanja s stroji: Zavrilec ACE lahko zmanjša sposobnost za vožnjo in delo s stroji, če se pojavita hipotenzija ali omotica. **Neželni učinki:** Bolniki Prexanil 4 mg dobro prenašajo. **Stranski učinki 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, dispepsija, driska, zaprtje. **Koža in kožni priveski:** izpuščaji, srbenje, koprnica, multiformni eritem. **Živčevje:** glavobol, astenija, omotica, anoreksija, vrtoglavica, tinitus, motnje vida, 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 oмотu) zdravila Prexanil 4 mg. **Rok uporabnosti:** Označen je na ovojnicini. **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.