



OMEJITVE IN RAZSEŽNOSTI DRUŽINSKE MEDICINE

UČNO GRADIVO

za 31. učne delavnice za zdravnike družinske medicine

Urednica: Eva Cedilnik-Gorup

Družinska medicina 2014, letnik 12, supplement 4

Ljubljana, oktober 2014

Družinska medicina 2014
Letnik 12
Supplement 4
Oktober 2014

OMEJITVE IN RAZSEŽNOSTI DRUŽINSKE MEDICINE

Učno gradivo
za 31. učne delavnice za zdravnike družinske medicine

Urednica: Eva Cedilnik-Gorup

Tehnično urejanje, oblikovanje in prelom: Zalika Klemenc-Ketiš

Recenzenta: prof. dr. Igor Švab, doc. dr. Davorina Petek

Izdalo: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD

Založil: Zavod za razvoj družinske medicine

Tisk: Tiskarna Radovljica

Naklada: 200 izvodov

Copyright © Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD 2014 Uporaba objavljenega gradiva dovoljena ob navedbi vira in poprejšnjem soglasju izdajatelja ali založnika.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614.2:316.356.2(082)

UČNE delavnice za zdravnike družinske medicine (31 ; 2014 ; Ljubljana)
Omejitve in razsežnosti družinske medicine : učno gradivo za 31. učne delavnice za zdravnike družinske medicine, Ljubljana, oktober 2014 / urednica Eva Cedilnik-Gorup. - Ljubljana : Zavod za razvoj družinske medicine, 2014. - (Družinska medicina ; 2014, 12. Supplement ; 4)

ISBN 978-961-6810-33-3
1. Cedilnik-Gorup, Eva, 1973-
276221440

KAZALO

Abecedni seznam avtorjev	II
Eva Cedilnik-Gorup: <i>Zborniku na pot</i>	1
Igor Švab: <i>Recenzija</i>	2
Davorina Petek: <i>Recenzija</i>	3
1. del	
Erika Zelko: <i>Odnos družinske medicine do drugih medicinskih strok</i>	5
Ksenija Tušek-Bunc: <i>Meje med družinsko medicino ter samozdravljenjem in alternativno medicino</i>	13
Marija Petek-Šter: <i>Omejitve zdravnika družinske medicine pri obravnavi bolnikov z bolnikom s socialnimi problemi</i>	25
Danica Rotar-Pavlič, Katarina Planinec: <i>Meje pri delu z drugimi medicinskimi strokovnjaki</i>	35
Nena Kopčavar-Guček: <i>Odnos zdravnika do nemedicinskih strokovnjakov</i>	51
Darinka Klančar: <i>Odnos zdravnika do bolnikove zasebnosti</i>	27
Barbara Jemec-Zalar: <i>Omejitve zdravnika družinske medicine s strani družine in družbe</i>	61
Matej Bulc: <i>Koristi in škodljivosti preventive</i>	69
Polona Selič: <i>Kako naj zdravnik družinske medicine sprejme omejitve svojega poklica in profesionalne vloge: psihosocialna vloga</i>	79
2. del	
Janko Kersnik: <i>Kaj si družinska medicina še lahko naloži? Zdravstvena politika in družinska medicina</i>	93
Gregor Prosen, Andrej Bergauer: <i>Nove tehnologije v družinski medicini: uporaba obposteljnega ultrazvoka v družinski medicini</i>	103
Zdenka Koželj-Rekanović: <i>Nove tehnologije v družinski medicini - PROTI</i>	111

ABECEDNI SEZNAM AVTORJEV

1. Asist. **Andrej Bergauer**, dr. med., Oddelek za žilno kirurgijo, UKC Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor
2. Prim. doc. dr. **Mateja Bulc**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana in Zdravstveni dom Ljubljana, enota Šiška, Derčeva 5, 1000 Ljubljana
3. Asist. **Barbara Jemec-Zalar**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
4. Prof. dr. **Janko Kersnik**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana in Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Mariboru, Taborska 8, 2000 Maribor
5. Prim. **Darinka Klančar**, dr. med., Zavod za zdravstveno dejavnost in svetovanje eVITA, Cesta pod Slivnico 21, 1380 Cerkno
6. Asist. **Zdenka Koželj-Rekanovič**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Mariboru, Taborska 8, 2000 Maribor
7. Mag. **Nena Kopčavar-Guček**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
8. Izr. prof. dr. **Marija Petek-Šter**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
9. **Katarina Planinec**, dr. med., Amulanta družinske medicine, Nova pot 5, 1351 Brezovica
10. Asist. **Gregor Prosen**, dr. med., Center za nujno medicinsko pomoč, ZD Dr. Adolfa Drolca Maribor, C. proletarskih brigad 22, 2000 Maribor in Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Taborska c. 8, 2000 Maribor in Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru, Žitna ul. 15, 2000 Maribor
11. Izr. prof. dr. **Polona Selič**, univ. dipl. psih., Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
12. Prim. doc. dr. **Danica Rotar-Pavlič**, dr. med., Amulanta družinske medicine Danica Rotar-Pavlič, Nova pot 5, 1351 Brezovica
13. Prim. asist. dr. **Ksenija Tušek-Bunc**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Mariboru, Taborska 8, 2000 Maribor
14. Asist. mag. **Erika Zelko**, dr. med., ZD Murska Sobota, Grajska ulica 24, 9000 Murska Sobota

ZBORNIKU NA POT

Pri vsakodnevem delu v ambulanti se neprestano srečujemo s takimi in drugačnimi omejitvami. Nekatere izvirajo iz nas samih – našega znanja, sposobnosti, trenutnega psihofizičnega stanja. Nekatere nam nalagata sistem in širše okolje. Nekatere pa izhajajo iz omejitev sporazumevanja in razumevanja med človeškimi bitji in iz tega, da smo ljudje pač ljudje.

Nekatere od teh omejitev moramo premagovati; druge so naši zavezniki v boju proti izgorelosti in zmanjšani kakovosti dela, in jih moramo osvojiti.

Velikokrat se znajdemo v vlogi zagovornika omejitev, s katerimi se sicer ne moremo strinjati; včasih smo pred njimi nemočni in imamo občutek, da za bolnika nismo storili vsega, kar bi morali. Ker smo bolnikovi najožji zagovorniki, smemo in moramo pravice vseh svojih bolnikov in zdravstveno pravičnost zagovarjati tudi proti regulatorjem, ki jih vidimo kot višjo silo.

Pomembna je tudi naša sposobnost delovati v ožjem in širšem timu, saj nam prav to omogoča, da meje, do katerih lahko "poskrbimo" za bolnike, razširimo. Morda je nekoč, vsaj v nekaterih okoljih, zdravnik družinske medicine lahko suvereno poskrbel za bolnika od rojstva do smrti ter bil edini razsodnik ter ponudnik zdravstvene pomoči. Teh časov gotovo ni več; v primežu obremenitev in pričakovanj se pogosteje znajdemo pred svojimi mejami, hkrati pa smo prisiljeni, da razsežnosti družinske medicine širimo na področja, ki jih prej nismo poznali. Pred leti je bil EKG specialistična preiskava; danes je to za nas vsakodnevna diagnostična pomoč.

1

Vprašanje pa je, kako daleč lahko in moramo pri tem iti. Vzpostavljamo povezave s centri za socialno delo in zavodi za zaposlovanje; ne moremo pa bolniku iskati službe. Poskušamo biti učinkoviti pri sodelovanju s kliničnimi specialisti in sekundarnim ter terciarnim nivojem zdravstvene oskrbe; toda del komunikacije bo neizogibno prepuščen bolniku samemu. Bolnika moramo in želimo kar najbolje obravnavati in izkoristiti vse možnosti, ki jih za to imamo, toda del tega je tudi vedenje, kdaj naše diagnostične in terapevtske možnosti ne zadoščajo.

Zato pa morda prava modrost ni to, da meje presegamo, temveč da znamo najti zanje pravo mesto. Upam, da vam bo pri tem pomagal tudi ta zbornik.

Urednica

RECENZIJA

Organizatorji letošnjih učnih delavnic so izbrali zelo zanimivo in zahtevno temo. Naslovili so jo Omejitve in razsežnosti družinske medicine. Zdravniki družinske medicine se pogosto najdemo na mejnih področjih našega znanja in pogosto si postavljamo vprašanja »Ali je to moja naloga? Sem za to jaz odgovoren? Je to še medicina?«. Razsežnost stroke je namreč zelo velika in pogosto prihajamo v stik z drugimi strokami, ki se tudi ukvarjajo z dobrobitjo posameznika. Včasih je težko razmejiti naše delo od dela drugih. O teh problemih je treba poučiti naše kolege na vseh ravneh, saj prevzemanje drugih področij prinaša probleme, ko se soočimo s tem, da jih nismo strokovno usposobljeni reševati. Še bolj pomembno je, da se zavedamo, kaj je naše področje, za katerega moramo strokovno poskrbeti.

Gradivo za učne delavnice tako poskuša pokriti vsaj nekaj teh dilem. Knjižica letos obsega malo več kot 100 strani, v njej pa so prispevki, ki se lotevajo različnih področij, na katerih se srečujemo z omejitvami pri našem delu: od profesionalizme, zdravstvene politike in uvajanja modernih tehnologij, do odnosa z drugimi strokovnjaki in družbo nasploh. Prav pisanost prispevkov je posebna kvaliteta tega zbornika. Posebej se mi zdita zanimivi zadnji dve poglavji, ki do istega problema zavzemata različno stališče. Bistvena kvaliteta učnih delavnic je namreč tudi v tem, da se soočajo različna mnenja.

Sestavke v zbornik so kot vedno prispevali izdelali ugledni zdravniki družinske medicine, ki so večji pisanja strokovnih člankov. In ravno tako kot prejšnje leto je tudi tokrat med avtorji nekaj novih imen.

2

Zbornik bo zagotovo dobrodošel dodatek knjižnici marsikaterega zdravnika. Predstavlja začetek razmišljanja o ključnih vprašanjih družinske medicine in prepričan sem, da bodo razprave na delavnicah zanimive in vsebinsko bogate.

Prof. dr. Igor Švab

RECENZIJA

Potem, ko sta se z definicijo družinske medicine opredelila področje in način dela naše stroke, je vprašanje, kaj so omejitve in kaj razsežnosti našega dela, logično nadaljevanje razmišljanja o teoretskih temeljih stroke. V praksi se to neprestano kaže pri vsakdanjem delu, ko rešujemo najrazličnejše, še zdaleč ne le zdravstvene probleme svojih bolnikov, ko prehaja obravnava številnih bolezni na primarni nivo, ko je za dobro bolnika potrebna dobra timska obravnava in celostni pristop. Vse to postavlja zdravnika družinske medicine pred nove izzive in pred vprašanje, kaj je najbolje, kaj je smiselno, kje so meje. Zato je vsebina zbornika, ki povzema strokovno temo letošnjih Učnih delavnic, dobrodošla ideja.

Avtorji v prispevkih predstavljajo številna področja: kaj je delo naše stroke in kako sodelujemo s kliničnimi specialist. Več prispevkov se ukvarja s sodelovanjem znotraj ožjega ter širšega tima sodelavcev. Zanimiv je tudi prispevek, kakšna je zdravnikova psihosocialna perspektiva sprejemanja in ravnanja glede na omejitve poklica. Poudarki prispevkov so na dolgotrajnem odnosu z bolnikom, na humanem in osebnem pristopu, ki je značilen za družinsko medicino. Prispevki obravnavajo razsežnosti dela z bolnikom, z njegovo družino ter širše: v skupnosti, v sodelovanju z drugimi medicinskimi in nemedicinskimi strokovnjaki. Razen tega pa se lotevajo tudi specifičnih omejitev, tako z vidika etike in zakonov in modernih spoznanj ne(učinkovitosti) nekaterih postopkov.

Že sam naslov Omejitve in razsežnosti družinske medicine predstavlja dva antipoda in konflikt med njima, kar nekateri prispevki lepo prikazujejo (npr. o pravici do zasebnosti, o omejitvah delovanja zdravnika glede na družino bolnika in še nekateri drugi). Moramo pa ločiti omejitve stroke kot take od preprek pri delu, ki jih omenja več avtorjev.

Nekateri prispevki so pravi presežki in povrh vsega zanimivo branje. Postrežejo z razmišljanjem, kaj si družinska medicina še lahko naloži in razpravljajo o izvoru in razvoju stroke. Nekateri prispevki ponudijo celostno informacijo o mejnem področju delovanja družinskega zdravnika, npr. glede možnosti sodelovanja s socialno službo, kar zdravnik družinske medicine mora poznati, da se znajde v zapletenih labirintih psihosocialnih težav nekaterih svojih bolnikov. Posebej bi omenila še razmišljujoča prispevka o koristi in "koristi" primarne preventive in o samozdravljenju oz. o alternativni medicini.

Bralec prispevkov se morda bolj zave razsežnosti kot omejitev. Tudi zaključek je pogled v bližnjo prihodnost, ko bodo v vsakdanje delo vstopile tudi nekatere nove preiskave, ki jih bo moral obvladati družinski zdravnik. Čeprav tudi za to obstajajo precejšnje prepreke, ali omejitve.

Doc. dr. Davorina Petek

ODNOS DRUŽINSKE MEDICINE DO DRUGIH MEDICINSKIH STROK



Erika Zelko¹

Primer 1

V ambulantni ambulanti smo v sklopu diagnostike motenj vida, občasnih glavobolov in blage vrtooglavice odkrili možganski tumor. Splet srečnih okoliščin je botroval dejstvu, da smo do diagnoze prišli znotraj enega meseca. Bolnik med tem časom ni imel večjih kliničnih težav, a potreben je bil pregled pri nevrokirurgu.

Primer 2

Bolnik s kroničnimi težavami v predelu lumbalne hrbtenice je bil napoten z vso predhodno opravljeno medicinsko dokumentacijo k kolegu ortopedu. Žal je bolnik izvide predhodnih preiskav pozabil doma, ortoped ni bil zaposlen v bolnišnici in tako ni imel računalniškega dostopa do slikovnega gradiva (RTG) in je v izvidu bolnika ponovno zahteval vse že opravljeno.

5

Uvod

Družinska medicina je v Sloveniji z uvedbo inštituta osebnega izbranega zdravnika v letu 1992 pridobila pomembno vlogo pri obravnavi in vodenju bolnikov (1). Zdravstveni sistem je poskušal na ta način zajezi naraščajoče stroške obravnave bolnikov in omogočiti kakovostnejšo oskrbo prebivalstva. Vendar samo administrativni ukrepi ne zadoščajo in vloga »vratarja« zdravstvenega sistema, ki je na ta način naložena na ramena zdravnika družinske medicine, je lahko dvorezen meč. Tako svetovna zdravstvena organizacija (WHO) kot tudi Evropska skupnost sta se v svojih dokumentih zavzeli za krepitev primarne ravni zdravstvenega varstva, enakomernejše dostopnosti in kakovostne oskrbe ob stroškovni učinkovitosti (2,3). V kolikor pogledamo nekatere države po svetu, je povsod opazen trend krepitve primarne ravni, a sistemi, ki naj bi to zagotavljali, so različni. Najpogosteje je opisan tako imenovan »gate-keeper« ali »Türsteher« ali »vratar« sistem (4).

¹ Asist. mag. **Erika Zelko**, dr. med., ZD Murska Sobota, Grajska ulica 24, 9000 Murska Sobota

Vendar je sodeč po raziskavah učinkovitost takšnega sistema tradicionalno visoka predvsem v državah severne Evrope. Tako opisujejo v norveški raziskavi iz leta 2005, da sistem učinkovito reflektira ekonomsko odgovornost in zadržanost pri naročanju dragih diagnostičnih preiskav (5). V nemški raziskavi opisujejo bolj težave takšnega sistema, ki so vezane na pomanjkanje zdravnikov in zdravstvenega osebja na primarnem nivoju (6). V ameriški študiji, kjer so raziskovali prednosti in slabosti »gatekeeping« sistema v primerjavi s tradicionalnim zdravstvenim sistemom, so pri zdravnikih v 72% ugotovili višje zadovoljstvo z »gatekeeping« sistemom (7).

Ne gre prezreti zanimive ugotovitve, da je redukcija vloge zdravnika družinske medicine na vratarsko funkcijo v zdravstvenem sistemu dolgoročno slaba. Razveljavljena vloga zdravnika družinske medicine v primerjavi s specialisti posameznih strok na dolgi rok ni ekonomsko učinkovita in ne zagotavlja dovolj kakovostne zdravstvene oskrbe širšemu populacijskemu krogu (4).

KOMUNIKACIJA MED NIVOJI ZDRAVSTVENE OSKRBE

Zaenkrat predstavlja zlati standard komunikacije med različnimi nivoji zdravstvene oskrbe napotnica. Napotnica je dokument, ki se je v zadnjih letih pogosto spreminjal in predstavlja nekakšen kompromis med željami in možnostmi izvajalcev zdravstvenega varstva. Najbrž drži, da bi bil dokument potreben prenove, a še bolje bi bilo, da bi našli učinkovitejše poti komunikacije. Tudi pravilno izpolnjena napotnica ostane s strani specialista včasih neprebrana. V digitalni dobi je žal še vedno preveč ambulant na primarnem nivoju neopremljenih ali slabo računalniško opremljenih. O mrežah in povezavah med diagnostičnimi centri, laboratoriji, primarnim in sekundarnim nivojem v veliko krajih Slovenije še vedno le upamo. Po nekaterih raziskavah, ki so bile opravljene v Sloveniji, je žal veliko napotnic nečitljivo izpolnjenih, pomanjkljivo napisanih in brez definirane strokovnega vprašanja, kaj naj bi bil razlog obiska specialista (1,8)

Po drugi strani je običajno odpustno pismo ali izvid specialista edina komunikacija sekundarnega nivoja s primarnim. Prepogosto se zgodi, da izvidi ali odpustna pisma niso vzorčni primer kulturnega medosebnega dialoga dveh strokovnjakov, pripisana so pomanjkljiva navodila za nadaljnjo oskrbo bolnika ali so celo navedeni podatki zavajajoči oziroma netočni.

Ob izpolnjevanju napatnic ali branju zdravstvene dokumentacije bi se morali zdravniki zavedati, da skrbimo za skupnega bolnika in da ravno naš bolnik potrebuje možnost, da lahko zaupa v sistem in izvajalce, v kolikor želimo, da bo compliance za njegovo zdravljenje ustrezno visoka za dober izhod zdravljenja. Morda je skrajni čas, da začnemo razmišljati o drugačnih oblikah medsebojnega komuniciranja, ki počasi ponekod že prodirajo v naš delavnik. Elektronska pošta, telefonski klic, vljudni dopis in osebni kontakt se običajno izkažejo za učinkovit način urejanja nejasnih situacij in nepredvidenih težav tako na primarnem kot tudi na sekundarnem nivoju zdravstvene oskrbe. Podobno razmišljanje so opisovali kolegi v raziskavi, izvedeni v Berlinu, kjer so kot pogoj hitre in dobre oskrbe bolnika izpostavili digitalne mrežne povezave med posameznimi nivoji zdravstvene oskrbe (16).

KAJ VSE JE (ŠE/ŽE) DEL DRUŽINSKE MEDICINE?

Kljub pogosto slabšalnemu odnosu s strani specialistov do zdravnika družinske medicine pa diplomanti medicinskih fakultet navajajo, da se za specializacijo s tega področja ne odločajo predvsem zaradi obremenitev in širokega razpona delovišč, kar onemogoča zelo poglobljeno poznavanje vseh področij in zahteva široko znanje, hitro preskakovanje iz ene tematike v drugo ter neredko zahteven in dolgotrajen odnos z bolnikom. V delokrog zdravnika družinske medicine so tako pogosto vključena naslednja področja:

- Obravnava akutno bolnih
- Nujna medicinska pomoč
- Vodenje kroničnih bolnikov različnih področij
- Referenčne ambulante
- Antikoagulantne ambulante
- Psihosomatika
- Preventivna medicina
- Nadzor cepljenja
- Sodelovanje s farmacevti
- Paliativna oskrba
- Mrliško-ogledniška služba
- Sodelovanje s patronažo
- Sodelovanje z lokalno skupnostjo
- Učne ambulante in mentorsko delo
- Raziskovalno delo
- Priprava dokumentacije za postopke IK in IZ
- Administrativno delo

Najbrž tako obsežno področje udejstvovanja pokriva redko katera druga specializacija na področju medicine. Kaj bi torej zdravnik družinske medicine pričakoval od kolegov na sekundarnem ali terciarnem nivoju? Kakšno pomoč pri oskrbi skupnih bolnikov si želimo?

1. Učinkovito sodelovanje pri oskrbi nujnih in življenje ogrožujočih stanj
2. Natančne odpustnice z jasnimi navodili ter kontrole bolnikov s strani specialistov, ki to dejansko tudi potrebujejo. Pogosto so kontrole rutinsko naročene tudi pri bolnikih, ki bi sicer lahko bili dobro oskrbljeni v ambulanti zdravnika družinske medicine.
3. Spoštljiv in kulturn dialog ne oziraje se na pomanjkljivosti ene ali druge strani pri obravnavi bolnika.

Zdravniki družinske medicine tako kot naši bolniki potrebujemo kolege različnih specialnosti pri skrbi za našega bolnika. Enako potrebujejo klinični specialisti in naši bolniki nas, saj se po zaključenih obravnavah na sekundarnem in terciarnem nivoju vračajo k svojim izbranim zdravnikom na primarnem nivoju. Dobro medsebojno sodelovanje in spoštljiv odnos je zato pomemben za vse vpete v sistem zdravstvene oskrbe, če želimo, da sistem učinkovito deluje ob danih ekonomskih možnostih. Zanimiv primer dobrega medsebojnega sodelovanja primarnega in sekundarega nivoja je predstavila študija, ki je med drugim opisovala tudi danski model, kjer zdravnik družinske medicine sodeluje kot svetovalec in koordinator aktivnosti ob bolniku v bolnišnici (9).

Primer 1 – nadaljevanje

Zaradi čakalnih dob smo se odločili, da pripravimo dopis, skopiramo vso medicinsko dokumentacijo bolnika in naslovimo vse skupaj na kolega kliničnega specialista s prošnjo za čim prejšnji pregled. V roku enega tedna smo dobili rezerviran termin in po končanem pregledu pri specialistu zadovoljne vse vpletene v postopek diagnostike in zdravljenja.

Primer 2 – nadaljevanje

Po opravljenem pregledu smo imeli tri nezadovoljne sodelujoče. Bolnik se je jezil, ker ni nič opravil, kolega specialist je bil jezen, ker ni bilo zraven izvidov (na napotnici sicer navedeni) in zdravnik družinske medicine je bil jezen, ker spet niso bila upoštevana njegova pooblastila in priloženi izvidi predhodno opravljenih preiskav. Kaj bi lahko bilo drugače? Specialist bi lahko kontaktiral izbranega zdravnika, lahko bi pacientu naročil, da mu prinese izvide, ki so bili navedeni na napotnici, in v primeru dobrega računalniško - informacijskega sistema bi lahko imel dostop do že opravljenih slikovnih preiskav in si jih tudi ogledal.

NAPOTITVE BOLNIKOV V DRUŽINSKI MEDICINI

V raziskavi opravljeni 2007 leta je bilo ugotovljeno, da zdravniki družinske medicine pošljemo od vseh obravnav v svoji ambulanti na sekundarni nivo 20,2% bolnikov. Prevladovale so ponovne napotitve. Najpogosteje so bolniki napoteni k internistom, sledijo kirurgi in oftalmologi. V 8,2% se je zdravnik odločil za diagnostične preiskave, med katerimi so bile s 84,7% najvišje zastopane slikovne diagnostične preiskave (8). Delež napotitev s primarnega na sekundarni nivo je v porastu v večini držav, kjer so bile opravljene podobne študije in se giblje med 6 do 38% (10-13). K temu prispevajo večja informiranost bolnikov, zahteve bolnikov in želje svojcev, preobremenjenost zdravnikov, defenzivna oziroma potrošniška medicina, pomanjkanje izkušenj in znanja zdravnikov, nejasna stanja, slabe diagnostične možnosti na primarnem nivoju ter ne nazadnje slaba finančna organizacijska shema na področju zdravstvene oskrbe prebivalstva (1,13-14,17).

KAKO NAPREJ?

Zdravstveni sistem ob vseh zmožnostih, ki jih imamo na voljo na področju diagnostike in terapije, postaja čedalje dražji. Težave pri obvladovanju stroškov imajo tudi bogate države z visoko mero socialne solidarnosti (5-6, 11-13,15). Pomemben poudarek v raziskavah je dobro medsebojno sodelovanje, učinkovite poti komunikacije med različnimi nivoji oskrbe bolnikov, krepitev primarnega nivoja tako strokovno kot ekonomsko ter natančno definiranje nalog primarnega, sekundarnega ali terciarnega nivoja zdravstvene oskrbe bolnika. Zdravniki se moramo zavedati, da je zdravje bolnikov naša skupna skrb, ki si jo delimo in smo le tako lahko uspešni pri obvladovanju vse pestrejšše simptomatike in vse močnejšega pritiska ekonomsko – pravnih omejitev. Skrajni čas je, da dosežke digitalne tehnologije uvedemo tudi v postopke komunikacije med nivoji in čas, ki ga sedaj po nepotrebnem zapravljamo z administrativnimi postopki, namenimo našim bolnikom.

Nekaj predlogov:

- Napotnica naj bo izpolnjena berljivo, vsebuje naj pomembne zdravstvene podatke bolnika in natančno indikacijo ali vprašanje, na katerega želimo odgovor kliničnega specialista po končani obravnavi.
- Klinični specialisti naj začnejo upoštevati dana pooblastila s strani zdravnika družinske medicine.
- Možnost za uporabo digitalne tehnologije za izboljšanje medsebojne komunikacije v smislu čim boljše in čim hitrejše oskrbe bolnika.
- Spoštljiv in kulturn dialog med izvajalci zdravstvene oskrbe bolnika.
- Odpustna pisma naj bodo natančna pri navodilih, terapiji in nasvetih za nadaljnjo oskrbo skupnega bolnika.
- Kontrolni pregledi z vnaprej določenimi termini le za zahtevne terapevtske postopke, bolnike s težjim potekom bolezni in nepojasnjenimi bolezenskimi stanji, kjer je pričakovana dodatna diagnostika ali terapija.

SKLEP

Staranje populacije, vse več bolnikov s kroničnimi boleznimi, terapevtske in diagnostične možnosti medicine ter omejene ekonomske zmožnosti posameznika in družbe bodo zagotovo zahtevali izboljšanje sodelovanja in porazdelitev bremena v skrbi za zdravje populacije med vsemi nivoji zdravstvene oskrbe. Nenehno prelaganje bremen in odgovornosti namreč na dolgi rok škoduje tako izvajalcem kot uporabnikom zdravstvenih storitev.

LITERATURA

1. Živčec-Kalan G, Skočej H. Kako zmanjšati število napotitev in izboljšati njihovo kakovost? *Med Razgl.* 2005;44:479-87.
2. Nutbeam D. Health promotion glossary. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1985 (dokument ICP/HBI 503[GO 4]).
3. Bilten EU: Statistični pregled zdravstva in zdravja v 35 državah. Dostopno na: http://ec.europa.eu/health/newsletter/101/focus_newsletter_sl.htm
4. Bartl G. Verbindungswege zwischen stationärer und ambulanter Psychotherapie aus hausärztlicher Sicht. *Wien, med. Wschr.* 1998;148:374-376.
5. Nylenna M, Larsen O. Is there a Norwegian medical identity? *Laegeforening.* 2005;125(13):1813-6.
6. Freund T, Geissler S, Mahler C et al. Family practice based case management – Old wine in new skins? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin.* 2011; 87(7-8):324-331.
7. Halm EA, Causino N, Blumenthal D. Is gatekeeping better than traditional care? A survey of physicians attitudes. *JAMA.* 1997; 278(20):1677-81.
8. Vajd R. Napotitve zdravnika družinske medicine na sekundarno raven. Magistrska naloga. 2007.
9. Ommen O, Ullrich B, Janssen C, Pfaff H. The ambulatory – stationary interface in medical health care: problems, model of explanation and possible solutions. *Medizinische Klinik.* 2007; 102(11):913-7.
10. Rosemann T, Wensing M, Rueter G, Szecsenyi J. Referrals from general practice to consultants in Germany: if the GP is the initiator, patients experiences are more positive. *BMC Health Services Research.* 2006;6:5.
11. Linden M, Gothe H, Ormel J. Pathways to care and psychological problems of general practice patients in a »gate keeper« and an »open access« health care system: a comparison of Germany and the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatr Epidemiol.* 2003; 38(12):690-7.
12. Meyboom-de JB, Smith RJ, Hiddemann-van-der WA et al. The family physicians sentinel function studied with reference to referrals and referrals cards. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1996;140(29):1499-504.
13. Forrest CB, Majeed A, Weiner J et al. Comparison of speciality referral rates in the United Kingdom and the United States: retrospective cohort analysis. *BMJ* 2002; 325: 370-1.
14. Markovič S. Sodelovanje med zdravniki na različnih ravneh. *Zdrav Vestn.* 2003; 72: 613-5.
15. Suominen-Tajpale AL, Koskinen S, Marteljn T et al. Differences in older adults use of primary and specialist care services in two Nordic countries. *European Journal of Public Health.* 2004; 14(4):375-80.
16. Heintze C, Matysiak-Klose D, Howorka A et al. Hausärztliche Sicht zur Kooperation mit Spezialisten und Visionen zukünftiger Versorgungsstrukturen. *Medizinische Klinik.* 2004;99:430-4.
17. Iversen T, Ma Albert CT. Market conditions and general practitioners referrals. *Int J Health Care Finance Econ.* 2011;11:245-265.

MEJE MED DRUŽINSKO MEDICINO TER SAMOZDRAVLJENJEM IN ALTERNATIVNO MEDICINO



Ksenija Tušek-Bunc¹

UVOD

Primer:

Urška je preminila nedavno samo nekaj dni po hčerinem rojstnem dnevu. Vseskozi je verjela in pogosto sem občudovala njeno neomajno voljo in vero, da ji bo uspelo in da bo svoja otroka pripeljala do poklica. Nič lepega ni bilo v njenem sorazmerno kratkem življenju, mož jo je zapustil zaradi druge, še več, neprestano je dobivala pozive iz sodišča zaradi novih in novih tožb, največkrat v zvezi z njunim skupnim premoženjem, ki ga je mož želel samo zase. Ampak borila se je kot lev in niti izčrpljujoča kemoterapija in vnovična operacija ji nista zlomili duha. Nekega dne me je previdno vprašala, kaj mislim o hašiševem olju. Ko je uvidela, da nimam odklonilnega odnosa, mi je hitela pripovedovati, da ga uporablja, da je pomagalo mnogim in da bo prav gotovo pomagalo tudi njej, saj se za spoznanje boljše počuti. Vira mi ni želela zaupati. Sapo mi je vzela le cena. Urška, samohranilka, si je samozdravljenje z omenjenim sredstvo zelo težko privoščila ...

Potem pa nekaj dni po njeni smrti v sobotni prilogi Večera preberem v intervju z Jakom Bitencem, predsednikom Slovenskega konopljinega socialnega kluba, kuharjem po poklicu, ki se sicer nikjer ne izjasni kot zdravilec, sprejema pa dnevno veliko število obupanih bolnikov, ki so pripravljene odšteti nerazumno visoko ceno za sredstvo, ki obljublja ozdravitev, ali kot pravi on: »Konopljini derivati selekcionirajo, zdrave celice pustijo, bolne pa uničijo, medtem ko kemoterapija ubija vse, zdrave in nezdrave celice.« V nadaljevanju izjavi, da so medicina tehnične delavnice in bolnici z očitno infaustno prognozo, ki ji medicina ne more več pomagati, svetuje »orenk«?? odmerek hašiševega olja. In da še svojega psa ne bi peljal v bolnišnico, zaokroži svoje misli ...

Če bi omenjeni prispevek prebirala kot obupani bolnik, ki mi medicina ne bi mogla več pomagati, bi v zapisanem razbrala možnost in žarek upanja in verjetno bi še isti dan poskušala stopiti v stik s tem gospodom. Ampak

¹ Prim. asist. dr. Ksenija Tušek-Bunc, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Mariboru, Taborska 8, 2000 Maribor

ker na srečo prispevek prebiram kot dolgoletni zdravnik, ki mi veljavna licenca ne dopušča sprehoda na področje alternativne medicine, ne morem mimo tega, da si ne bi zastavila vprašanja, zakaj v zadnjem času zaznavamo tako velik porast takih ali podobnih zdravilskih praks, kar je v nenavadnem nasprotju z izjemnimi dosežki sodobne medicine, ki razvija nove in nove raziskovalne pristope, diagnostične tehnike in metode ter nudi bolnikom nova zdravila in terapije. Zdi se, da je zaupanje v zdravilstvo oz. v alternativne metode zdravljenja v nasprotju z tezo o modernem človeku kot racionalnem, pragmatičnem bitju, ki v življenju upošteva predvsem razvoj in dosežke moderne znanosti in predvsem v tem okviru išče rešitve za svoje zdravstvene probleme.

Dejstvo je, da so razne alternative klasični medicini vedno obstajale, vendar zdaj število uporabnikov res impresivno narašča. Kako pojasniti to navdušenje? Kaj je torej na alternativnih metodah zdravljenja, da vzbujajo tako ambivalentne odzive; da se na eni strani zdijo kot mazaštvo, ki temelji na izkoriščanju stisk ljudi, na drugi strani pa kot alternativa moderni medicinski znanosti. Odgovore lahko delno najdemo v razlikah med uradno in alternativno medicino, ki se umešča v prazen prostor in vrzeli, ki jih pušča sodobna znanstveno tehnična medicina. Te vrzeli so manj pomembne ali celo nepomembne za znanstveno medicino, a so zelo pomembne za bolnika. Od tu najbrž izvirata popularnost in razcvet najrazličnejših oblik alternativne medicine. Razlike med uradno in alternativno medicino so predvsem naslednje: medtem, ko znanstvena medicina ponuja praviloma vedno bolj zahtevna zdravila, pripomočke in načine zdravljenja, zdravilstvo vztraja pri relativno enostavnih, nebolečih načinih (samo)zdravljenja; nadalje se znanstvena medicina zanaša na moč zahtevnih medicinskih tehnik in umetno proizvedenih zdravil, zdravilstvo pa predvsem na sugestijo, enostavne in pregledne postopke in naravna zdravila; znanstvena medicina v bolnikih vidi predvsem »obolele organe«, zdravilstvo pa vidi trpeče osebe, posamezne bolečine pa kot organski del celostnih poškodb telesa in duha.

Uradna medicina se zaveda, da je k naraščajoči razširjenosti alternativnih metod zdravljenja, ki jih funkcionalno označujemo kot posege, ki jih v medicinskih šolah niti ne učijo, niti niso v zdravstvenih ustanovah v Sloveniji na voljo, doprineslo več značilnih pojavov našega časa. Med njimi niso samo modnost alternativnosti in upadajoče zaupanje v znanost, ampak tudi neustrezna dostopnost zdravstvenih storitev, ki je danes morda celo slabša kot nekoč.

Medicina z izjemo družinske medicine bolnika obravnava preveč kot primer bolezni oz. obolelega organa, pri čemer se izgublja pogled na bolnika kot biološko celoto in osebnost, ob tem se daje pretiran poudarek medicinski tehnologiji, pa tudi ekonomiki. Vse to je poslabšalo človeški stik med zdravnikom in bolnikom. Mnogi ljudje so v svoji preveliki vnemi v zmožnost sodobne medicine razočarani. Bolniki se v svoji stiski počutijo zapuščene, in so zato pogosto pripravljene plačati velike vsote denarja tistemu, ki obljublja upanje ozdravitve. Zdravilci se pogosto bolj kot zdravniki posvečajo človeškim in psihološkim potrebam bolnika, saj na tem tudi temelji dovršen del željenega učinka. Vzamejo si veliko časa, ki je potreben za vzpostavitev terapevtskega odnosa. Vendar lahko za resno bolnega pomeni zatekanje k alternativnim metodam zdravljenja tudi tragično zamujeno priložnost za učinkovito zdravljenje.

Razširjenosti fenomena zdravilstva in med njim vrste zdravilskih praks (antropozofska medicina, aromaterapija, bioenergetika, fitoterapija, hiropraktika, iridologija, kitajsko tradicionalno zdravilstvo, kristaloterapija, osteopatija in številne druge) ni mogoče zanikati. Nepravilni pristop je alternativno medicino potisnil v anonimnost in stihijskost. Trditi je moč, da je v samem pojavu zdravilstva nedvomno veliko stvari, ki nastavljajo ogledalo uradni medicini in jo po svoje dopolnjujejo ali pa ji kažejo njen spačeni obraz. In kot vemo, ogledalo ni vedno krivo za spačeno podobo. Precejšnji delež privlačnosti zdravilstva je mogoče pripisati primanjkljaju znanstvenih dokazov na področju medsebojnih odnosov bolnik-zdravnik ter preveliki tehniziranosti medicine, ki včasih zaradi funkcionalnosti svojih storitev, institucij in pripomočkov izgublja pogled na človeka.

Alternativna medicina ima v svetu različne vzroke, običajno pa so se ljudje zdravili z uporabo takšnih metod zato, ker jim moderna, šolska medicina ni bila dostopna, bodisi zaradi finančnih, socialnih razlogov, ali zaradi okolja, v katerem so živeli. Večinoma je uradna medicina po svetu to tolerirala, ker se morda zdravnikom vsaj na začetku ni zdelo vredno o tem razpravljati. V zadnjem stoletju so se v Evropo razširile še vzhodnjaške metode zdravljenja, od hipnoze, akupunkture, refleksoterapije, energoterapije in drugih eksotičnih »zdravilskih« metod, s katerimi so se zdravili tisočletja ljudje z bližnjega Vzhoda. Šele v zadnjem desetletju, ko so nekatere alternativne metode začele dobivati znanstveno podlago in so se zanjo začeli zanimati strokovnjaki, se je zdravniška stroka Evrope in Amerike začela zanimati tudi za te oblike zdravljenja.

Prav verjetno je, da se je začel kapitalistični svet zanimati za te oblike zdravljenja zaradi ugotovitve, da se skoraj polovica ljudi zdravi z metodami, ki niso v njihovih rokah in da se po tej poti porabijo milijarde za zdravljenje, ki ni v njihovi finančni domeni. Zato pogosto tudi tako burna reakcija tistih, ki so doslej upravljali s kompleksno finančno strukturo zdravljenja. Od tod tudi vprašanje: »zakaj?«

Osnovna ugotovitev je bila, da obstaja tako imenovana kriza zaupanja v obstoječe zdravstvo, in da ljudje intuitivno bežijo in iščejo tiste oblike zdravljenja, za katere mislijo, da so manj agresivne in ne nazadnje tudi cenejše. Vendar so jih na drugi strani čakali »zdravilci«, ki so imeli do njihovih težav skorajda identične poglede, obravnavali so jih sicer drugače, toda nič manj posesivno.

ALTERNATIVNE METODE ZDRAVLJENJA V SLOVENIJI

V Sloveniji smo od ustanovitve Sekcije za akupunkturo in tradicionalno medicino pri Slovenskem zdravniškem društvu v poznih sedemdesetih letih poskusili ločevati tiste oblike zdravilstva, ki imajo nekakšno tradicionalno obliko zdravljenja, in na tiste, ki so striktno vezane na eksotični in imaginarni pristop. Tako smo v prvo skupino poskušali uvrstiti akupunkturo, homeopatijo, fitoterapijo, manualno medicino, hipnozo in refleksoterapijo. Imenovali smo jih nekonvencionalne oblike zdravljenja in jih poskušali uporabiti v slovenskem medicinskem prostoru zelo previdno, predvsem pa z resno uporabo teh metod. V drugo skupino smo uvrstili energoterapijo, iridodiagnostiko, aromaterapijo ter druge eksotične oblike zdravilstva.

Z analizo slovenskega prostora in uporabo nekonvencionalnih oblik zdravljenja so poskušali ugotoviti, koliko in zakaj Slovenci uporabljajo nekonvencionalne in alternativne oblike zdravljenja. Menili so, da Slovenci uporabljamo te metode predvsem zaradi slabe organizacije zdravstvenega sistema, medicinske nemeze, instrumentalizacije medicine, kemikalizacije medicine ter zlasti depersonalizacije bolnika v slovenski šolski medicini.

O tem kakšno razsežnost uporabe alternativnih metod zdravljenja dosegamo v Sloveniji, vemo zelo malo. V raziskavi o komunikaciji med zdravniki in bolniki (Ule, Tivadar, 1998) so poskušali ugotoviti tudi mnenja in prakso anketiranih do zdravilstva. Na vprašanje, »Ali ste že kdaj obiskali kakšnega alternativnega zdravilca?«, je 70% anketiranih odgovorilo nikalno. Alternativnega zdravilca je obiskalo 29,4% anketiranih. To vsekakor ni alarmantna podoba. Ljudje sodeč po rezultatih raziskave obiščejo zdravilce kot dopolnilno obliko zdravljenja in je ne doživljajo kot nadomestek uradni medicini ali kot alternativo le te. Torej so ljudje dokaj realni in zaupanje v zdravilstvo ni tako brezmejno, kot se včasih zdi tudi zaradi kakšnih medijsko napihnjenih zgodb. Visoka je kvečjemu pripravljenost bolnikov, da preizkusijo to možnost in potem presodijo, kako in kaj.

Zanimivi so tudi odgovori na vprašanje, kakšno je mnenje anketirancev o odnosih med uradno in alternativno medicino. Velika večina jih je mnenja, da je zdravilstvo do določene mere dopolnilo medicini, da pa bi bilo treba preganjati mazaštvo. Od vseh anketiranih jih je 11% mnenja, da bi se morala medicina z vsemi sredstvi boriti proti zdravilstvu, ker so to sami mazači. Približno enak odstotek (12%) pa jih nasprotno meni, da zdravniki ne znajo vzpostaviti zaupanja z bolniki in prav zato se ti zatekajo k zdravilcem.

Podobne odgovore kažejo tudi javno mnenjske raziskave Centra za javno mnenje pri Fakulteti za družbene vede. Ti rezultati kažejo, da uporaba zdravilstva ni alternativa, oziroma da se v večini primerov omejuje na samozdravljenje v obliki diet, zdrave prehrane, ali zdravljenja z zelišči. Od metod zdravilstva ljudje najpogosteje uporabljajo terapije v obliki masaž in kiropraktike.

Da se je zdravilstvo na slovenskem razvilo tako, kot se je, gre nenazadnje povezati z obstoječo zakonodajo. Nobene resne zakonske ureditve ni, ki bi urejala možnosti delovanja in sankcioniranja teh zdravilcev, ki bi predpisala izobrazbo in postavila pogoje delovanja. Slovenska zdravniška zbornica je prav mačehovsko »stisnila« svoje zdravnike, ki so se odločili za alternativno medicino s predpisi, ki so med najstrožjimi v Evropi. Zdravnik, ki je edini usposobljen za zdravljenje, ne sme svetovati ali uprabljeti alternativnih metod zdravljenja, saj nad njim visi grožnja odvzema zdravniške licence in izobčenje iz zdravniškega poklica ter zdravstvene dejavnosti. Mimo tega pa nastajajo »ordinacije« zdravilcev po kletah, sobah in kopalnicah, kar seveda dodatno otežuje nadzor tako finančnega kakor poslovnega delovanja zdravilcev.

ZAKAJ SO ALTERNATIVNE METODE ZDRAVLJENJA PRIVLAČNE?

Kakšno vlogo ima v novi kozmologiji medicine, v novih etičnih dilemah, ki se pojavljajo v odnosu med zdravniki in bolniki, pojav in vzpon alternativnega zdravljenja? Gre priljubljenost le tega pripisati nezadovoljstvu dela bolnikov z znanstveno medicino ali slabi organiziranosti zdravstvenega sistema? Kje so meje?

Morebitne hipoteze, ki skušajo razložiti privlačnost zdravilstva, so: Alternativna medicina ponuja drugačen holističen pristop k bolniku, ki spretno izkorišča pomanjkljivosti uradne medicine, ki je stehnila medsebojne odnose zdravnik-bolnik, počutje, emocionalne potrebe bolnika, npr. tolažbo, sočutje, smorazkrivanja.

Zdravilstvo je po svojih izvorih starejše od uradne medicine, naslanja se na tradicijo ljudskega zdravilstva in samopomoči, ki je obstajala v vseh kulturah, vendar se prilagaja času in okoliščinam in temelji na usmerjenosti posameznika k sebi, k iskanju globjega smisla življenja, samorealizaciji, itd.

Sodobno zdravilstvo je produkt potrošniške družbe. V dobi, ko je postalo tržno blago tudi zdravje, se ponujajo različne konkurenčne možnosti zdravljenja, ki se v glavnem rangirajo po cenah svojih storitev. To je sicer v nasprotju z zdravniško etiko, vendar ne moremo zapirati oči pred dejstvom, ki ga je žal sprejel tudi del sodobne medicine. Položaj so spretno izkoristili razni zdravilci, ki segajo od relativno uspešnih terapevtov predvsem razbolelih človeških duš do popolnih mazačev in šarlatanov.

MEJE MED MEDICINO IN ALTERNATIVNO MEDICINO IN SAMOZDRAVLJENJE

Ne samo za družinsko medicino, za medicino kot tako velja, da temelji na rabi metod, ki so znanstveno preizkušene ali pa vsaj izhajajo iz znanstveno preverljivih načel in bioloških dejstev. Skozi stoletja se je razvijala in dopolnjevala z novimi spoznanji in novimi metodami diagnostike in zdravljenja. Zanja velja večja organiziranost, natančnejša je koordinacija in večji je nadzor. Življenje v natančno organizirani družbi je lahko samo po sebi obremenjujoče in ko časovni dejavnik velja več od osebnega, se zavemo, kako omejujoče so okoliščine. Birokratski mehanizmi, epizodno zdravljenje, prenapolnjene ambulante, čakalne dobe, pretirana vera v zmožnost sodobne medicine, vse to zmanjšuje zaupanje v moderno medicino in mami k uporabi alternativnih metod zdravljenja.

Zlasti pri kroničnih boleznih, kot so npr. bolezni gibalnega sistema, ki sicer same po sebi razen v redkih izjemah niso urgentne, bolniku pa povzročajo bolečine in neugodnosti ter vselej prisotni strah pred izhodom zdravljenja, se morda bolniku ponudi nekritični »zdravilec« iz sosednje ulice, ki že v prvem trenutku bolniku zagotovi, da ve, kaj mu je, in da je sposoben pozdraviti njegove težave. Jasno je, da bo bolnik v stiski obiskal »zdravilca«, ki mu obljublja odrešitev njegovih muk.

K njegovi odločitvi doprinese še relativno kratek čas, ki ga ima zdravnik za razgovor in poslušanje, dolgotrajno čakanje na diagnostične postopke, ki bolniku povzročajo skrb, da bi mu čakanje utegnilo dodatno škodovati in pa seveda medikalizacijo, ki je povsod po svetu prevladala pri zdravljenju bolnikov. Veliko število tablet, ki jih zdravniki predpišemo za različne težave, podzavestno odtuja bolnika iz zdravniških ambulant. Bolniki tudi vedno pogosteje prebirajo priložena navodila, v katerih običajno piše, da je zdravilo lahko tudi škodljivo, kar jih tudi intuitivno odvrča od stalnega jemanja velikega števila zdravil.

Ponovno pa se mu na drugi strani ponuja alternativni »zdravilec«, ki mu ne predpiše nobenega »strup«, pač pa s polaganjem rok v dokaj intimnem, mirnem prostoru sugerira izboljšanje njegovega zdravstvenega stanja. Odločitev za alternativo je kot na dlani. Bolnika, ki išče pomoči, ne zanima dejstvo, da večina alternativnih metod ne temelji na nikakršnih znanstvenih dognanjih, da njihov učinek ni znanstveno potrjen in da se jih v nekaterih primerih niti ne da znanstveno raziskovati. Izvajalci in zagovorniki teh dejavnosti svoje zaupanje vanje utemeljujejo z anekdotičnimi primeri, ki nimajo veljave znanstvenega dokaza in ne prenesejo znanstvenega preizkusa. Za večino teh metod zdravilstva tudi velja, da se v bolj ali manj nespremenjeni obliki prenašajo iz generacije v generacijo, in da se ne okoriščajo z napredkom bioloških in drugih znanosti. Nekateri sicer ponujajo znanstvena izhodišča, teorije in razlage, vendar so ta prizadevanja z gledišča današnjega biološkega in medicinskega znanja naivna in povsem zunaj možnega znanstvenega dialoga. Zdravilci tudi pogosto uporabljajo izraze izposojene iz znanosti, kar vzbuja vtis, da želijo svojim metodam nadeti (neupravičen) videz znanstvene podlage.

Pomemben vzrok uporabe alternativne medicine je depersonalizacija v javnem zdravstvenem sistemu. Bolnik v našem javnem zdravstvenem sistemu postane skoraj javna last, njegove težave so deponirane kot dokumentarno gradivo in je skoraj dostopno vsem. Če k temu dodamo še EMŠO in novo zdravstveno izkaznico kot vstopni podatek v računalniški sistem, potem je jasno, da postane bolnik s svojimi težavami popolnoma depersonaliziran in predstavlja zgolj diagnozo, številko, do katere je možno priti na takšen ali drugačen način. Na koncu velja dodati tej analizi še nezanemarljiv podatek, da je slovenski zdravstveni sistem teoretično brezplačen, pri alternativnih »zdravilcih« pa je potrebno odšteti za obljubljeni upanje na ozdravitev določena, včasih tudi zelo visoka finančna sredstva, kar dodatno »ovrednoti« metodo zdravilstva.

Zdravilci se pogosto bolj kot zdravniki posvečanju človeškim in psihološkim potrebam bolnika, saj na tem tudi temelji doberšen del željenega učinka. Vzamejo si več časa, ki je potreben za vzpostavitev terapevtskega odnosa. Zdravilstvo lahko pomaga bolniku zlasti pri boleznih, ki so psihosomatskega izvora. Zato zdravilec posveti veliko pozornosti duševnemu stanju bolnika in možnim psihofizičnim vzrokom njegove bolezni. Predvsem pa mu vzbujajo zaupanje v samega sebe in v lastne moči. Zdravilci poudarjajo, da le pomagajo, da se bolniki samozdravijo. Zdravilec zgolj pripomore k temu, da se v bolniku zbudijo skrite in do sedaj neopažene moči za samoozdravitev. Bolniku razloži potek in opozarja na nujno omejenost zdravilstva.

20

V tem je bistvena razlika med zdravilcem in raznimi šarlatani, ki se izogibajo razlagi in se odevajo v mit nedostopnih skrivnosti, ki so bojda dostopne samo njim. Zato dober zdravilec svetuje bolnikom, da tudi sami kaj storijo za svoje zdravje, npr. da spremenijo življenjski stil, prehrabene navade, odnos do dela in prostega časa. Ne bo razglašal, da lahko zdravi katerokoli bolezen in bo priznal meje svojih terapij. Zato tudi ne bo postavljaj nepresegljivega nasprotja med svojo prakso in znanstveno medicino, bolnikom pa bo svetoval, kako naj združijo nasvete zdravilstva in uradne medicine.

Samozdravljenje z alternativnimi metodami zdravljenja je torej dejstvo in realnost naše dobe, ki je ni mogoče ustaviti in ki ga zdravniki moramo sprejeti in se z njim soočiti. Nikoli ne smemo pozabiti, da je bolnik sam varuh svojega telesa, ki ima vso pravico svobodno odločati o načinu zdravljenja in da moramo spoštovati njegove odločitve. Ravno tako njegova odločitev o načinu zdravljenja, ki ni ravno v skladu z našim konceptom, ne sme vplivati na zdravnikov profesionalni odnos do bolnika.

Izogniti se moramo paternalističnemu odnosu, še manj pa dopustiti, da bi bolniku zaradi njegove odločitve odrekli pomoč. K naraščajoči popularnosti alternativne medicine veliko prispevajo mediji oziroma sredstva javnega obveščanja, ki ponujajo in prodajajo svoje zmogljivosti raznovrstnim zdravilcem za reklamiranje njihovih storitev. Vsak človek ima pravico, da sam izbira med uradno medicino in samozdravljenjem z alternativnimi načini zdravljenja, kakor ima tudi pravico, da se zdravljenju odpove. Meje med uradno medicino in alternativnimi metodami zdravljenja morajo obstajati in biti jasno začrtane, bolniki pa imajo tudi pravico biti seznanjeni z realno vrednostjo zdravilstva in z mnenjem, ki ga ima o tem medicina.

Stalni odbor evropskih zdravnikov se je odločno izrekel zoper vključevanje neznanstvenih oblik zdravljenja v medicinsko prakso v Evropi. Z največjim poudarkom je opozoril, da terapija brez predhodne znanstveno osnovane diagnoze nasprotuje vsem medicinskim načelom. Uvajanje terapevtskih metod, katerih vrednosti ni mogoče preverjati, pomeni vračanje v predznanstveno dobo, ob tem pa ne daje perspektive niti za boljše zdravje niti za daljše življenje.

Zdravilci najpogosteje nimajo niti najnujnejšega medicinskega znanja, ne vodijo nobene dokumentacije in ne prevzemajo nobene odgovornosti. Zamuda pri uporabi ali neuporaba medicinskih metod in pa seveda opuščanje nujno potrebnih zdravil lahko privedejo do hude okvare zdravja in je tako naloga zdravnika družinske medicine, da bolnika s tem seznanj, če je seveda z uporabo alternativnih metod zdravljenja seznanjen.

Drži tudi, da so si nekatere nekonvencionalne oblike zdravljenja po svetu z natančno in dokazljivo analizo pridobile status sodobnega in strokovnega zdravljenja, pri čemer mislimo posebej na akupunkturo, homeopatijo in manuelno medicino. V zadnjih desetletjih so bile metode akupunkturo znanstveno analizirane in so bili njeni diagnostični in terapevtski postopki dokazljivi, ponovljivi in rezultati verodostojno ovrednoteni. Tako ima akupunktura tudi v Sloveniji svoje strokovno raven in strokovno mesto v zdravljenju. Podobno je z manuelno medicino, ki je terapevtska in diagnostična metoda in ki je sprejeta v terapevtske in diagnostične posege povsod po svetu ter je v rokah zdravnikov. V Ameriki imajo posebne kiropraktične šole, ki izšolajo kiropraktičnega terapevta za to obliko zdravljenja. Na slovenskem se za to nismo odločili, pač pa poskušamo zdravnike naučiti manuelne medicine. Neljubi dogodki so v preteklosti v Sloveniji zavrli znanstveni pristop k homeopatiji in je le ta še vedno na žrtveniku slovenske medicine.

Svojevrsten absurd je, da lahko lekarniški farmacevt z dodatnim znanjem iz homeopatije v lekarni svetuje pri izbiri in izdaji homeopatskega zdravila za (samo)zdravljenje, vendar pri tem nima odgovornosti, kot jo ima zdravnik. Fitoterapija in balneologija prav gotovo sodita v prvo obliko nekonvencionalnih oblik zdravljenja, ki jih je možno uporabiti tudi v šolski medicini. Seveda je potrebno tudi na tem področju imeti ustrezno znanje in kritičnost pri terapevtskih odločitvah.

Nujno je, da se zdravniki družinske medicine zaradi bolnikove koristi v okviru celostnega prisotpa ne izogibajo stika z alternativnimi metodami zdravljenja, kajti doba zatiskanja oči pred komplementarnimi tehnikami in odvrčanje pacientov od tovrstnega zdravljenja je dokončno mimo. Pomemben del zdravniškega dela je anamneza, ki naj zajema tudi vprašanje o samozdravljenju in uporabi alternativnih metod zdravljenja. Zdravnikovi pogoji za takšno komunikacijo so, da je najprej po pravilih stroke postavljena diagnoza, da zdravilčevi posegi ne motijo medicinskih ukrepov in v nekaterih primerih, da so najprej izčrpane medicinske možnosti zdravljenja. Pri nekonvencionalnih oblikah zdravljenja za katere so se bolniki odločili v procesu samozdravljenja, je potrebno poiskati tisto dobro, kar jim koristi, predvsem pa jasno pokazati na tisto, kar jim lahko škodi.

22

Za to pa je potrebno zaupanje in dober partnerski odnos, ki ga zgradi zdravnik družinske medicine v dolgih letih sodelovanja z bolnikom. Ne glede na pretežno odklonilen odnos zdravnikov do alternativnih metod zdravljenja ne gre apriori odklanjati alternativnih metod zdravljenja samo zato, ker jih premalo ali sploh ne poznamo in z njimi na splošno nismo sistematično seznanjeni. Potrebna je strogost in spoštovanje meja, vendar je v tej strogosti treba vzeti v obzir druge poglede, še posebej takrat, ko z medicinskim znanjem za nekatere stvari nimamo jasne obrazložitve.

SKLEP

Alternativna medicina sama po sebi ne predstavlja nevarnost znanstveni medicini, celo več, trditi je moč, da slovenska medicina nima alternative, alternativo pa ima organizacija slovenskega zdravstvenega sistema. Alternativna medicina je kvečjemu dodatna izbira, ki dopolnjuje ponudbo vsakovrstnih zdravstvenih storitev, a pri tem ostaja medicina dominantna in ohranja zaupanje bolnikov. To zaupanje pa ni stoodstotno, je mandatarno in pogojno. Bolniki ga lahko tudi izgubijo in odtegnejo, če so razočarani. Pri tem igrajo glavno vlogo medsebojni odnosi v zdravstvu, predvsem seveda ustrezen odnos in zaupanje med zdravnikom in bolnikom. In predvsem tu lahko medicina naredi še velik korak v

kakovosti svojih storitev. Bolj kot sicer se moremo zdravniki zavedati, da bolniki niso preprosto objekti zdravljenja, temveč so osebe, ki tvorno sodelujejo v procesu zdravljenja in tako tudi privolijo v določen način zdravljenja in odnos, mi zdravniki družinske medicine pa moramo njihove odločitve spoštovati in jih, če je le mogoče, voditi. Če bomo na uporabo alternativnih metod zdravljenja in samozdravljenje gledali kot prispevek k boljšemu počutju in s tem k boljši kakovosti življenja tistih bolnikov, ki verjamejo v učinkovitost teh metod, bomo olajšali življenje sebi in bolnikom. Predvsem pa je na zakonodajalcu, da posodobi predpise in s tem omogoči, da se z zdravljenjem ukvarjajo le medicinsko izobraženi strokovnjaki, pa najsi gre za uradno šolsko medicino ali katero koli drugo obliko, kajti sedanje ostro zavračanje tega, da bi zdravniki z licenco izven delovnega časa izvajali druge oblike zdravljenja ni najbolj produktivno.

LITERATURA

1. Flis. V. Alternativna medicina - kaj je to? In: Reberšek Gorišek J., Flis V. Medicina in pravo: zbornik 1996, 1997, 1998, Maribor Splošna Bolnišnica Maribor. 1999; 135-62.
2. Komisija za medicinsko etiko. Zdravnik in alternativno zdravilstvo. Isis. 1997; 6:27.
3. Ule M. Vloga zdravilstva v etičnih dilemah sodobne medicine. In Ule M. Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine. Založba Aristej, Maribor. 2003; 263 - 73.
4. Turk Z. Ali ima slovenska medicina alternativo? Uvodnik. JAMA. 1999; 1: 5-7.
5. Trontelj J. Nevarnosti zdravilstva. In Polajnar - Pavčnik A, Wedam - Lukić D. Medicina in pravo. Cankarjeva založba, Ljubljana. 1998; 414 -21.
6. Eisenberg DM, Davis RB, Etter SL, Appel S, Wilkey S, Van Rampay M, et al. Trends in Alternative Medicine Use in the United States 1990 - 1997. Results of a Follow - up National Survey. JAMA. 1998; 280: 1569 -75.
7. Pierret J. Construction Discoursees About Health and their Social Determinants. In: Radley A: Worlds of illness: Biographical and cultural perspectives on health and disease. London, 1993.
8. Pierret J. The Social Meanings of Health. In: Auge M, Herzlich S. The Meaning of Illness. Harwood academic pbl. Luxemburg, 1995.
9. Tušek - Bunc K.. Samozdravljenje kot odgovornost za lastno zdravje. V. Klemenc-Ketiš Z, Tušek-Bunc K et al.. Samozdravljenje. Učno gradivo za 25. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Družinska medicina 2008; 6 (suppl4); S7-12.
10. Gorišek J. Homeopatija-zdravniška metoda zdravljenja. ISIS. 2014; 34-6.
11. Zelko E. Polifarmakoterapija in alternativne metode zdravljenja. ISIS: 2012; 68-70.

OMEJITVE ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE PRI OBRAVNAVI BOLNIKOV S SOCIALNIMI PROBLEMI



Marija Petek-Šter¹

Primer

57-letni poročen šofer brez otrok s rakom pljuč z možganskimi metastazami je zaradi posledic bolezni postal hemiplegičen in odvisen od tuje pomoči. Zdravnik družinske medicine je že uredil invalidsko upokojitev ter priznanje dodatka za pomoč in postrežbo in nadomestilo za telesno okvaro in uredil spremljanje stanja na domu preko patronažne sestre.

V ambulanti se je oglasila njegova 42 letna žena, ki pove, da je sama zaposlena (njena plača predstavlja glavni vir dohodka v družini) in bo ob službi težko skrbela za bolnega moža na domu. Potarna, da je moževa invalidska pokojnina zelo skromna, tako da le težko zmore plačevati dodatno pomoč, ki si jo je sedaj uredila preko sosedov, in prehranska dopolnila, ki so jih priporočili onkologi. Onkolog ji je tudi predlagal namestitve v domu starejših občanov, vendar si tega ne želita, pa tudi stroška plačila doma ne bi zmogla.

25

UVOD

Bolniki pogosto nimajo nikogar drugega, ki bi se mu lahko zaupali in ob tem pričakovali zaupnost, razumevanje, podporo in pomoč pri reševanju različnih problemov. Zdravnik družinske medicine v dolgotrajnem odnosu z bolnikom razvije zaupen odnos, skozi katerega mu bolnik poleg somatskih in psihičnih problemov zaupa tudi druge težave, s katerimi se sooča v življenju. Včasih pa bolniki od zdravnika pričakujejo pomoč tudi v primerih, katerih rešitve so izven možnosti, ki jih ponuja sistem zdravstvenega varstva, kot na primer v primeru socialnih problemov.

¹ Izr. prof. dr. **Marija Petek-Šter**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

Zdravnik družinske medicine, ki celostno pristopa k obravnavi bolnika, se mora poleg svojih kompetenc in možnosti, ki mu jih delovanje v sistemu zdravstvenega varstva ponuja, zavedati tudi meja svojega delovanja in mora poznati pristojnosti drugih služb, ki so vključene v reševanje problematike bolnika. V primeru bolnika s socialnimi težavami so to strokovnjaki in institucije s področja socialnega varstva in nevladnih organizacij.

SOCIALNE DETERMINANTE ZDRAVJA

Bolezni imajo svoje biološko ozadje, vendar pa je jasno, da so določene bolezni pri določeni skupini prebivalstva bolj pogoste, ali pa je izid njihovega zdravljenja v določeni skupini prebivalstva slabši. Socialno-ekonomski gradient je eden izmed najbolj izstopajočih trendov, ki se kaže pri domala vseh boleznih, znotraj naroda in med narodi (1).

Dejavniki, ki razložijo razlike v izdih med skupinami prebivalstva, so opredeljeni kot socialne determinante zdravja. Med socialnimi determinantami zdravja so naslednje značilnosti: revščina, socialno-ekonomski status, spol, starost, etnična pripadnost, stopnja izobrazbe, dostop do zdrave hrane in pitne vode, ustrezni bivanjski pogoji, izpostavljenost tveganjem, povezanim z delom, onesnaženost v okolju, izpostavljenost nasilju, dostopnost do izobraževanja in zdravstvenega varstva, dostopnost do dela ter političnega sistema na nivoju države in širše (2). Do sedaj se je veliko govorilo o socialnih determinantah zdravja na nivoju populacije in politike, ki zagovarja zmanjševanje socialne neenakosti, v sistemu zdravstvenega varstva pa se srečujemo pretežno s socialnimi determinantami zdravja na nivoju posameznika (3).

Pri delu z bolniki se običajno soočamo s socialnimi determinantami zdravja na nivoju posameznika in njegove družine, kot so revščina, ki je pogosto povezana z nizko stopnjo izobrazbe in slabo zdravstveno prosvetljenostjo ter socialna izoliranost in osamljenost, ki je pogosto prisotna pri starejši populaciji. Neugodne socialne determinante zdravja vodijo v slabše izide zdravljenja. Nizek socialno-ekonomski položaj je bil prepoznani kot neodvisen dejavnik tveganja za razvoj bolezni srca in ožilja in predstavlja enega izmed dodatnih dejavnikov tveganja pri ocenjevanju srčno-žilne ogroženosti (4).

Velja tudi, da ljudje, ki pripadajo nižjim socialno ekonomskim slojem in ranljivim skupinam (starejši, ženske), pogosteje prihajajo v stik z zdravstveno službo (5). V raziskavi, izvedeni na Kitajskem, pa že ugotavljajo trend povečevanja števila obiskov bolj izobraženih in bolnikov iz višjih socialnih slojev (6).

Pomembnost socialnih determinant zdravja na nivoju posameznika zahteva, da postanejo del zdravstvene dokumentacije in so temelj za oblikovanje socialnih potreb posameznika in predstavljajo dodatni dejavnik, ki ga moramo upoštevati, ko ocenjujemo tveganje za razvoj bolezni (3).

KOMPETENCE ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE

Zdravnik družinske medicine je eden ključnih nosilcev primarnega zdravstvenega varstva, ki ima ključno vlogo pri zagotavljanju učinkovitega in socialno pravičnega sistema zdravstvenega varstva (7).

Enajst značilnosti družinske medicine, ki so zapisane v Evropski definiciji družinske medicine povzema EURACT-ova »Educational agenda«, ki jih razdeli v šest kompetenc (8). Prve štiri kompetence govorijo o specifičnemu načinu obravnave bolnika v družinski medicini, medtem ko peta in šesta kompetenca nakazujeta povezovanje s skupnostjo oziroma omenjata kulturološki in eksistenčni vidik v okviru bio-psiho-socialne obravnave bolnika. Eksistenčni vidik je omenjen v smislu, da se zdravnik zaveda, da so socialne determinante zdravja pomembne pri obravnavi bolnika.

Zdravnik družinske medicine se pri svojem delu pogosto srečuje s socialno problematiko in negativnimi posledicami slabih socialno-ekonomskih razmer za zdravje bolnikov. Reševanje socialnih problemov bolnikov sicer presega kompetence zdravnika družinske medicine. Zdravnik družinske medicine pa ima pomembno posredniško vlogo med sistemom zdravstvenega varstva, kjer je socialna problematika pogosto najprej zaznana, in sistemom socialnega varstva, ki ima vzvode moči za reševanje socialnih problemov.

TEMELJNA IZHODIŠČA POLITIKE SOCIALNEGA VARSTVA

Temeljno izhodišče politike socialnega varstva je, da je naloga države in lokalnih skupnosti predvsem zagotavljati takšne razmere, ki bodo posameznikom v povezavi z drugimi v družinskem, delovnem in bivalnem okolju omogočali ustvarjalno sodelovanje in uresničevanje njihovih razvojnih možnosti, da bodo s svojo dejavnostjo dosegali tako raven kakovosti življenja, ki bo primerljiva z drugimi v okolju in bo ustrezala merilom človeškega dostojanstva. Kadar si posamezniki ali družine zaradi različnih razlogov socialne varnosti in blagostanja ne morejo zagotoviti sami, so upravičeni do določenih pravic iz socialnega varstva.

Ministrstvo za socialne zadeve skrbi, da so vsem prebivalcem na voljo različne oblike strokovne pomoči pri odpravljanju socialnih stisk in težav. Aktivnosti so usmerjene v naslednje štiri skupine oblik strokovnega dela: materialna in nematerialna pomoč, usmerjena strokovna podpora, organizirano varstvo in nega ter usmerjena preventiva.

Ministrstvo za socialne zadeve skrbi za to, da so socialno varstvene storitve dostopne posamezniku, družini in skupini prebivalstva pri preprečevanju in odpravljanju osebnih stisk, nudenju oskrbe, varstva, vzgoje in usposabljanja. Javna služba obsega socialno preventivo, prvo socialno pomoč, osebno pomoč, pomoč družini za dom in na domu, institucionalno varstvo, družinskega pomočnika, vodenje, varstvo in zaposlitev pod posebnimi pogoji (9).

OBLIKE SOCIALNE POMOČI, KI JIH IZVAJAJO CENTRI ZA SOCIALNO DELO

Centri za socialno delo imajo javno pooblastilo za izvajanje številnih nalog in storitev, ki so zapisane v katalogu javnih pooblastil (10), med katerimi so tudi naloge svetovanja in materialne pomoči posamezniku in družini v primeru socialne stiske in potrebe po pomoči na domu in premestitve v institucionalno varstvo.

A. Svetovanje in pomoč posamezniku obsega (11):

1. **Prvo socialno pomoč**, ki obsega:

- pomoč pri prepoznavanju socialne stiske ali težave
- oceno možnih rešitev
- seznanjanje upravičenca z možnimi socialnovarstvenimi storitvami in dajatvami z obveznostmi, ki sledijo izbiri storitve ali dajatve ter
- predstavitev mreže izvajalcev, ki lahko upravičencu nudijo pomoč.

Upravičenec do prve socialne pomoči je vsakdo, ki se znajde v socialni stiski, če se za storitev odloči prostovoljno in jo išče pri pooblaščenem izvajalcu, če sprejme storitev, ki jo pooblaščen izvajalec začne na pobudo upravičenih predlagateljev, ali če pristane na storitev, ki jo začne pooblaščen izvajalec po uradni dolžnosti, ali na osnovi obvestil organov in zavodov, ki so ugotovili socialno ogroženost upravičenca.

2. **Osebno pomoč**, ki obsega:

- **svetovanje** - organizirana oblika strokovne pomoči posamezniku v socialnih stiskah in težavah, ki jih sam ne zna ali ne zmore odpraviti, je pa pripravljen spremeniti svoje vedenje, poiskati ustrezne rešitve in urediti odnose z drugimi osebami v socialnem okolju
- **urejanje** - oblika strokovne pomoči posamezniku, ki je zašel v socialne stiske in težave zaradi osebnostnih ali vedenjskih posebnosti in pri tem ogroža tudi druge osebe
- **vodenje** - oblika podpore posamezniku, ki je zaradi duševne prizadetosti, duševne bolezni ali drugih osebnostnih težav začasno ali trajno nesposoben za samostojno življenje.

Namen osebne pomoči je posamezniku omogočiti razvijanje, dopolnjevanje, ohranjanje ter izboljševanje njegovih socialnih zmožnosti.

B. Svetovanje in pomoč družini obsega tri vrste pomoči (12):

- **pomoč za dom**, ki obsega strokovno svetovanje družini za urejanje odnosov in funkcioniranje družine
Pomoč družini za dom obsega strokovno svetovanje in pomoč pri urejanju odnosov med družinskimi člani, strokovno svetovanje in pomoč pri skrbi za otroke in usposabljanje družine za opravljanje njene vsakdanje vloge.
- **pomoč na domu**, ki obsega socialno oskrbo invalidnih, starejših in drugih oseb, ki se jim lahko s tako oskrbo nadomesti vključitev v institucionalno varstvo. Stroške pomoči na domu, ki poteka v okviru javne službe, upravičnim sofinancira občina, v kateri bivajo, do višine vsaj 50 % polne cene storitve.
Storitev se prilagodi potrebam posameznega upravičenca in obsegajo:
 - **gospodinjsko pomoč**: prinašanje enega pripravljenega obroka ali nabava živil in priprava enega obroka hrane, pomivanje uporabljene posode, osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov z odnašanjem smeti, postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora;

- **pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih:** pomoč pri oblačenju ali slačenju, pomoč pri umivanju, hranjenju, opravljanju osnovnih življenjskih potreb, vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov;
- **pomoč pri ohranjanju socialnih stikov:** vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, s prostovoljci in s sorodstvom, spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti, informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca ter priprava upravičenca na institucionalno varstvo.
- **socialni servis,** ki obsega pomoč pri hišnih in drugih opravilih v določenih primerih, zlasti v primeru rojstva, bolezni, invalidnosti, starosti, nesreče, vendar ta pomoč ne sodi v javno službo.

C. Denarno socialno pomoč in izredno denarno socialno pomoč

V primeru finančne stiske iz različnih razlogov lahko pod pogoji, kot jih določa zakon, posameznik ali družina preko Centra za socialno delo pridobi naslednje oblike finančne pomoči (13):

- **Denarna socialna pomoč:**

Denarna socialna pomoč je namenjena zadovoljevanju minimalnih življenjskih potreb v višini, ki omogoča preživetje. Namenjena je osebam, ki nimajo dovolj sredstev za preživetje, nimajo premoženja in prihrankov, ki bi jim omogočali preživetje, in aktivno rešujejo svojo socialno problematiko.

IZREDNA DENARNA SOCIALNA POMOČ

Namen izredne denarne socialne pomoči je kritje izrednih stroškov, ki so vezani na preživljanje in jih z lastnim dohodkom ali lastnim dohodkom družine ni mogoče pokriti. Namenjena je tudi v primeru, če se oseba ali družina iz razlogov, na katere ni imela vpliva, znajde v položaju materialne ogroženosti. Dodeli se v obliki enkratnega zneska ali za obdobje od 3 do 6 mesecev.

INSTITUCIONALNO VARSTVO

Institucionalno varstvo je oblika obravnave v zavodu, drugi družini ali drugi organizirani obliki, ki upravičencem nadomešča, dopolnjuje ali zagotavlja funkcijo doma ali lastne družine. Obsega osnovno oskrbo in socialno oskrbo v skladu s predpisi s področja socialnega varstva ter zdravstveno varstvo po predpisih s področja zdravstvenega varstva. Izvajalci storitve so: domovi za starejše, posebni socialno varstveni zavodi, socialno varstveni zavodi za usposabljanje in nadomestne oblike

bivanja in oskrbe. Storitev institucionalnega varstva je lahko zagotovljena tudi v oskrbovanem stanovanju (14).

Postopek za sprejem v zavod se začne z vložitvijo prošnje za sprejem v institucionalno varstvo, ki se vloži pri želenem zavodu. Ena izmed obveznih prilog za sprejem v institucionalno varstvo (običajno dom starejših občanov) je zdravniško potrdilo, ki ga izda osebni zdravnik.

SODELOVANJE MED ZDRAVNIKOM DRUŽINSKE MEDICINE S SODELAVCI IN CENTROM ZA SOCIALNO DELO

Za bolnikove socialne težave izvemo iz pogovora z bolnikom, pogosto indirektno, ko nam potarna, da si določenih nujnih življenjskih potrebščin ali zdravil ne more privoščiti, ali pa nas nanje opozori obisk bolnika na domu. S socialnimi težavami nas seznanijo tudi naši sodelavci, najpogosteje patronažne medicinske sestre, ali pa nas o slabem zdravstvenem in socialnem stanju obvestijo sosedge ali znanci bolnika.

Prvi korak v reševanju socialnih težav je, da socialno stisko prepoznamo in bolniku predstavimo možnosti za reševanje socialnih, težav preko institucij s področja socialnega varstva in nevladnih organizacij. V primerih, ko bolnik zaradi bolezni ali oviranosti sam ali s pomočjo svojcev ni sposoben vzpostaviti stika z institucijo, je na mestu, da o bolnikovem primeru obvestimo Center za socialno delo in ga tako vključimo v reševanje socialne problematike.

Problem predstavljajo bolniki, ki zavračajo socialno pomoč, za katero smo ocenili, da bi jo potrebovali (npr. pomoč na domu, namestitev v institucionalno varstvo). V tem primeru je primerno, da se pogovorimo z bolnikom in pogosto, posebno če gre za starejšega in dementnega bolnika, tudi z njegovimi svojci. Če še vedno ne najdemo ustrezne rešitve, pa je potrebno v oceno stanja in vodenje nadaljnjih postopkov ugotavljanje in zagotavljanja potrebne socialne pomoči vključiti Center za socialno delo.

Zelo nerodno je namreč, da smo prepoznali socialno problematiko in ocenili, da bolnik potrebuje socialno pomoč, vendar problematike, ki jo sami ne moremo rešiti, nismo posredovali pristojnim institucijam.

Po vzpostavitvi sodelovanja s Centrom za socialno delo se je timsko delo za bolnika, ki ima socialne težave, šele začelo. V ožjem timu ob bolniku sodeluje še njegova družina, ob zdravniku družinske medicine pa pogosto še patronažna medicinska sestra ter socialna delavka področnega Centra za socialno delo, po potrebi pa se vključujejo še drugi strokovnjaki in sodelavci (oskrbovalke na domu, prostovoljci, psihologi, pedagogi idr).

Stalna komunikacija med člani tima je nujen pogoj za uspešno delo. Komunikacija poteka na dogovorjenih sestankih (npr. timski sestanek, na katerem so vključeni vsi, ki so v obravnavo bolnika vključeni, organizira ga praviloma Center za socialno delo, pobudnik sestanka je lahko kdorkoli od v tim vključenih) ali pa glede na potrebe, ki jih sproti prepoznavamo.

Primer

Zdravnik je gospo napotil na center za socialno delo, ki je pristojen za reševanje socialne problematike, ki je v našem primeru posledica bolezni. Na centru za socialno delo se je gospa dogovorila za pomoč na domu, ki jo bo glede na socialno stanje občina sofinancirala do višine 50 %. Dogovorili so se, da se bolniku dostavlja tudi kosilo iz bližnjega doma starejših občanov.

Zaradi nastale finančne situacije in kritja nekaterih izrednih stroškov (zagotovitev prehranskih dopolnil, ureditev kurjave) je bolnikova žena na centru za socialno delo zaprosila za enkratno denarno socialno pomoč. Vlogi je priložila potrdilo o bolnikovem zdravstvenem stanju, ki ga je izdal bolnikov osebni zdravnik.

ZAKLJUČEK

Bolniki s socialnimi težavami pogosto o svojih težavah ne želijo odkrito spregovoriti in njihovo socialno stisko razberemo iz pogovora v ambulantni, ko nam zaupajo, da si ne morejo kupiti hrane, ki bi bila ustrezna njihovi dieti, ali ne zmorejo doplačati za zdravila in druge nujne pripomočke za zdravljenje, ali pa jo prepoznamo ob obisku na bolnikovem domu, ko vidimo, da bolnik sam ni več sposoben poskrbeti za osnovne življenjske potrebe.

Prepoznane socialne stiske zdravnik družinske medicine v sistemu zdravstvenega varstva ne more reševati sam, mora pa poznati možnosti za reševanje socialne problematike, ki jo omogoča sistem socialnega varstva. V lokalnem okolju so Centri za socialno delo institucije, ki izvajajo javna pooblastila na področju socialnega varstva in s svojim usposobljenim osebjem in možnostmi, ki jim jih daje zakon, lahko pomagajo pri reševanju socialne problematike.

Sodelovanje med zdravnikom družinske medicine s sodelavci, ki so pogosto prvi, ki prepoznajo socialne problematike in Centri za socialno delo, ki imajo zakonske možnosti za reševanje socialne problematike, predstavlja pravo pot reševanja socialnih problemov naših bolnikov s ciljem doseganja čim boljših izidov zdravljenja za našega bolnika.

LITERATURA

1. Alter HJ. Social determinants of Health. From Bench to Bedside. *JAMA Internal Med* 2014; 174: 543-5.
2. Krumeich A, Meershoek A. Health in global context; beyond the social determinants of health. *Global Health Action* 2014; 7:23506.
3. Gottlieb L, Sandel M, Adler NE. Collecting and Applying Data on Social Determinants of Health in Health Care Settings. *JAMA Intern Med* 2013; 173: 1017-20.
4. Fras Z, Jug B. Smernice za preprečevanje bolezni srca in žilja v klinični praksi 2013- ključna sporočila in novosti. *Slov Kardiol* 2013; 10: 53-88.
5. Laaser E, Breckenkamp J, Bjegovic V. Treatment of hypertension in Germany: is there a social gradient? *Int J Public Health* 2012; 57: 185-91.
6. Gong Y, Yin X, Wang Y, Li Y, Lui L, Zhou W et al. Social Determinants of Community Health Services Utilization among the Users in China: A 4-Year Cross-Sectional Study. *Plos One* 2014; 9:e980095.
7. Starfield B. Primary care: an increasingly important contribution to effectiveness, equity, and efficiency of health service. *SEPAS report 2012. Gac Sanit* 2012; 26 (S):20-6.
8. The European Academy of Teachers in General Practice (EURACT), Leuven. The EURACT Educational Agenda, 2005. Dostopno na: www.euract.eu/official-documents/finish/3officialdocuments/93-euract-educational-agenda. Dostop 25.6.2014.
9. Anon. Socialno varstvene storitve. Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/socialnovarstvene_storitve/, Dostop 25.6. 2014.
10. Anon. Katalog javnih pooblastil, nalog po zakonu in storitev, ki jih izvajajo centri za socialno delo. Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/katalog_pooblastila_csd_jul08.pdf. Dostop 25.6. 2014.
11. Anon. Svetovanje posamezniku. Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/socialnovarstvene_storitve/svetovanje_posamezniku/. Dostop 25.6. 2014.
12. Anon. Pomoč družini. Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/socialnovarstvene_storitve/po_moc_druzini/. Dostop 25.6. 2014.

13. Anon. Denarna socialna pomoč. Dostopno na:
http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/denarna_socialna_pomoc/.
Dostop 25.6. 2014.
14. Anon. Institucionalno varstvo. Dostopno na:
http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/socialnovarstvene_storitve/institucionalno_varstvo/. Dostop 25. 6. 2014.

BOLEZNI ODVISNOSTI PRI ZDRAVNIKI



Danica Rotar-Pavlič¹, Katarina Planinec²

UVOD

Dela v družinski medicini si ne moremo zamišljati brez sodelovanja vseh strokovnjakov, ki so pomembni za dobrobit bolnika v procesu njegovega zdravljenja.

Primarno zdravstveno varstvo je glavni in nenadomestljivi steber zdravstvenega sistema, zato se mora vedno nemudoma odzvati na spreminjajoče se potrebe in pričakovanja ljudi. V nasprotnem primeru se – tako logistično kot tudi finančno – podre celotni zdravstveni sistem. Če bi zdravniki družinske medicine vse tiste bolnike, ki samo v enem dnevu pridejo k njim, napotili na sekundarno raven, bi to za sekundarno in terciarno raven povzročilo nepredstavljive obremenitve. Kako govoriti o 'interdisciplinarni nadgradnji' v primeru, ko ZZS izbranemu zdravniku ne glede na to, koliko energije, časa in znanja porabi za postavitev diagnoze in rešitev bolnikovih težav, za njegov prvi pregled izplača cele 4 evre (!), je vprašanje, nad katerim se krepko zamisli marsikateri specialist družinske medicine. Ker kompleksnih bolnikovih težav pogosto ni mogoče rešiti z ločenim delovanjem strokovnjakov, obstaja potreba po stalnem in učinkovitem medstrokovnem (interdisciplinarnem) sodelovanju znotraj skupin primarne ravni (1).

Zdravljenje bolnikov moramo vedno načrtovati v sodelovanju z našimi sodelavci – medicinskimi, patronažnimi in diplomiranimi sestrami v referenčnih ambulantah. Prav tako si kakovostnega dela ni mogoče zamisliti brez občasnih posvetov s fizioterapevti, farmacevti, laboratorijskimi tehnikami in inženirji. Pomembno je še sodelovanje z lokalno socialno službo, s policisti in z gasilci, ki so v primeru nesreč vseh vrst in nasilnih dogodkov pogosto na terenu že pred zdravnikom. Interdisciplinarno sodelovanje je neizogibno potrebno za organizacijo dolgotrajne oskrbe predvsem tistih bolnikov z več boleznimi in s socialnimi težavami.

¹ Prim. doc. dr. **Danica Rotar-Pavlič**, dr. med., Amulanta družinske medicine Danica Rotar-Pavlič, Nova pot 5, 1351 Brezovica

² **Katarina Planinec**, dr. med., Amulanta družinske medicine, Nova pot 5, 1351 Brezovica

Kot promotorji zdravja moramo delovati povezovalno in svoj krog sodelavcev učiti preventivnih ukrepov, saj je veriga zdravstvene oskrbe močna le toliko, kolikor je močan njen najšibkejši člen. Prizadevati si moramo za najboljše možne rezultate, pri čemer ni izvzet niti bolnik s samooskrbo.

Primer:

Gospo Marijo je mož pripeljal v ambulanto na začetku tedna. Povedal je, da je bila med vikendom operirana. Opazili ste, da se bolnica komaj premika, da je zelo utrujena in omotična, zato ste jo takoj namestili na pregledovalno posteljo. Gospa je povedala, da je po odpustu iz bolnice zaradi izjemno slabega počutja obiskala internistično prvo pomoč, od koder se je vrnila s seznamom dodatnih zdravil.

Medtem ko je medicinska sestra urejala zahteve redno naročenih bolnikov, ste se znašli pred težko nalogo: najprej ste morali prebrati celotno dokumentacijo o opravljenih posegih in zdravljenju na več bolnišničnih oddelkih in internistični prvi pomoči, potem pa ste se osredotočili na splošni telesni pregled in pregled stanja operativne rane. Zasnivali ste načrt zdravljenja in bolnici svetovali glede nadaljevanja zdravljenja na domu, saj bi jo prevozi na preglede in preveze rane v ambulantne samo še dodatno izčrpavali. V obravnavo ste vključili patronažno sestro ter še sami opravili več obiskov na domu, kjer ste opazili, da zdravljenje ne poteka v skladu s pričakovanji. Med naslednjim hišnim obiskom ste zato poskrbeli za odvzem krvi. Nekaj ur pozneje so vam iz laboratorija sporočili, da ima bolnica kritične vrednosti mineralov. Ob ponovnem hišnem obisku ste organizirali prevoz na internistično prvo pomoč.

V nadaljevanju tega prispevka bosta najprej opisana primera iz prakse, sledil pa jima bo prikaz izsledkov raziskav, ki utemeljujejo, da interdisciplinarno sodelovanje pomembno vpliva na rezultate zdravljenja. Na koncu bodo predstavljene nedorečenosti sodelovanja in problematika, ki se pojavlja zaradi neustreznega sodelovanja med posameznimi ravni zdravstvenega varstva.

Navedeni primer jasno kaže, kako ključnega pomena je dobro sodelovanje, saj so bila sporočila patronažne službe in zaposlenih v laboratoriju ključnega pomena.

Drugi primer kaže neustrezno sodelovanje in dogovarjanje v zdravstvenem timu.

Primer

Bolnica je prišla v ambulanto zaradi na novo nastale velike rane na goleni, ki je obilno secernirala. Medicinski sestri ste naročili, naj rano očisti in nanjo položi Actisorb, bolnico pa ste naročili na kontrolo čez dva dni. Medicinska sestra je vzela obkladek s fiziološko raztopino, ga položila na rano in rekla bolnici, naj se na prevezo oglasi že kar naslednji dan. Ob tem se je obrnila k vam rekoč, da je to enako učinkovito zdravljenje in še cenejše od uporabe Actisorba.

S tem, ko ste dopustili takšno samovoljo in prepustil glavno vlogo medicinski sestri, ste izgubil tudi zaupanje bolnika. Namesto tega bi morali vztrajati pri svoji odločitvi in medicinski sestri še enkrat ponoviti, da želite točno določeno oblogo. Dodatno razlago ob takem dogodku potrebuje tudi bolnik.

POMEN INTERDISCIPLINARNEGA SODELOVANJA

Prvi primer kaže, kako običajno potekajo obravnave, ki zaposlijo in vključujejo celoten tim na primarni ravni. Čeprav se v praksi srečujemo z najrazličnejšimi oblikami in prilagoditvami timskega sodelovanja, v literaturi lahko najdemo analize na sistemski ravni ter izsledke raziskav, ki kažejo, v kakšni meri interdisciplinarni pristop prispeva k rezultatom zdravljenja posameznih kliničnih stanj: meta-analiza interdisciplinarne skrbi za bolnike z depresijo je pokazala, da je ta oblika oskrbe po šestih mesecih imela pozitivnejši učinek v primerjavi s standardno oskrbo; klinična izboljšanja bolnikov z depresijo so se ohranila do pet let (1); astmatiki, pri katerih je bil vključen interdisciplinarni pristop, so v enem letu doživeli v povprečju manj simptomov astme v primerjavi s standardno obravnavo (2); bolniki s čezmerno telesno težo so v okviru interdisciplinarne obravnave dosegli večje zmanjšanje teže (3); pri bolnikih z Alzheimerjevo boleznijo, ki so bili vključeni v interdisciplinarno oskrbo, je veljalo, da so v večji meri prejeli ustrezno terapijo (zaviralce holinesteraze in antidepresive) ter kazali bistveno manj

problematičnega obnašanja in psiholoških simptomov (4); pri sladkornih bolnikih so v primeru timske oskrbe zabeležili boljše ciljne vrednosti zdravljenja (padec glukoze v krvi, ustrežnejše vrednosti sistolnega in diastolnega krvnega tlaka, ravni skupnega holesterola in nizke gostote lipoproteinov ter glikiranega hemoglobina)(5). Poleg tega so imeli zdravniki družinske medicine, ki so sodelovali v timski oskrbi sladkornih bolnikov, večjo gotovost in zaupanje glede kakovostne obravnave bolnikov (6).

Lokacija in prostorska ločenost posameznih članov tima se pri interdisciplinarnem sodelovanju ni pokazala kot ovira. Člani ekip, ki so jih v skupnostni oskrbi bolnikov sestavljali zdravniki družinske medicine, medicinske sestre, farmacevti in socialni delavci, so razvili boljše razumevanje vloge, ki so jih imeli v oskrbi (7).

V praksi je pomembno, da so vsi udeleženci v obravnavi bolnika in nenazadnje tudi on sam pozitivno usmerjeni drug k drugemu, da med njimi vladata naklonjenost in zaupanje ter da so vsi, ne glede na okoliščine, usmerjeni v en sam cilj – čim učinkoviteje in čim hitreje rešiti problem. Ob takem pristopu je uspeh zagotovljen.

PROBLEMATIKA INTERDISCIPLINARNEGA SODELOVANJA

Interdisciplinarno sodelovanje v marsikateri praksi poteka že tako dolgo, da lahko sklepamo o nekaterih možnih ovirah, ki potrebujejo razmislek glede nadaljnjega načrtovanja takšne oblike dela. Ovire se lahko pojavljajo tako na sistemski ravni (financiranje) kot na ravni vključenih oseb – zdravnikov (dodatne obremenitve), zdravstvenih sodelavcev in bolnikov.

Delo interdisciplinarnih skupin oziroma katere koli druge oblike timskega sodelovanja, pri katerem imajo zdravstveni sodelavci različno vlogo, je nedvoumno pogojeno z načinom financiranja primarne ravni. Mnoge države pri tem uporabljajo različne kombinacije plačevanja, kot so plačevanje po storitvah (angl. fee for service), plačevanje po glavarini (angl. capitation), izplačilo plače (angl. salary), stimulacije za dodatno delo in različne oblike plačevanja ambulantnega dela. Ob vsem tem pa je ostalo nedorečeno, kako spodbujati in plačati koordinacijo, ki je potrebna za delo v timu, ter kako ovrednotiti učinkovitost dela. Zavedati se namreč moramo, da vizija timskega dela in sodelovanja ne bosta dala rezultatov, če delo koordinacije in zdravnikovih sodelavcev ne bo ustrezno finančno ovrednoteno in nagrajeno (8).

Kljub navdušenju zdravstvenih delavcev nad interdisciplinarnim sodelovanjem in timskim delom so izkušnje nekaterih pokazale, da so na koncu delali še več in da jih ta sistem ni razbremenil v smislu izboljšanja kakovosti življenja v prostem času (9). Zdravnik družinske medicine mora svojo vlogo razumeti v tem smislu, da je glavni organizator v zdravljenju bolnika in da mora za rešitev bolnikovih težav pridobiti na svojo stran druge sodelavce, s čimer razbremeni sebe.

A v praksi se pogosto dogaja ravno nasprotno: nadgradnja sistema zdravnika samo dodatno obremeni. Omenimo še pogled zdravnikov in bolnikov na delo diplomiranih medicinskih sester v referenčni ambulanti (angl. nurse practitioner): medtem ko ga prvi razumejo kot komplementarno zdravniškemu, bolniki doživljajo diplomirane medicinske sestre kot zdravnikove pomočnice (10). In tako smo spet pri tem, da je zelo pomembno, kako zdravnik predstavi bolnikom delo svoje diplomirane medicinske sestre sestre ter kakšno je njuno medsebojno zaupanje in sodelovanje. Na odnose v ambulanti pomembno vpliva tudi medsebojno sodelovanje med ambulantno in diplomirano medicinsko sestro v referenčni ambulanti.

POVEZOVANJE IN MEJE POVEZOVANJA

Kljub nedvoumnim dokazom o uspešnosti interdisciplinarnega sodelovanja med državami in med posameznimi poklici znotraj njih obstajajo pomembne razlike, ki jih lahko delno razložimo s kulturno-zgodovinskimi okoliščinami. Na odnose med različnimi strokovnjaki vplivajo socialni in poklicni položaj, pomen klinične avtonomije ter gospodarska in politična vplivnost posameznih poklicnih skupin. Takšne razlike obstajajo na primer med zdravniki in medicinskimi sestrami. Pred načrtovanjem uspešnega interdisciplinarnega sodelovanja je zato treba doreči, kakšne zadolžitve imajo posamezni člani, kako so zakonsko urejeni posamezni poklici in kako organizirati pedagoško pot, ki ne bo vodila k ozki usmerjenosti posamezne specialnosti, temveč k povezovanju.

V praksi to pomeni, da se v vsakem timu dogovorimo, kakšne so naloge, pristojnosti in odgovornost posameznika. Pomembno se je zavedati, da je v zdravljenju bolnika pomemben prav vsak člen. Čeprav osrednjo odgovornost nosi zdravnik, se ji tudi zdravnikovi sodelavci ne morejo izogniti. Ne glede na to, da pritožne poti v delu, ki se nanaša na zdravstvene sodelavce, niso popolnoma dorečene, je prav, da se vsi člani tima zavedamo njihovega pomena. Enako pomembne so prvine profesionalizma vsakega sodelavca v timu. Neodločnost zdravnika, katerega odločitve bodo po svoje krojili

medicinska oziroma patronažna sestra ali celo bolnik in njegovi svojci, bo kakovost zdravstvene oskrbe poslabšala ter vodila k nezaupanju v zdravnikovo delo.

SKLEP

Interdisciplinarno sodelovanje je pomembno za reševanje kompleksnih zdravstvenih potreb prebivalstva in bolnikov. Omogoča učinkovito reševanje multimorbidnosti, neenakosti v oskrbi in organizacijo dolgotrajne oskrbe. Čeprav lahko interdisciplinarno sodelovanje privede do izboljšanega zadovoljstva na delovnem mestu, je za zdravnika lahko tudi dodatna obremenitev. Financiranje novih konceptov interdisciplinarnega povezovanja (še) ni urejeno. Ker so sredstva vodilo in spodbuda za delo posameznika, se prav zaradi tega pojavljajo nedorečenosti, kot na primer preseganje ozke poklicne usmerjenosti, opredelitev odgovornosti posameznega člana tima in dolgotrajna vzdržnost sistema.

LITERATURA

1. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: A cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. [Electronic version] 2006. *Archives of Internal Medicine*, 166 (21), 2314–2321. doi:10.1001/archinte. 166.21.2314.
2. Lozano P, Finkelstein JA, Carey VJ, Wagner EH, Inui TS, Fuhlbrigge AL., et al. A multisite randomized trial of the effects of physician education and organizational change in chronic-asthma care: Health outcomes of the pediatric asthma care patient outcomes research team II study. [Electronic version] *Archives of Pediatrics and Adolesc Med* 2004. 158 (9): 875–83.
3. Feigenbaum A, Pasternak S, Zusk E, Sarid M, Vinker S. Influence of intense multidisciplinary follow-up and orlistat on weight reduction in a primary care setting. [Electronic version]. *BMC Family Practice* 2005, 6 (1), 5. doi:10.1186/1471-2296-6-5 *scent Medicine*, 158 (9), 875–883. doi: 10.1001/archpedi. 158.9.875.
4. Callahan CM, Boustani MA., Unverzagt FW, Austrom MG, Damush, TM, Perkins AJ, et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with alzheimer disease in primary care: A randomized controlled trial. [Electronic version]. *JAMA* 2006, 295 (18), 2148–2157. doi:10.1001/jama.295.18.2148.19
5. Taylor KI, Oberle KM, Crutcher RA, Norton PG. (). Promoting health in type 2 diabetes: Nurse-physician collaboration in primary care. [Electronic version]. *Biological Research for Nursing* 2005, 6(3), 207–215. doi:10.1177/1099800404272223
6. Smith S, Bury G, O'Leary M, Shannon W, Tynan A, Staines A, et al. The North Dublin randomized controlled trial of structured diabetes shared care. *Family Practice*. 2004, 21 (1), 39–45.

7. Farris KB, Cote I, Feeny D, Johnson JA, Tsuyuki RT, Brilliant S et al. Enhancing primary care for complex patients. Demonstration project using multidisciplinary teams. *Canadian Family Physician* 2004, 50, 998–1003.
8. Jacobson PM. Evidence Synthesis for the Effectiveness of Interprofessional Teams in Primary Care. Canadian Health Services Research Foundation, 2012. https://cna-aiic.ca/~media/cna/files/en/synthesisinterprofteams_jacobson-en-web.pdf
9. Patterson E. Alberta Primary Care Improvement Project: Chinook Primary Care Network, 2006, Alberta Health and Wellness.
10. Katz A, MacDonald J. Physicians' perceptions of nurse practitioners: The nurse practitioner role has been met with mixed reviews. A qualitative study from Manitoba reveals the perceptions of some physicians regarding this relatively new relationship on the health care team. *The Canadian Nurse*, 98(7), 28. Canadian Health Services Research Foundation 2002. www.chsrf.ca
11. Samuelson M, Tedeschi P, Aarendonk D, de la Cuesta C, Groenewegen P. Improving interprofessional collaboration in primary care: Position Paper of the European Forum for Primary Care Quality in Primary Care 2012; 20:303–12.

ODNOS ZDRAVNIKA DO NEMEDICINSKIH STROKOVNJAKOV



Nena Kopčavar-Guček¹

81-letni ovdoveli sladkorni bolnik živi sam v stanovanju na robu mesta. Kot njegov osebni zdravnik ste prejeli pismeni izvid specialista diabetologa, ki zaradi neurejenosti sladkorne bolezni predlaga prehod iz peroralne terapije na insulinsko zdravljenje. Priporoča reden nadzor nad terapijo, saj je gospod precej nezanesljiv in je bilo njegovo stanje predhodno že ocenjeno kot začetek demence. Gospod ima sina in hčer, vsak od njiju ima po dva otroka (to so štirje odrasli vnuki). Gospod in njegova družina odločno zavračajo vsakršen predlog o namestitvi v dom. Gospod očitno potrebuje nadzor nad jemanjem zdravil, pomoč pri hišnih opravilih, spremstvo na specialistične preglede. Nedavno je z napotnico za ultrazvok trebuha zašel na rentgenološki oddelek in se tam hudo razburil, ker mu niso bili pripravljene slikati pljuč, posredovati je morala osebna zdravnica. Kako boste organizirali nego, skrb in nadzor nad zdravstvenim stanjem sladkornega bolnika?

43

UVOD

»Družinska medicina je akademska in znanstvena veda, s svojo lastno izobraževalno vsebino, raziskavami, z dokazi podprto klinično dejavnostjo in klinično specialnostjo, ki je usmerjena v primarno zdravstveno varstvo. Značilnosti družinske medicine v povezavi s skupnostjo so v tem, da...

c) razvija odnos, ki je osredotočen na posameznika, njegovo/njeno družino in skupnost...

...

f) uporablja specifičen način odločanja, ki ga določata razširjenost in pogostnost pojavljanja bolezni v skupnosti ...

...

j) ima specifično odgovornost do zdravja v skupnosti ...

...

(Iz evropske definicije stroke in specialnosti družinske medicine, 2002)

¹ Mag. Nena Kopčavar-Guček, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

Vednost o vpetosti dela zdravnika družinske medicine v skupnosti in o pomembnosti povezave z javnim zdravstvom izvira še iz dediščine velikega vizionarja na tem polju, Andrije Štamparja (1). Sodobna opredelitev evropske družinske medicine vključuje enajst bistvenih značilnosti, in kar tri izmed teh v ospredje postavljajo odnos zdravnika do zdravja v skupnosti (2). Zdravniki družinske medicine delujemo v najrazličnejših okoljih, v majhnih in velikih skupnostih, etično raznolikih, kulturološko pisanih in epidemiološko dinamičnih. Skladno s temi različnostmi se spreminjajo tudi značilnosti in potrebe posameznikov, ki živijo v teh okoljih, in ki jih mora zdravnik družinske medicine dobro poznati. Spremljati mora vplive družbenih dogajanj, revščine, etničnih, verskih in kulturnih razlik in znati prepoznati neenake možnosti različnih skupin prebivalstva (3). Zdravnik družinske medicine se pri svojem delu v lokalni skupnosti ne more izogniti javnemu delovanju v različnih organizacijah in pri različnih akcijah, kot je sodelovanje v karitativnih organizacijah, lokalnih akcijskih skupinah za boj proti odvisnosti, vodenje skupin kroničnih bolnikov, predavanja v skupnosti, nastopanje v javnih občilih ipd.

44

Celostna obravnava bolnika terja tudi urejanje njegovih socialnih razmer, kamor sodijo tudi stiki z delodajalci, vodstvi socialnih zavodov, predstavniki zdravstvenih zavarovalnic, zagovorniki pacientovih pravic itd. Zaostritev gospodarskih razmer je na tem polju močno znižala toleranco, in zdravnik družinske medicine se kot zdravstveni strokovnjak in zagovornik bolnikovih pravic pogosto srečuje s konfrontacijami na polju različnih interesov.

Iste dileme, pa tudi časovne stiske zaznamujejo sodelovanje z drugim področjem nemedicinskih strokovnjakov. Pri svojem vsakdanjem delu je zdravnik družinske medicine obvezan sodelovati z državnimi organi, kot so policija, sodišča, socialne službe, Zavod za zaposlovanje, Zavod za prestopanje kazenskih sankcij itd. Kolegi se s svojim vplivom v lokalni skupnosti neredko podajajo tudi v okolje politike.

Na področju izobraževanja so zdravniki družinske medicine neločljivo vpeti tudi v izobraževanje na dodiplomski in na podiplomski ravni; ne le na polju medicine, temveč tudi v drugih strokovnih okoljih, saj zdravnik družinske medicine pri obravnavi svojega bolnika močno posega tudi v medinstitucionalni prostor (4,5).

ZDRAVSTVO V SKUPNOSTI

Skupnost predstavlja kontekst dela zdravnikov in drugega zdravstvenega osebja. Celotna skrb za posameznike se postopoma prenaša s širše državne ravni tudi na ožjo skupnostno raven (6). Združenja za preprečevanje in zdravljenje različnih oblik zasvojenosti ter odvisnosti, skupine za samopomoč, združenja bolnikov z raznimi boleznimi, centri za socialno delo, društva za pomoč duševno motenim in tistim z motnjami v duševnem razvoju, verske dejavnosti itd., vse to je del skupnostne oskrbe posameznikov. Predvsem nevladne in neformalne organizacije ter dejavnosti so pomemben del ohranjanja in zagotavljanja skupnostnega zdravja (6).

S povezovanjem teh višjih organizacijskih ravni in nižjih, kot so družina, sorodniške ter prijateljske mreže, se izboljša kakovost skrbi za posameznike in posledično ima to ugodne rezultate za delovanje celotne družbe. Načini obravnave posameznikov, potrebnih pomoči, se na skupnostni ravni lahko v večji meri prilagajajo uporabnikom, in s tem se možnosti za uspeh večajo (6).

Dejstvo je, da je pri delu z ljudmi potrebno upoštevati tudi širši kontekst, iz katerega posameznik izhaja in je z njim do neke mere določen. Ta širši kontekst lahko pomembno pripomore k ohranjanju in pridobivanju posameznikovega fizičnega ter psihičnega zdravja. Orientacija k posamezniku implicira orientacijo k skupnosti in obratno - tudi ostali segmenti skupnosti, ne samo medicina, so dolžni skrbeti za svoje člane (6). Posameznik in skupnost sta dva koncepta, ki sta v medsebojni povezavi - v pozitivni ali negativni. Vzajemni vplivi so različni. Prepletenost predpostavlja vsaj minimalno stopnjo zavzetosti za vzpostavitev dialoga med različnimi strokami, ki skrbijo za posameznike. Mozaik delovanj in življenjskih slogov v sodobnosti je izjemno kompleksen. Poklicna obravnava palete posameznikov s strani enega samega področja je praktično nemogoča. Monopol ene stroke je preživet, zato je potrebno vzpostaviti ter ohranjati omrežje služb, ki delajo v korist posameznikov (6).

Lokalna skupnost je posebna vrsta družbene skupine (teritorialna skupina), ki temelji na prostoru oz. teritoriju. Lokalna skupnost je torej teritorialna skupnost ljudi, ki svoje skupne potrebe zadovoljuje s skupnimi dejavnostmi (7).

PROBLEMI IN OMEJITVE

Pri svojem delu v skupnosti pogosto naletimo tudi na številne etične dileme (4). Zaveza etičnim načelom je za zdravnika družinske medicine nedvomno vrhovni in vse obvezujoči postulat, ki ne dovoljuje nikakršnih odklonov. Pri delu z nemedicinskimi strokovnjaki mora biti vsakršno ravnanje zdravnika preiščeno in etično neoporečno. V sodobnem okolju se za zdravnika družinske medicine pojavljajo še novi izzivi. Družbeni razvoj in napredek v zdravstvu sta pred zdravstveno varstvo postavila nove izzive (8):

- pojavili so se novi zdravstveni problemi kot glavni vzroki obolevnosti in smrtnosti;
- staranje prebivalstva: pričakovano trajanje življenja se je podaljšalo in vedno bolj je bilo jasno, da je treba posebno pozornost posvetiti starejšim, kot eni od ranljivih skupin prebivalstva;
- priča smo novim znanstvenim odkritjem in dosežkom na področju zdravljenja: mnogi novi načini zdravljenja so zelo dragi, zato so etični vidiki zdravstvenega varstva vedno bolj v ospredju;
- s potrebo po nadzoru stroškov se večajo tudi zahteve po gospodarnosti in odgovornosti zdravnikov;
- povpraševanje po zdravstvenih storitvah narašča zaradi vedno večje zdravstvene ozaveščenosti prebivalstva; vedno pomembnejši postaja tudi potrošniški vidik zdravstva in zadovoljstvo bolnika je že bistveni sestavni del kakovostnega zdravstvenega varstva;
- vedno bolj kritičen odnos do sistema zdravstvenega varstva; zaradi nesposobnosti zdravstvenega sistema, da bi rešil nekatere novo nastale probleme, je medicina deležna vedno več kritik.

46

Zdravstvo nasploh, zdravniki družinske medicine kot zdravniki prvega kontakta in vratarji-koordinatorji pacientove obravnave v slovenskem zdravstvenem sistemu se tako tudi v stikih z nemedicinskimi strokovnjaki soočajo s številnimi izzivi.

Na drugi strani so zdravniki družinske medicine po rezultatih javnomnenskih raziskav v Sloveniji umeščeni visoko na lestvici zaupanja državljanov, saj je 44,6% vprašanih izjavilo, da najbolj zaupa osebnemu zdravniku (9). To jim nalaga še dodatno odgovornost (4).

PRIMERI SODELOVANJA ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE S SKUPNOSTJO

Bolniki z duševno boleznijo so družbeno stigmatizirana rizična populacija. Pri njej srečamo kompleksne probleme na številnih področjih življenja. Ta populacija prihaja v stik s celo vrsto javnih služb in institucij: zdravstveno službo na primarnem nivoju, z bolnišnicami, s službami nujne medicinske pomoči in s programi za zdravljenje odvisnosti, pa tudi s policijo, s sodišči, z zapori, s socialno službo, z zavetišči in z dobrodelnimi ustanovami (10). Glavne značilnosti bolnikov s shizofrenijo, ki je najbolj tipična in raziskovana duševna bolezen, so motnje zaznavanja, spomina, pozornosti in abstraktnega mišljenja. To ima za posledico kompleksne probleme teh bolnikov: slabo socialno funkcioniranje, težja zaposljivost in nesposobnost samostojnega življenja. Bolniki z duševno boleznijo pomenijo običajno hud stres za družino, v kateri živijo. Hkrati so moteči tudi za širšo družbeno skupnost, nezaželeni na delovnem mestu, ne navezujejo ustreznih partnerskih stikov, ostajajo brez družine, živijo nezdravo, neustrezno izkoriščajo usluge zdravstvene službe in pogosteje kot ostala populacija obolevajo za drugimi boleznimi ter odvisnostmi (11).

V Sloveniji nimamo nacionalnega programa skrbi za duševno zdravje. Kljub težnjam po deinstitutionalizaciji bolnikov z duševno boleznijo (npr. vzpostavitev projekta multidisciplinarnih timov na terenu)(12) in čimprejšnji vrnitvi le-teh v delovno okolje ostaja populacija duševnih bolnikov na socialni rob pomaknjena visoko rizična populacija s posebnimi potrebami. V tej populaciji se kopičijo soboleznost, pridružene telesne bolezni, sekundarne odvisnosti in nenazadnje najneugodnejši izid - samomor, ki je v naši družbi vse bolj pereč problem. Tudi na tem področju še nimamo nacionalnega programa. Zdravnik družinske medicine v tako zasnovanem sistemu kljub svoji visoki usposobljenosti in veščinam, ki jih obvlada, poznavajoč bolnikovo družinsko situacijo, ne more prevzeti odgovornosti za slabo urejeno oskrbo in s tem za številne neugodne izide. Raziskave so nedvomno pokazale, da ima organiziran strokovni pristop pri obvladovanju duševne bolezni v skupnosti ugodne učinke. Približanje dejavnosti v bolnikovo ožje življenjsko okolje zniža stopnjo hospitalizacije in stabilizira bivanje v družinskem ter delovnem okolju. Modeli podporne delovne rehabilitacije so se izkazali kot pomemben prispevek k večji zaposlenosti, ekonomski neodvisnosti in večji kakovosti življenja bolnikov z duševno boleznijo. Kognitivna terapija pomembno pripomore k aktivni vključitvi bolnika v proces zdravljenja in samoobvladovanja bolezni. Lokalno delujoči timi strokovnjakov pripomorejo k večji učinkovitosti pri zagotavljanju duševnega zdravja v skupnosti (11).

Starejši in dementni bolniki so veliko breme tudi za svojce ali za osebe, ki za bolnika skrbijo. Prva preizkušnja je soočenje z boleznijo in z njenimi posledicami (13). Z napredovanjem bolezni postaja skrb za obolelega svojca vse bolj obremenjujoča. Manjša vsakodnevna razburjenja so normalen čustveni odgovor na situacijo, v kateri se svojci - oskrbniki znajdejo. Če pa postanejo intenzivnejša, imajo lahko resne posledice za oskrbnika in bolnika (14). Svojci se, ko se zavejo problema, najprej obrnejo na osebnega zdravnika. Ta mora v prvem obdobju opraviti diagnostične postopke za postavitev diagnoze in morebitno zdravljenje. Družinske člane mora poučiti o bolezni, njenem poteku in o tem, kako bodo skrbeli za bolnika. Predvsem je pomembno, da jih pouči, da si morajo obveznosti porazdeliti, saj en sam ne bo zmogel vse skrbi, ki je potrebna (13). Svojce seznaniti z organiziranimi oblikami pomoči, ki so na voljo, in jih usmerja k tistim, ki so v danem trenutku potrebne. Zdravnik družinske medicine predstavlja vezni člen med vsemi sodelujočimi. V taki situaciji zdravnik družinske medicine sodeluje s socialnim skrbstvom, invalidsko komisijo, nevladnimi organizacijami (npr. Spominčica), različnimi oblikami pomoči na domi, z zavetišči. Hospicem, domovi starejših občanov in drugimi nemedicinskimi strokovnjaki.

48

Četudi se v javnosti pogosto ustvarja vtis, da so dementni in starejši s svojimi družinami prepuščeni sami sebi, so v Sloveniji v nekaterih regijah že znani primeri dobre prakse. Skupina za samopomoč svojcem bolnikov z demenco po treh letih delovanja predstavlja svoje uspešno delo v skupnosti na obalnem področju (15), nosilci so zdravniki družinske medicine. Skupina je skozi srečanja izoblikovala laično pot ukrepanja ob prepoznavi simptomov demence pri svojcih in v stalnih udeležencih usposobila skupino odličnih neprofesionalnih svetovalcev, ki svoje znanje prenašajo v svoja okolja v skupnosti. Oblikovala je model uspešnega dela v skupini, ki zagotavlja odprtost za nove člane, učenje in stalnost rednim obiskovalcem ter vključila v svoje delovanje strokovnjake, tudi zdravnike družinske medicine.

Nastopi v javnosti so neogibni, četudi za marsikoga močno obremenjujoči del poklica in življenjskega sloga zdravnika družinske medicine. Zdravnikovi nastopi v javnosti imajo nedvomno odmevnejše posledice kot sporazumevanje z bolniki v ambulanti »na štiri oči«. Zdravstvo in medicina sta vedno priljubljeni, polemični in zanimivi temi, ne glede na to, za kateri medij, družbeni sistem ali ekonomsko situacijo trenutno gre. Zdravnikovo nastopanje v javnosti je lahko polno pasti, a tudi priložnosti.

Treba se je zavedati tudi vseh negativnih posledic: prenašanih ali napačno interpretiranih izjav, nedoslednosti pri spoštovanju medicinske etike, možnih prizadetosti posameznika in njegove družine, negativen vpliv na ugled stroke ter zdravniškega poklica nasploh, zbujanje lažnega upanja v zvezi z novimi zdravili in s tehnikami zdravljenja itd. Na drugi strani so očitne dobre plati medijskih aktivnosti: sporočanje doseže veliko število ljudi, epidemiološko so sporočila lahko bistvenega pomena za zdravje in dobrobit ljudi, vsak nastop je tudi priložnost za uveljavljanje pozitivnega sporočanja in odnosa, tudi ugleda stroke, takojšnje sporočanje nas postavi na »ofenzivno« in onemogoči »defenzivno plat« itd.

V nekaterih zdravstvenih ustanovah in organizacijah so se za potrebe javnega nastopanja že vnaprej organizirali. Skladno z osebnostnimi lastnostmi posameznika so (seveda sporazumno) določili kontaktno osebo za take primere. Tak posameznik mora biti primerno komunikacijsko podkovan, pripravljen na pogoste stike z javnostjo in na tekočem z aktualnim dogajanjem. Komunikativnost kot osebna lastnost je zelo dobrodošla. Dobrodošla je tudi sposobnost koordiniranja: kadar sam ni dostopen ali primeren za določeno medijsko aktivnost, zna poiskati kvalificiranega in sposobnega namestnika.

Tudi vodstvene ustanove bi morale s pomočjo predstavnikov za stike z javnostjo opredeliti cilje sporazumevanja. Njihov predstavnik naj bi postal razpoznavna identiteta ter dober ugled organizacije (16). Dobri odnosi znotraj ustanove in uspešno sporazumevanje z javnostjo pomenijo dober ugled ustanove. Nasprotno pa slabi odnosi znotraj ustanove, pomanjkanje dogajanja in zmede ter pasiven odnos do javnosti povzročajo slab ugled ustanove (17).

Nedvomno ima tudi javno nastopanje svoje zakonitosti in pravila, ki jih kaže poznati ter upoštevati (18). Prvo pravilo pa je in ostaja pravilo sodelovanja z mediji: razen v izjemnih primerih je odgovor na povpraševanje medijev vsekakor potreben, skladno s priporočili (18). Odklonitev sodelovanja naj bo prej izjema kot pravilo.

SKLEP

Stiki zdravnika družinske medicine so na številnih področjih njegovega delovanja nujni in smiselni. Skladno z definicijo družinske medicine bogatijo in dopolnjujejo njegovo klinično dela znotraj strokovno medicinskega polja.

Njegovo delovanje in ravnanje mora biti v vsakem primeru etično.

LITERATURA

1. Borovečki A, Belicza B, Orešković S. 75th anniversary of Andrija Štampar School of Public Health - what can we learn from our past for the future? *Cr Med J* 2002; 43: 371-3.
2. Kersnik J, Švab I. (ur.). *Evropska definicija družinske medicine*. Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, Ljubljana 2004.
3. Kersnik J. Delo zdravnika družinske medicine. *Med meseč* 2006, 2; 2: 61-66.
4. Kersnik J (ur.). *Etika v družinski medicini*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2003.
5. Pesjak K. Posameznik in skupnost. In: Ilijaž R, Kersnik J, Turk H. *Družinska medicina v skupnosti*. Učno gradivo za 23. delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana, *Družinska medicina* 2006; 4(4):16-20.
6. Selič P. Nasilje v družini – odkrivanje, preiskovanje in medinstitucionalni prostor obravnave: nova znanja za družinsko medicino. V: Petek D, Kopčavar Guček N, ur. 35. srečanje delovnih skupin: Kakovostna obravnava bolnikov v družinski medicini. Zbornik predavanj. Združenje zdravnikov družinske medicine, Ljubljana, 2009: 115-25.
7. Argyle M. *The Social Psychology of Everyday Life*. London-New York: Routledge;1992.
8. Švab I. Primarno zdravstveno varstvi. In: Ilijaž R, Kersnik J, Turk H. *Družinska medicina v skupnosti*. Učno gradivo za 23. delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana, *Družinska medicina* 2006; 4(4):1-4.
9. Arhiv družboslovnih podatkov. Pridobljeno 20.09.2014 s spletne strani http://nesstar2.adp.fdv.uni-lj.si/webview/index/en/ADP/ADP-en.d.34/PB-Politbarometer-Slovenia.d.79/-PBSI1001-Politbarometer-PB01_10-Slovenia-January-2010.s.pbsi1001-en/Ocena-delovanja-dr-avnih-organov/fSection/pbsi1001-en_VG3F1.
10. Klančar D. Bolnik z duševno boleznijo v skupnosti. In: Ilijaž R, Kersnik J, Turk H. *Družinska medicina v skupnosti*. Učno gradivo za 23. delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana, *Družinska medicina* 2006; 4(4):158-165.
11. Dickey B, et al. Medicamorbidity, mental illness, and substance use disorders. *Psychiatr Serv* 2002 Ju; 53: 861-7.
12. Ministrstvo za zdravje. Koordinatorji obravnave v skupnosti. Dosegljivo 30.10 2014 na: http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/dusevno_zdravje/koordinator_obravnave_v_skupnosti/.
13. Caring for people with dementia. Dosegljivo 29.10.2014 na: URL: <http://www.dementia.com>.
14. Ullman T. The Last Word. The 'Hidden' Victims of Alzheimer's Disease. Dosegljivo na: URL: http://www.fda.gov/fdac/departs/2003/403_word.html.
15. Cvetko T. Naj se slišijo pobude iz skupine za samopomoč. V: Velikonja I. *Zdravstveni, pravni in socialni vidiki obravnave oseb z demenco*. 4. psiho-geriatrično srečanje Lipica. Ljubljana: Spominčica - združenje za pomoč pri demenci, Psihiatrična klinika Ljubljana, 2005: 193-7.
16. Drevenšek M. *Krizno komuniciranje v zdravstvu*. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družinske vede, 1999.
17. Rotar Pavlič D. Učinkovito sporazumevanje med javnimi ustanovami in mediji. V: Kersnik J. *Zdravnikovo delo izven ambulate*/18. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana, 2001: 145-52.

ODNOS ZDRAVNIKA DO BOLNIKOVE ZASEBNOSTI



Darinka Klančar¹

HIPOKRATOVA ZAPRISEGA

...9.



Prisežem na Apolona Zdravnika in Asklepija in Higiejo in Panakejo in na vse bogove in boginje ter jih kličem za priče, da bom to prisego in to pogodbo izpolnjeval po zmožnosti in presodnosti: da bom molčal o vsem, kar bom pri izvrševanju prakse ali tudi izven nje videl ali slišal o življenju in vedenju ljudi in česar ne gre obešati na veliki zvon, ker sem mnenja, da je take reči treba ohraniti zase kot (poklicno) skrivnost. Če bom torej to prisego vestno izpolnjeval in je ne bom prelomil, naj mi bo dana sreča in blagoslov v življenju in poklicu, da me bodo vsi ljudje imeli zmeraj v čislih, če pa jo bom prekršil in postal krivoprisežnik, naj me zadene nasprotno!

UVOD

Ena od šestih veščin zdravnika družinske medicine je v skladu z definicijo družinske medicine v osebo usmerjena oskrba. Gre za dolgotrajno oskrbo, v kateri je odločilno vključevanje bolnika skupaj z njegovimi pričakovanji in strahovi v prid čimboljše zdravstvene oskrbe. Zdravnik družinske medicine ni usmerjen v posamezne bolnikove organe ali posamezne simptome, ki jih le-ta navaja, temveč v bolnika kot celoto z vsemi njegovimi psihofizičnimi lastnostmi, prepričanji in odnosi, ki so posledica njegove etnične in kulturne pripadnosti in njegovih prepričanj. V tem dolgotrajnem odnosu se razvije visoka stopnja zaupnosti, ko bolnik v toku svojega življenja zaupa zdravniku podatke, ki jih sicer ne deli z nikomer, in pričakuje, da teh podatkov ne bo posredoval nikomur.

Na tem področju pa se tako kot sicer v družinski medicini pojavljajo omejitve, ko se zdravnik sooči s pričakovanji ali celo zahtevami bolnika, njegovih družinskih članov, svojih kolegov ali širše družbe, ki ogrožajo njun dolgotrajni profesionalni odnos.

¹ Prim. Darinka Klančar, dr. med., Zavod za zdravstveno dejavnost in svetovanje eVITA, Cesta pod Slivnico 21, 1380 Cerkno

Namen prispevka je osvetliti to področje omejitev, ki zdravnika pripeljejo v etično dilemo ali celo pred zahtevo, da krši zakonodajo. Področje je zelo obsežno in presega namen tega prispevka, zato so prikazane le posamezne dileme, da se zavemo številnih omejitev pri našem delu.

ZAUPNOST

Je temeljna značilnost zdravniškega poklica in osnova za vzdrževanje dolgotrajnega profesionalnega odnosa med zdravnikom družinske medicine in njegovimi bolniki (1). Je ključna nenapisana obljuba osebi, da podatkov, ki jih bomo pridobili o njej, brez njene privolitve ne bomo nikoli delili z nikomer drugim (2).

Bolniki z zdravstvenimi delavci, zlasti z zdravniki družinske medicine redno delijo svoje zasebne informacije. Če v tem procesu ni varovanja zasebnosti, bo odnos med zdravnikom in bolnikom močno okrnjen. Bolnik ne bo več pripravljen zaupati, zlasti, če gre za občutljive intimne podatke. To pomeni lahko, da bo manj pripravljen iskati uradno zdravniško pomoč, zanikal bo svoje težave, zlasti na področjih, ki v splošni družbi še vedno predstavljajo stigmo: duševne bolezni, težave v reprodukciji in s spolnostjo povezane bolezni - v strahu, da se te informacije ne bodo posredovale svojcem ali delovnemu okolju (3).

52

Gre torej za zelo ranljivo področje delovanja zdravnika družinske medicine in oviro v vzpostavljanju dolgotrajnega pristnega odnosa s svojim bolnikom. Pravica do varstva osebnih podatkov je urejena že v ustavi(4). Med osebne podatke uvrščamo tudi zdravstvene podatke (5).

Zaupnost je ena od ključnih nalog v medicinski praksi in pomeni zahtevo do izvajalcev zdravstvene oskrbe, da varujejo bolnikove zdravstvene podatke, razen če je doseženo soglasje med zdravnikom in bolnikom, da se le-te posredujejo tretji osebi. Zelo pomembno je, da zdravnik družinske medicine, zlasti na začetku svoje kariere, pozna in prepozna situacije, v katerih mora biti suveren na tem področju delovanja, z leti pa pridobi večšine obvladovanja teh situacij in s tem zaščiti varnost svojih bolnikov in prepreči svoje izgorevanje v težavnih situacijah.

POSREDOVANJE INFORMACIJ BOLNIKU IN NJEGOVIM SVOJCEM

Kaj pomeni zahteva po varovanju zaupnosti? Gre za posredovanje informacij o bolniku in varovanje teh informacij, da ne pridejo do drugih oseb. Zahteva po varovanju zaupnosti je definirana v Kodeksu medicinske deontologije Slovenije.

Obveščanje pacienta o njegovem zdravstvenem stanju mora biti vedno v njegovo dobro. Samo v posebnem psihičnem stanju bolnika obrazložitve niso priporočljive, če bi te mogle negativno vplivati na nadaljni potek zdravljenja. V takih primerih je potrebno seznaniti bolnikove svojce. Bolnika in njegove svojce obvešča o zdravstvenem stanju bolnika izključno zdravnik. Zdravnik ne sme dopustiti, da bi bolniku diagnozo bolezni sporočalo drugo zdravstveno osebje. Če zdravstveno stanje bolniku ne daje upanja na ozdravitev ali če mu celo grozi smrt, je zdravnikova dolžnost, da o tem obvesti tiste, ki so mu najbližji, če se bolnik sam ni odločil drugače. Zdravnik je razrešen poklicne molčečnosti, če na to pristane bolnik ali če je to nujno potrebno za dobrobit bolnika, njegovo družino ali družbo, oziroma, če tako določajo z zakonom sprejete posebne določbe. V primerih, ko bolnik zdravnika odveže dolžnosti poklicne molčečnosti, bo zdravnik pretehtal, kaj od sporočenega bi bolniku lahko škodovalo in katere podatke bo zadržal v tajnosti. (6,7)

V skladu z Zakonom o pacientovih pravicah je možno pravico bolnika do seznanitve z njegovimi zdravstvenimi podatki omejiti (zdravnik lahko izjemoma bolniku zamolči zdravstvene podatke), če gre za zdravstveno korist bolnika. (8) Gre za »terapevtski privilegij« oziroma »obzirni molk zdravnika«. (9)

Kako ravnati v primeru, ko družinski član vpraša, kako je z njegovim bližnjim?

Zdravnik družinske medicine je neizogibno vključen v primere, ko svojec poizveduje, kako je z njegovim bližnjim. Čeprav je zdravnik dobronameren, v nobenem primeru ne sme posredovati teh informacij družinskim članom. Ta obveza velja tudi po bolnikovi smrti. Zdravnik pa je razrešen poklicne molčečnosti, če na to pristane bolnik ali če je to nujno potrebno za dobrobit bolnika, njegovo družino ali družbo.

Primer 1:

Zdravnik je klican k svojemu bolniku na hišni obisk. Kliče hčerka, ki ga je pripeljala iz bolnice, kjer so mu postavili diagnozo inoperabilnega karcinoma želodca z metastazami v jetrih. Zdravnik je v bolnišnici o tem obvestil bolnikovo ženo in hči, z bolnikom se ni nihče pogovoril. Hči pričakuje od zdravnika, da se bo z očetom ustrezno pogovoril, družini pa dal napotke, kako naprej.

Kako bo v tem primeru reagiral zdravnik?

Zdravnik ima na tem hišnem obisku več vlog. Prva je pregled medicinske dokumentacije in razgovor z bolnikom. Tu ni enostavnega recepta, kaj naj bolniku pove. Ali naj mu enostavno pove, da ima neozdravljivo obliko raka in da medicina ne zna več pomagati ali pa naj uporabi ogujleno frazo o neki »buli v trebuhu, ki zaenkrat ni za operirati...«? Samo dobro poznavanje bolnika mu nekoliko olajša to težko nalogo. Če je bil bolnik vse življenje zaprt vase in ni zahteval posebnih informacij ter se je izogibal zdravstvene pomoči, lahko informacija, da bo kmalu umrl, pomeni, da ga ubijemo z besedo, preden umre.

Druga naloga pa je iskren razgovor s svojci. V tem razgovoru ne kaže slepomišiti, ampak iskreno povedati, kaj je pričakovati in kako s skupnimi močmi bolniku zagotoviti čimvečjo kakovost življenja. Ostaja pa etična dilema, ali zdravnik v tem primeru res deluje iskreno in je vreden bolnikovega zaupanja? Ali je bolnišnični zdravnik deloval v prid bolniku, ko je izdal njegove podatke svojcem?

Oskrba bolnika pogosto zahteva, da se podatki o bolnikih obravnavajo znotraj tima zdravstvene oskrbe. Vsi člani tima imajo dostop do zaupnih podatkov o bolnikih, hkrati pa prevzemajo dolžnost varovanja teh podatkov(10). Elektronske zdravstvene kartoteke predstavljajo velik izziv za zaupnost (11,12) in veliko možnost za nenadzorovan dostop iz katerekoli lokacije. Vse zdravstvene inštitucije morajo razviti sisteme varovanja podatkov in ta proces je večinoma razlog, da v naši državi tako počasi napredujemo z elektronsko izmenjavo podatkov.

Mnogi bolniki se ne zavedajo ali pa narobe razumejo svojo pravno in etično pravico do zaščite zaupnosti zdravstvenih podatkov. To vodi do precenjevanja ali podcenjevanja te pravice. Bolnik lahko pričakuje od zdravnika, da bo varoval njegove podatke tudi za ceno kršenja zakonodaje ali na škodo drugih oseb. Lahko pa bolnika skrbi možnost, da bi se zaupni zdravstveni podatki razkrili zaposlenim v zdravstveni organizaciji, delodajalcu ali zavarovalnicam in zato odlaša z iskanjem zdravniške pomoči ali jo celo odkloni. Če bolnik torej dvomi, da bo podatek varovan, ga bo zavaroval sam, lahko tudi na škodo svojega zdravlja. (13,14)

Primer 2:

V ambulanto družinske medicine prihaja 35-letni bolnik in prinaša izvide anonimnega testiranja, kjer je bilo ugotovljeno, da je HIV pozitiven. Zdravnika prosi, da tega ne pove njegovi ženi, ki je prav tako pacientka v tej ambulanti. Prav tako ne želi, da zdravnik naredi prijavo nalezljive bolezni na Zavod za zdravstveno varstvo.

Kako bo v tem primeru reagiral zdravnik?

Očitno gre za veliko dilemo oziroma omejitev v vzdrževanju dolgotrajnega pristnega odnosa z bolnikom v prid čimboljše zdravstvene oskrbe na eni strani in pretirana pričakovanja bolnika, da bo zdravnik z varovanjem njegovih podatkov tvegala škodo v zdravstvenem izidu druge osebe. Gre tudi za zahtevo po kršitvi zakonsko obvezne prijavitvene dolžnosti (prijava nalezljive bolezni). Zdravnik se mora v razreševanju dileme, pred katero je postavljen, vedno vprašati ali bo njegova odločitev, da varuje podatke svojega bolnika, komu škodila. Če je odgovor DA, je odločitev lažja, ostaja pa etična dilema v odnosu do svojega bolnika.

Primer 3:

68-letni bolnik, ki sicer nima diagnoze s seznama psihiatričnih obolenj, zdravniku specialistu družinske medicine pove, da ne more več prenašati bližine svoje žene, ker ga ta spravlja v obup s svojim vedenjem. Odločil se je, da jo bo odstranil ob prvi priliki. Ne ve še, ali bo nabavil strup ali bo enostavno ponoči uporabil blazino.

55

Kako bo v tem primeru reagiral zdravnik?

Bolnik pričakuje absolutno varovanje tega zaupnega podatka in seveda ne upošteva zakonske prijavitvene obveznosti, ki obvezuje zdravnika, da prijavi vsak sum nasilja po tretji osebi. Morda pa pacientova namigovanja niso resna, zdravnik ga bo prijavil policiji in s tem zapravil njegovo zaupanje.

Primer 4:

56- letni bolnik, ki je sicer eden »tihih« pacientov, torej ne obiskuje ambulante, prihaja v ambulanto s prošnjo po izdaji zdravniškega potrdila, ki ga potrebuje za odobritev kredita na banki. Sestavni del tega potrdila so podatki o eventuelnih kroničnih boleznih. Bolnik odkloni preiskave, ker se boji, da se bo odkrila kakšna patologija (pred leti je imel mejno povišan sladkor) in pričakuje od zdravnika potrdilo brez dodatnih preiskav.

Kako bo v tem primeru reagiral zdravnik?

V tem primeru gre na eni strani do precenjevanja pravice po zaupnosti, na drugi pa za varovanje podatkov na bolnikov način. Pričakovanja bolnika so tako nerealna, da zdravnik nima dileme, kako ukrepati. Toda če potrdila ne izda, tvega, da bo bolnik poslej še redkeje obiskal ambulanto, prikrival potrebo po zdravstveni oskrbi in tvegala slab zdravstveni izid.

Primer 5:

V ambulanto prihaja 16- letna pacientka s prošnjo po »jutranji tabletki« saj je imela nezaščiten spolni odnos s starejšim moškim.

56

Kako bo v tem primeru reagiral zdravnik?

Glede strokovnega ukrepanja sicer ni dileme, pojavlja pa se širši kontekst odnosa starejšega moškega z mladoletnico, vprašanje eventuelne zlorabe in vprašanje obveščanja svojcev, saj gre za mladoletno osebo. Zakonodaja v Sloveniji je sicer jasna: zdravnik sme izdati zdravstvene podatke mladostnika(ce) staršem le do petnajstega leta starosti. (8) Zdravnik pa vseeno čuti dolžnost preprečiti eventuelno nasilje, spolno zlorabo ali neželjeno nosečnost pri mladoletnici, ki absolutno ni pripravljena zaupati staršem, ki so ločeni.

V primerih, ko bolnik zdravnika odveže dolžnosti poklicne molčečnosti, bo zdravnik pretehtal, kaj od sporočenega bi bolniku lahko škodovalo in katere podatke bo zadržal v tajnosti. Tu je zdravnik pogosto v veliki etični dilemi, ki je ena glavnih ovir v družinski medicini.

MEDICINSKA DOKUMENTACIJA IN POSREDOVANJE INFORMACIJ BOLNIKU TER MED ZDRAVNIKI

Lastnik fizične oblike zbirke podatkov v papirni ali elektronski obliki je vsakokratni upravljavec zbirke, torej tudi osebni zdravnik, ki je dolžan hraniti originalne dokumente, ki vsebujejo zdravstvene podatke. (15)

V Sloveniji si specialisti družinske medicine izmenjujejo zdravstvene podatke zavarovanih oseb z ostalimi specialisti na več načinov. V slovenski ureditvi deluje izbrani osebni zdravnik kot vratar v koriščenje zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja do posameznih zdravnikov specialistov. (16) Pristojnosti in naloge izbranega osebnega zdravnika kot upravljavca zdravstvenih podatkov ureja več predpisov. (5, 17-22)

Vsak bolnik ima pravico do neoviranega vpogleda v svojo zdravstveno dokumentacijo, lahko prepisuje, zahteva fotokopije ali drugačno reprodukcijo in zahteva podatek, kam so podatki posredovani. Izvajalec zdravstvenih storitev lahko v tem primeru za prepis zdravstvenih podatkov zaračuna zavarovani osebi dejanske stroške preslikav ali druge reprodukcije po določenem ceniku. (5,8) Gre za materialne stroške preslikave in ne za opravljanje zdravniških storitev. Zato velja tarifa v skladu s posebnim Pravilnikom. (23) Izvajalec zdravstvenih storitev mora zagotoviti fotokopiranje, ne sme pa dokumentacije izročiti bolniku, da si jo fotokopira sam. Izbrani osebni zdravnik pa je dolžan občasno posredovati zdravstvene podatke tretjim osebam, na podlagi zakona ali bolnikove osebne privolitve. (5)

V praksi gre najpogosteje za posredovanje zdravstvenih podatkov pooblaščenim specialistom medicine dela prometa in športa. Na tem področju vlada velika neenotnost v načinu posredovanja dokumentacije, kar pogosto ruši dober odnos med zdravnikom in bolnikom. Dolžnost posredovanja zdravstvenih podatkov delavcev, ki jih hrani izbrani osebni zdravnik, pooblaščenemu zdravniku določa na podlagi ZVZD sprejeti pravilnik. (24) V kartotekah družinske medicine (25) so pogosto zabeleženi posebej občutljivi podatki (26) (genska obremenjenost, podatki o splavih, spolnih boleznih, podatki o svojcih, kontracepcijskih sredstvih, sterilizaciji, vazektomiji, spolni usmerjenosti, posvojenih otrocih, uporabi tobaka, podatki o uživanju alkohola, družinskem nasilju...). Bolnik ima pravico, da odkloni posredovanje vseh ali nekaterih zdravstvenih podatkov.

Žal pa je stalna praksa zahteva po posredovanju vseh originalnih osebnih zdravstvenih podatkov ali celo kar originalnih kartotek, čeprav originalne zdravstvene kartoteke ne smejo zapuščati prostorov upravljavca. Izbrani osebni zdravnik praviloma ne vodi evidenc, kateri osebni podatki so bili posredovani, komu, kdaj, niti ne pridobi pacientovega soglasja. V praksi se le redko dogaja, da v ambulantah družinske medicine specialist družinske medicine ali sestra kopirata ustrezno zdravstveno dokumentacijo in jo posredujejo pooblaščenemu specialistu medicine dela. Dilema je, kaj je sploh ustrezna dokumentacija, saj specialistu družinske medicine niso poznane ocene tveganja delovnih mest njegovih pacientov. Naslednja dilema je logistika izvedbe: kdaj najti čas za fotokopiranje obsežne kartoteke (v ordinacijskem času ZZZS?) in komu izstaviti račun za stroške tega dela (pacientu, delodajalcu).

Tudi vprašanje posredovanja originalne zdravstvene dokumentacije za potrebe odvetnikov in zavarovalnic sproža razne konflikte v odnosu zdravnik- bolnik. Mnogi zdravniki kršijo osnovna načela zaupnosti in (dobronamerno) posredujejo bolnikove zdravstvene podatke odvetniku, ki zagovarja njegove interese v pravnem postopku z rentnimi težnjami.

58

Primer 6:

Zdravnik specialist družinske medicine dobi pisno obvestilo zavarovalnice, da naj posreduje zdravstveni karton svojega bolnika, ki uveljavlja zavarovalnino v zvezi s poškodbo z naslova nezgodnega zavarovanja. Pri tem posreduje bolnikovo izjavo, ki jo je podpisal ob sklenitvi zavarovanja, da zavarovalnici dovoljuje vpogled v njegovo dokumentacijo.

Kako bo v tem primeru reagiral zdravnik?

Zdravnika omenjena izjava ne sme zavesti, saj s to izjavo bolnik zdravnika ne odvezuje moččnosti. Ljudje ob sklepanju raznih zavarovanj ne računajo na dolgoročne posledice svojih pooblastil, ki jih v drobnem tisku dajejo zavarovalnicam. Kot bolnikovo dovoljenje, ki zdravnika konkretno odvezuje poklicne molčečnosti šteje le pisna izjava, v kateri za določeno zadevo zdravniku dejansko dovoljuje, da posreduje njegove podatke osebi ali instituciji, ki jo navede v izjavi. Zdravnik mora v danem primeru od zavarovalnice zahtevati podatke o zdravniku izvedencu za ta primer in samo ta ima pravico do vpogleda v dokumentacijo, ne pa do celotne zdravstvene kartoteke.

SKLEP

V odnosu zdravnik bolnik se pojavljajo omejitve, ko se zdravnik sooči s pričakovanji in zahtevami bolnika, njegovih družinskih članov, svojih kolegov ali širše družbe, ki lahko porušijo zaupanje bolnika. Zdravnik se pogosto znajde v etični dilemi ali celo pred zahtevo, naj krši zakonodajo. Najbolj neenotno in neurejeno pa je podoročje posredovanja zdravstvenih podatkov med zdravniki, tak primer je medicina dela. Na tem področju bi morali poleg pravilnikov in številnih mnenj sprejeti ustrezen zakon o posredovanju zdravstvenih podatkov.

Zaupnost je temelj odnosa zdravnik- bolnik, na tem področju pa se pojavljajo resne omejitve v vzdrževanju partnerskega odnosa, ki so ponavadi posledica prevelikih pričakovanj s strani bolnika, pomanjkanja znanja in izkušenj s strani zdravnika ter neusklajene področne zakonodaje.

LITERATURA

1. Kersnik J. Švab I.: Evropska definicija družinske medicine Ljubljana: združenje zdravnikov družinske medicine –SZD, 2004
2. Halevy A. Confidentiality. In: Sugarman J. Ethics in Primary Care. New York: McGraw-Hill; 2000.
3. Emanuel E.J, Linda L. Emanuel L.L.. Four Models of the Physician-Patient Relationship; JAMA. 1992;267(16):2221-2226..
4. Pirc Musar N. Neodvisni nadzor in varstvo osebnih podatkov. Pravna praksa 2006; 35: 6–10.
5. Zakon o varstvu osebnih podatkov–ZVOP-1 2004. Ur I RS 86/04 do 67/07, 94/7-UPB1.
6. Kodeks medicinske etike. *dostopno na* <http://www.zdravnikazbornica.si/zzs.asp?FolderId=386>
7. Švab I. Načela družinske medicine. In. Švab I. Pavlič Rotar D, eds. Družinska medicina. Ljubljana, Združenje zdravnikov za družinsko medicino SZD; 2002: 14-17.
8. Zakon o pacientovih pravicah–ZPacP 2008. Ur I RS 15/08.
9. Odločba Informacijske pooblaščenke št. 0710– 1/2010, z dne 09. 08. 2010.
10. De Bord J, Burke W, Dudzinski D.M. Confidentiality. Ethics in Medicine. University of Washington School of Medicine; 2013
11. Iljaž R. Elektronski zdravstveni zapis in "online" zdravstvene storitve v osnovnem zdravstvu. Informatica Medica Slovenica 2005; 10(1)
12. Waegemann CP. EHR vs. CCR: What is the difference between the electronic health record and the continuity of care record? Medical records institute; 2002.
13. Sankar P, Mora S, Merz JF, Jones NL. Patient perspectives of medical confidentiality: a review of the literature. J Gen Intern Med. 2003 Aug;18(8):659-69.
14. Suchman A.L. Research on patient-clinician relationships: celebrating success and identifying the next scope of work. J Gen Intern Med.; 2003
15. Mnenje informacijske pooblaščenke št. 0712–833/2007/2, z dne 17. 09. 2007.
16. Strban G. Pravica do izbire osebnega zdravnika. Delavci in delodajalci 2004; 1: 27–48.

17. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva–ZZPPZ 2000. Ur I RS 65/00.
18. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju–ZZVZZ 1992. Ur I RS 9/92 do 76/08.
19. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja 1994. Ur I RS 79/94 do 30/11.
20. Zakon o zdravstveni dejavnosti–ZZDej 1992. Ur I RS 9/92 do 23/08.
21. Zakon o zdravniški službi–ZZdrS 1999. Ur I RS 98/99 do 58/08.
22. Zakon o duševnem zdravju–ZDZdr 2008. Ur I RS 77/08.
23. Pravilnik o zaračunavanju stroškov pri izvrševanju pravice posameznika do seznanitve z lastnimi osebnimi podatki 2007. Ur I RS 85/07 Zakon o pacientovih pravicah–ZPacP 2008. Ur I RS 15/08.
24. Pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev. Ur I RS 87/02 do 124/06. Pravilnik ostaja v veljavi tudi po uveljavitvi ZVZD-1 (82. Člen ZVZD-1)
25. Obrazec kartoteke splošne/družinske medicine, DZS d.d.,Založništvo tiskovin-Obr. 8.4.
26. Strban G, Gradišek A, Balažic J. Izmenjava medicinske dokumentacije med izbranimi osebnimi zdravniki in pooblaščenimi zdravniki delodajalca. Zdrav Vestn 2011; 80: 775–84

OMEJITVE ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE S STRANI DRUŽINE IN DRUŽBE



Barbara Jemec-Zalar¹

Primer:

V ambulanto prihaja 60-letna gospa zaradi bolečine za prsnico, ki traja že dva dneva. Ob tem ji močno razbija srce. Bolečina se ne širi nikamor, težav z dihanjem nima. Lahko gre normalno v drugo nadstropje. Podobne težave je do sedaj že imela. Minile so same od sebe. Po daljšem pripovedovanju pove, da do bolečine pride po navadi po prepiru ali celo pretepu z možem, ko naj bi »pregloboko pogledal v kozarec«. Večkrat so jih že prijavili na policijo, vsakič dobi kazen zaradi rušenja javnega reda in miru, ki je ne more plačati, ker nima denarja. Od ostalih bolezni ima arterijsko hipertenzijo, ki ni najbolje urejena. Jemlje enega od ACE inhibitorjev. Včasih pozabi vzeti zdravila. Je nekadilka. Občasno (približno 4x tedensko) spi 2 dcl vina, kar se ji ne zdi preveč. Vozniškega izpita nima, živi v majhnem hribovskem naselju, od zdravstvenega doma je z avtom oddaljena približno pol ure. V času šole vozi tam dvakrat dnevno šolski avtobus. V zaselku živijo še dvoji sosedje. Doma imajo manjši vinograd. Ima dva sinova, ki sta si ustvarila družini v sosednjem kraju.

Zdravnik pri pregledu ugotovi sinusno tahikardijo (106/min), brez šumov v predelu prsnega koša, RR 160/94, prsni koš je palpatorno neboleč. Je prekomerno prehranjena (BMI 32). Edemov nima, ima izražene varice na nogah in nekaj hematomov v izvenevanju. En hematoma ima tudi na levem licu, na desni nadlakti in na desni strani prsnega koša. Na dodatno vprašanje pove, da je to dobila ob padcu po stopnicah, vendar se ne spomni več točno, kdaj. Na EKG posnetku je vidna sinusna tahikardija in dve ekstrasistoli, ostalo brez posebnosti.

¹ Asist. **Barbara Jemec-Zalar**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

Zdravnik se odloči, da gre za atipično prsno bolečino in organizira napotitev v klinični center zaradi možnosti kardiološke intervencije v spremstvu medicinske sestre in na monitorju. Gospa se zahvali za napotitev. Pove, da ji bo najbolj pomagalo, da gre za nekaj dni stran od moža.

V kliničnem centru ugotovijo, da gre za atipično prsno bolečino, izključijo možnost svežega miokardnega infarkta. Svetujejo ureditev arterijske hipertenzije.

Zdravnik pokliče na center za socialno delo in na policijo. Na policiji povedo, da za primer vedo, da so že velikokrat napisali kazen za kršenje javnega reda in miru. Drugega jim ne preostane. Ne vedo, kdo je glavni za njune spore. Na centru za socialno delo tudi poznajo primer. Gospe so ponudili že več rešitev, vendar se ni za njih odločila.

Gospa ob naslednjih obiskih pove, da se bo odselila od moža k sinovi družini. Za materinski dom se ni odločila, ker je samo začasna rešitev. Denarja, da bi lahko živela sama, nima. Ima samo nekaj let delovne dobe kot delavka za tekočim trakom. Kasneje je bila zavarovana po možu. Enkrat je že zaprosila za socialno pomoč. Gospa se je za nekaj mesecev res preselila k sinovi družini. Razen nekaj sporov s snaho se je dobro počutila. V tem času je manj prihajala v ambulanto. Nato jo je poklical po telefonu mož. Se ji opravičil in rekel, da jo pogreša. Da nima nikogar, ki bi zanj pral in kuhal. Gospa se je odločila, da se vrne k njemu. Nekaj tednov sta imela manj prepиров, nato pa se je zgodba ponovila.

Odnos zdravnika do družine

Zdravnik družinske medicine je, kot že ime specializacije pove, lahko močno razpet med družinske člane bolnikove družine, kar je predvsem močno izraženo na podeželju. Po drugi strani pa je kar nekaj omejitev, ki ovirajo njegovo delo. Hkrati pa ne moremo prezreti dejstva, da tudi izkušnja lastne družine vpliva na zdravnika, ravno tako pa njegovo delo vpliva na zdravnikovo družino.

Značilnosti odnosa zdravnika do družine so naslednje (1):

- sprejemanje družine take, kot je;
- stalna posredna prisotnost v družini, kar pomeni, da se družina lahko zateče k njemu po pomoč, ko jo najbolj potrebuje;
- povezanost se kaže s poglobljenimi odnosi med zdravnikom in družinskimi člani;
- vzajemnost odnosov se kaže tako, da se v medsebojnih stikih bogatita in razvijata oba: družina in zdravnik

Zdravnik družinske medicine mora kot zunanji pomočnik družine oceniti zmožnosti družine pri reševanju njenih težav in ji pomagati, da se s težavo seznaní na ustrezen način, se nauči z njo živeti in se jo nauči reševati v okviru svojih zmožnosti. Zdravnik v tej vlogi nastopa kot »zdravilo«. S poslušanjem vseh družinskih članov jim omogoči, da »prezračijo« svoje stiske in se ob tem sprostijo. Z večjim sporazumevanjem lahko uspešno zmanjša zaskrbljenost in tako pomaga družini, da lažje vključi svoje sile pri spopadanju z lastnimi težavami (2).

Za zdravnika družinske medicine je zelo pomembno poznavanje odnosov med družinskimi člani. Pogosto se dogaja, da prihajajo v nefunkcionalnih družinah družinski člani pogosteje v ambulanto družinske medicine, pa tega zdravnik sprva ne zna povezati z odnosi, ki vladajo v družini (3). Ko pride bolnik v našo ambulanto, se je potrebno vprašati, ali niso morda težave, zaradi katerih prihaja k nam, povezane z ostalimi družinskimi člani in ali so zmožni sami te težave rešiti (4). Vprašanje je, do kakšne mere lahko kot zdravniki družinske medicine posegamo v družinsko okolje naših bolnikov. V nadaljevanju bom opisala nekaj primerov, kjer lahko naletimo na ovire pri sodelovanju z družinskimi člani bolniki: družina, v kateri je prisotno nasilje; družina s članom družine, ki je odvisnik; starši, ki nasprotujejo zdravljenju svojih otrok; in paliativno zdravljenje družinskega člana.

Omejitve zdravnika družinske medicine pri družini, v kateri je prisotno nasilje

Družinska medicina razume kot nasilje v družini telesno, spolno in duševno zlorabo, nasilje med partnerjema in nasilje nad starejšimi in otroki (5).

Prva omejitev zdravnika je v tem, da pogosto za nasilje sploh ne izve. Nasilju v svojem domu je bilo vsaj enkrat v življenju izpostavljeno 30% žensk, vendar o nedavnem nasilju v družini poroča le 4% žensk. Strah pred stigmatizacijo naj bi bila glavna ovira za sporočanje o nasilju s strani bolnika. Na strani zdravnika naj bi bila vrsta ovir: pomanjkanje izkušenj pri obravnavi takih dogajanj, nepopolno poznavanje mreže proti nasilju v skupnosti, strah pred ogrožanjem odnosa med bolnikom in zdravnikom, pomanjkanje časa, izobrazbe in kontrole, neredni obiski bolnikov, neodzivnost bolnikov na vprašanja o nasilju, občutek lastne nemoči in nesposobnosti za reševanje tovrstnih težav bolnikov (5).

Na področju preprečevanja nasilja v družini je malo intervencijskih raziskav. Glede na letošnje smernice NICE pa dosedanje raziskave na tem področju kažejo, da so tudi manjše intervencije smiselne in sprejemljive tudi iz ekonomskega stališča, saj družinsko nasilje povzroča precejšnje stroške. Smernice priporočajo predvsem izobraževanje vseh zdravstvenih profilov o nasilju v družini (6).

Omejitve zdravnika družinske medicine pri družini z bolnikom, ki je odvisen od alkohola

64

Pri bolniku z odvisnostjo od alkohola ali prepovedanih drog ima družina in ravno tako posameznikova družba zelo močan vpliv. Dostikrat sama družina in družba spodbujata k pitju alkohola ob različnih slavnih, pa tudi ob preganjanju »žalosti«. Problem pa nastopi, ko posameznikovo pitje alkohola preide v tvegano pitje ali celo v odvisnost. Družina pogosto to zanika in s tem ohranja vzorce vedenja (7). Na Japonskem Arai s sodelavci ugotavlja, da gre bolnik preko več faz, ko od »zdravega« pitja preide v odvisnost: 1. Bolnik ima koristi od pitja alkohola. 2. Pobeg iz resničnosti, ki jo težko prenaša. 3. Bolnik ima z zdravjem povezane težave. 4. Bolnik težko vzdrži brez alkohola. Te faze se lahko med seboj tudi prepletajo in v vsaki od teh faz ima družina svojo vlogo (8).

Eden od razlogov za zanikanje odvisnosti od alkohola, s čimer je tudi povezano, da družina ne išče pomoči, je gotovo strah pred odrinjenostjo iz družbe in strah pred zaničevanjem s strani družbe (9,10).

Izobraževanje zdravnikov glede škodljivega pitja alkohola in odvisnosti je eden od pomembnih dejavnikov, da se zdravniki posvetijo temu problemu pri bolniku in družinskih članih bolnika. V slovenski raziskavi Kersnik s sodelavci v raziskavi s fokusnimi skupinami ugotavlja, da se zdravniki družinske medicine ne poslužujejo kratke intervencije za zmanjšanje pitja alkohola, ker se srečujejo s pomanjkanjem motivacije, s pomanjkljivim znanjem, s pomanjkanjem podpore družbe in ostalimi težavami (11). Malet s sodelavci ugotavlja, da izobraževanje zdravnikov privede do dolgotrajnejše abstinence od alkohola pri bolnikih odvisnih od alkohola (12).

Omejitve zdravnika družinske medicine pri zdravljenju otrok, kjer se starši ne strinjajo z zdravljenjem

Z zdravljenjem otrok se srečujemo določeni zdravniki specialisti družinske medicine, ker poleg odrasle pokrivamo pediatrično populacijo zaradi pomanjkanja pediatrov. Včasih lahko pride do kakšnega konflikta, ker se starši ne strinjajo z zdravljenjem svojih otrok glede na medicinsko doktrino in iščejo alternativne metode zdravljenja ali enostavno le opuščajo zdravljenje, ki bi bilo koristno za otroka.

65

Naštela bom nekaj primerov. Vse pogosteje se srečujemo z nasprotniki cepljenj. Glede na študije imajo starši, ki se ne strinjajo s cepljenjem večinoma pomanjkljivo znanje o cepivih, pogosto se sklicujejo na neosnovana sporočila iz javnih medijev in interneta (13). Na prvem mestu je gotovo dobra komunikacija s starši. Pri nekaterih s pogovorom pomirimo njihove strahove, drugi pa vztrajajo na svojih prepričanjih. Pri takih nam ne preostane drugega kot prijavljanje na zdravstveni inšpektorat, da zaščitimo sebe in tudi preprečimo, da ne bi bilo takšnih necepljenih otrok preveč, ker s tem tvegamo izbruhe nalezljivih bolezni (14).

Drug problem so kronične bolezni, ki jih starši zanikajo ali se zaradi strahu pred stranskimi učinki zdravil odločijo, da otrokom ne bodo dajali zdravil. Kot primer navajam astmo, ki jo zdravijo samo z olajševalci, preventivnih zdravil pa ne dajejo ali nanje enostavno pozabijo, ko je nekoliko bolje. Tudi tu je zelo pomembna dobra komunikacija s starši, enostavna razlaga, postavljanje odprtih vprašanj, izjav otrok in staršev ne vrednotimo... Podobno je tudi pri sporočanju slabe novice (15).

Poseben problem je tudi zdravljenje debelosti otrok, ki je pogosto neuspešno. Težave, ki se pojavljajo so: zanikanje problema, slabe prehranjevalne navade so prisotne v celotni družini, potrebno bi bilo vložiti veliko truda v spremembo prehranjevalnih navad (16).

Omejitve zdravnika družinske medicine pri družini z umirajočim bolnikom

Pri umirajočem bolniku se zdravnik sreča tudi s svojci umirajočega. Pogosto ti bližajoče smrti svojega bližnjega ne sprejemajo in želijo zdravljenje za vsako ceno podaljšati, da bi ohranili svojega bližnjega. Poseben problem lahko nastopi, ko kličejo ekipo dežurne službe, ko bolnik umira, dežurna ekipa pa ne ve, da gre za bolnika, ki potrebuje zgolj paliativno oskrbo.

Podobni situaciji bi se lahko izognili z dovolj zgodnjim sestankom z vsemi družinskimi člani umirajočega, ki bodo zanj skrbeli v času pred smrtjo in se z njimi pogovoriti, kaj lahko sami naredijo, kako lahko pomagajo umirajočemu, kaj lahko pričakujejo, kdaj naj se obrnejo po pomoč in kam (17,18).

66

Omejitve zdravnika družinske medicine s strani lastne družine

Na kratko bom omenila še eno področje, ki pa je nekoliko drugačno. Ne gre namreč za bolnikovo družino, ampak za zdravnikovo. Zagotovo se strinjamo, da je drugače, če imamo kot zdravniki doma družino, kot če jo nimamo.

Zaradi nočnega, izmenskega dela lahko trpi celotna zdravnikova družina. Podoben vpliv ima tudi stalna pripravljenost. Heponiemi s sodelavci na Finskem opaža, da delo v stalni pripravljenosti povzroča težave s spanjem in težave z družino (19). Delgado s sodelavci v Španiji ugotavlja, da je konflikt med delom in družino pri zdravnikih v osnovnem zdravstvu povezan s psihičnim in telesnim zdravjem pri obeh spolih (20). Na Hrvaškem Gregov s sodelavci ugotavlja, da so bolj izpostavljeni konfliktu med delom in družino zdravniki, ki delajo v urgentnih službah kot tisti, ki delajo v zdravstvenih centrih (21).

SKLEP

V prispevku omenjam nekatere omejitve, s katerimi se srečujemo kot zdravniki družinske medicine. Problem je sodelovanje s svojci bolnikov, ki se ga da s pravilno komunikacijo in izobraževanjem zdravstvenih delavcev izboljšati. Ne smemo pa pozabiti tudi na konflikt med bolnikovo družino in njegovim delom. Tudi ta konflikt vodi v izgorevanje zdravnikov v družinski medicini.

LITERATURA

1. Kersnik J. Osnove družinske medicine: učbenik za študente medicine v 4. letniku MF UM. 1. izd. Maribor: Medicinska fakulteta; 2007:293
2. Rotar Pavlič D, Pesjak K. Družina. In: Švab I, Rotar Pavlič D. Družinska medicina: učbenik. Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Ljubljana; 2012: 306-310
3. Tomori M. Družinski zdravnik in odnosi v družini. Spletni vir. Dostopno dne 3.6.2014 na http://med.over.net/javne_datoteke/novice/datoteke/7874-ZDRAVNIKcDRUZINSKEcMEDICINEcINcODNOSIcVcDRUZINI.doc
4. Čebašek Travnik Z. Družine, ki same ne zmorejo rešiti svojih težav. Spletni vir. Dostopno dne 3.6.2014 na www.drmed.org/javne.../7287-DruzineCckicsamecnecmorejo.doc
5. Selič P. Nasilje v družini. In: Švab I, Rotar Pavlič D. Družinska medicina: učbenik. Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Ljubljana; 2012: 322-325
6. National Institute for Health and Care Excellence. Domestic violence and abuse: how health services, social care and the organisations they work with can respond effectively. NICE public health guidance 50. Feb 2014. Dostopno dne 12. 6. 2014 na www.nice.org.uk.
7. Kolšek M. Pitje Alkohola. In: Švab I, Rotar Pavlič D. Družinska medicina: učbenik. Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Ljubljana; 2012: 101-111
8. Arai K, Morita N, Nirasawa H. [Awareness of pre-alcoholics and changes process in their awareness--analysis of narratives by patients and their families]. Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi. 2013 Jun;48(3):198-215.
9. To SE, Vega CP. Alcoholism and pathways to recovery: new survey results on views and treatment options. MedGenMed. 2006 Jan 4;8(1):2.
10. Sułek J, Korczak-Dziurdzik A, Korbek-Pawlas M, Lyznicka M, Czarnecki D. Attitude toward alcoholics and their families. J Physiol Pharmacol. 2006 Sep;57 Suppl 4:349-58.
11. Kersnik J, Poplas Susic T, Kolšek M, Svab I. What may stimulate general practitioners to undertake screening and brief intervention for excess alcohol consumption in Slovenia? A focus group study. J Int Med Res. 2009 Sep-Oct;37(5):1561-9.
12. Malet L, Reynaud M, Llorca PM, Falissard B. Impact of practitioner's training in the management of alcohol dependence: a quasi-experimental 18-month follow-up study. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2006 Jul 14;1:18.
13. Bégué P. [Vaccine refusal and implications for public health in 2012]. Bull Acad Natl Med. 2012 Mar;196(3):603-17; discussion 617-20.

14. Obrazec za prijavo necepljenih oseb na zdravstveni inšpektorat. Spletni vir. Dostopno dne 15. 6. 2014 na www.ivz.si/cepljenje/strokovna_javnost/obrazci?pi=18&_18_view=item&_18_newsId=1033&pl=255-18.0.
15. Bürger Lazar M, Kodrič J. Psihološki vidiki otroštva in mladostništva. In: Kržišnik et al. *Pediatrics, DZS, Ljubljana*; 2014: 60-61.
16. Nogueira TF, Zambon MP. Reasons for non-adherence to obesity treatment in children and adolescents. *Rev Paul Pediatr*. 2013 Sep;31(3):338-43.
17. Rhondali W, Dev R, Barbaret C, Chirac A, Font-Truchet C, Vallet F, Bruera E, Filbet M. Family Conferences in Palliative Care: A Survey of Health Care Providers in France. *J Pain Symptom Manage*. 2014 Apr 25.
18. Wallace CL. Family communication and decision making at the end of life: A literature review. *Palliat Support Care*. 2014 Apr 28:1-11.
19. Heponiemi T, Puttonen S, Elovainio M. On-call work and physicians' well-being: testing the potential mediators. *Occup Med (Lond)*. 2014 Mar 22. [Epub ahead of print]
20. Delgado A, Saletti-Cuesta L, López-Fernández LA, Toro-Cárdenas S. [Familial characteristics and self-perceived health among female and male primary care physicians in Andalusia (Spain)]. *Gac Sanit*. 2013 Nov-Dec;27(6):508-15.
21. Gregov L, Kovačević A, Slišković A. Stress among Croatian physicians: comparison between physicians working in emergency medical service and health centers: pilot study. *Croat Med J*. 2011 Feb;52(1):8-15.

KORISTI IN ŠKODLJIVOSTI PREVENTIVE



Mateja Bulc¹

Modern medicine is doing great harm. Doctors are failing in our duty to protect wellbeing. These are all unstoppable forces; protesting, it seems, is just howling in the wind. For me, medicine is about what we don't do, rather than what we do do.

It's not about knowledge but experience, caring, and accepting uncertainty.

Des Spence (1)

UVOD

Zdravniki so dobri učenci, navajeni, da nam ljudje povedo, kako pametni smo. Na univerzi smo elitna skupina. Ko smo diplomirali, je bila naša kariera varna in načrtovana, pola naslovov in nazivov. To je naše strokovno prekletstvo, za katero ni nihče kriv; tako pač je in je vedno bilo. Imam dober nasvet, ki se prenaša iz generacije v generacijo zdravnikov, če bi mu sledili, bi bili srečnejši in naredili manj napak: "Zdravi druge, kot bi si želeli, da ravnajo s teboj. Ne pozabi, da je bolnik nekoga sin, hči, sestra, brat, oče ali mati " (2).

V sodobnem medicinskem žargonu se to imenuje empatija, a je več kot to. Vselej razmislimo, kako bi se sami počutili na bolnikovem mestu, kaj bi si želeli, kako bi se želeli pogovoriti, katere preiskave bi se bali ali izogibali ... Saj medicina ni znanost sama po sebi, ampak čuteč poklic, ki uporablja znanost kot orodje (3).

Morda vse povedano velja še posebej za moderno preventivne dejavnosti, presajanja in iskanja bolnih in ogroženih med še zdravimi. Spremembe v tehnologijah, zdravljenju, medicinskem znanju so bile razlog, da smo na novo definirali ali spremenili definicijo nekaterih bolezni, opredelitev in diagnostičnih pragov. V strokovnih razpravah in srečanjih so vplivne delovne skupine objavljale ugotovitve, navajale izjave, poročila ali pripravile t.i. smernice dobre klinične prakse. Po njih smo nekaj časa kar hlatali, pozabljajoč, da takšne spremembe pomenijo ožitev meje zdravje/bolezen in prispevajo k prekomernemu diagnosticiranju in presejanju, še posebej pa nepotrebnemu zdravljenju.

¹ Prim. doc. dr. **Mateja Bulc**, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana in Zdravstveni dom Ljubljana, enota Šiška, Derčeva 5, 1000 Ljubljana

Vse več avtorjev dokazuje, da je pri blažjih simptomih, pri nižjih tveganjih, v zgodnjih fazah morebitne bolezni posledice diagnosticirane »bolezni« in zdravljenja le-te pretehtajo koristi. (4).

Primer 1

47-letnega trgovskega potnika, ki je poročen, oče dveh otrok, povabimo na preventivni pregled.

Družinska anamneza: oče je umrl v 55. letu zaradi možganske kapi, mati ima zvišan krvni tlak in operiran adenokarcinom debelega črevesa; sestra ima sladkorno bolezen tipa 2.

Dejavniki tveganja življenjskega sloga: prehranjuje se neredno, navadno zvečer, ko pride domov. Za telesno dejavnost mu zmanjka časa in volje. Ne kadi, popije do 3 steklenice piva na dan.

Primer 2

59-letna gospa, samska ekonomistka, pride v ambulanto zaradi butanja pri srcu in nespečnosti.

Družinska anamneza: oče je umrl zaradi možganske kapi star 69 let, mati se zdravi zaradi zvišanega krvnega tlaka, brat ima arterijsko žilno bolezen. Nikoli še ni bila resno bolna, zadnji mesec shujšala za 2 kg.

Dejavniki tveganja življenjskega sloga: ima vodstveno, zelo stresno delo.

Je redno (5x tedensko) telesno aktivna. Kadilka 15 let, 5-10 cigaret na dan, alkohola ne pije, zdravil ne jemlje.

OZADJE

Moynihan s sodelavci je sestavil seznam desetih najbolj »dragih« boleznih pri odraslih, 20 najbolj dragih terapevtskih skupin zdravil in 25 »top« predpisovanih zdravil v združenih državah. Analiza je pokazala, da so bili člani 12 od 15 strokovnih izvedenskih skupin, ki so sestavljale nove smernice, finančno povezani z več farmaceutskimi družbami, v eni ekspertni skupini (GERB) so bili člani povezali le z eno družbo, le v eni skupini pa člani niso imeli konflikta interesov (diabetes tip 2), medtem ko v eni skupini sploh niso navedli tega podatka (holesterol, 2002) (4).

Načinov za spreminjanje in širjenje definicij je več:

- Uvedba nove kategorije: predstadij bolezni
 - arterijska hipertenzija: pre-hipertenzija
 - Alzheimerjeva bolezen: pre-demenca
 - definicija predklinične Alzheimerjeve bolezni
- Znižanje diagnostičnega praga
 - holesterol in trigliceridi leta 2002,
 - ADHD – sprememba starosti ob pojavu bolezni, dodatek novih simptomov,
 - depresija- ni več omejitve zaradi žalovanja
 - GERB- znižan prag resnosti bolezni
- Zgodnejša diagnoza, nove diagnostične metode
 - revmatoidni artritis
 - multipla skleroza
 - akutni miokardni infarkt
 - dislipidemije) (4).

POSLEDICE

Naš problem vse bolj postaja iskanje in obvladovanje širjenja dejavnikov tveganja, »incidentalomov« in podobnih stanj, zato nam zmanjka časa za tiste, ki so res hudo bolni.

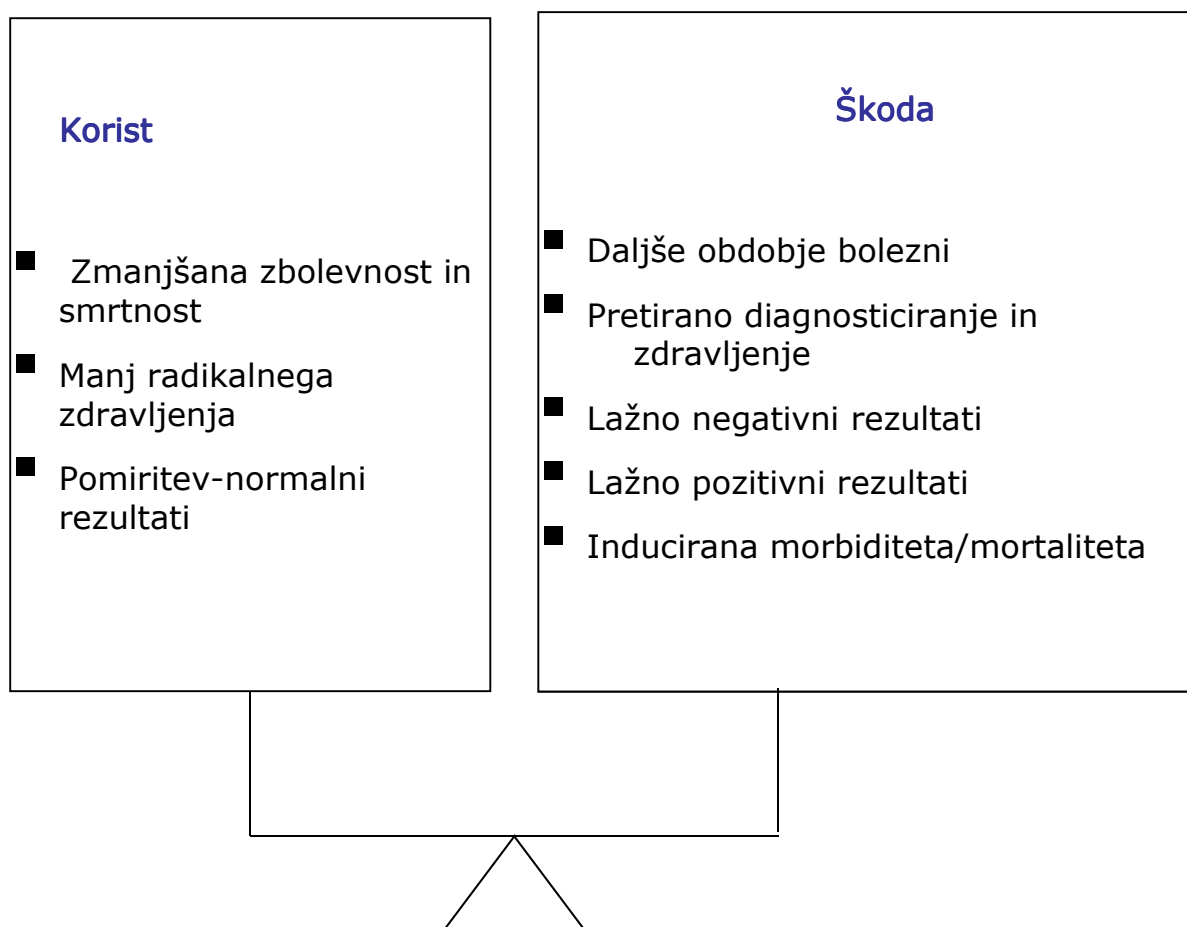
Ker so se definicije pogostih bolezni, kot sta sladkorna bolezen in kronična ledvična bolezen, spremenile in ker vse več oblik razpoloženja uvrščajo med motnje duševnega zdravja, se je čas, ki ga zdravnik družinske medicine nameni resno bolnim, prizadetim in krhkim pacientom, močno skrčil. Glasziou, Moynihan, Richards in Godleejeva svarijo: »Preveč medicine škodi tako bolnim kot zdravim (5)!«

Velik del te rasti »zgodnje« diagnostike je šel mimo nas, ne da bi to opazili. Primer je izjemno povečano pojavljanje raka ščitnice v Združenih državah Amerike, Avstraliji in drugod med letoma 1975 in 2012 (5), medtem pa se stopnja umrljivosti zaradi raka ščitnice v teh državah ni spremenila. Ta dramatičen porast najbolje razložimo s povečanim testiranjem in izboljšano diagnostiko, ne pa z dejansko spremembo incidence raka. Podobne "epidemije" poznamo pri novejših presejanjih na rak dojke in prostate (5)- priloge...

Morda najbolj eklatantno povečanje incidenc poznamo pri boleznih, kjer se je spremenila opredelitev, definicija bolezni ali ločnica med normalno in nenormalno vrednostjo. Primeri : arterijska hipertenzija, sladkorna bolezen, osteoporoza, hiperholesterolemija, debelost in kognitivne motnje. Minimalne spremembe opredelitev so bistveno povečale delež »bolnih«.

Seveda bodo nekateri na novo diagnosticirani in zdravljeni "bolniki" od zgodnjega zdravljenja imeli korist, žal pa bodo drugi imeli le škodljive učinke: nepotrebno zdravljenje, vznemirjenost in strah, pa tudi stigmo, ki jo povzroči »nalepka« bolezni. Glede na posledice in stroške za zdravstveno blagajno, predvsem pa za bolnike, je presenetljivo, da o tem doslej nismo veliko govorili, da ni bilo razprave o prednostih in slabostih navedenih sprememb v odkrivanju in zdravljenju »bolezni« (5-6).

Zadnji dve leti to vprašanje raziskuje British Medical Journal (BMJ). Serija člankov se ukvarja s tveganji in škodljivostmi pretiranih diagnostičnih preiskav pri pogostih boleznih. Del kampanje »Too much medicine« je tudi letna konferenca Overdiagnosis, vsakega septembra (www.preventingoverdiagnosis.net), v Oxfordu.



Slika 1. Ravnovesje koristi in škodljivosti presejanj (Po 6)

VLOGA ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE

Treba bi bilo vzpodbujati razmišljanje, kako in zakaj se je pojavnost nekaterih bolezni tako povečala, kakšne so posledice za zdravstveno službo, paciente in oblikovalce zdravstvene politike.

Prav gotovo je pomembno predvsem, kako in kdo spreminja definicijo bolezni. Doslej še nismo postavili kriterijev za sestavo izvedenskih skupin, ki to počno, ni še opredeljena strokovnost članov niti metode za obvladovanje navzkrižij interesov. Prav tako ni jasnih meril za spremembo definicij bolezni (5).

In kaj lahko zdravniki naredimo za zmanjšanje pretiranih postopkov in zdravljenj? Zadržimo zdravo količino skepse, kadar nižajo prag normalnih vrednosti ali ciljnih vrednosti, uporabljamo »pametne« teste in bolnike pošiljamo na utemeljene, ciljane, individualno bolniku na kožo izbrane preiskave.

Znaki prediagnosticiranja

- Incidenca raste, smrtnost ostaja enaka
- Dejavnik tveganja ali biomarker postane bolezen
- Sprememba definicije diagnoze ali praga normale brez jasnih dokazov.

Vprašanja, ki si jih moramo zastaviti

- Je to dejavnik tveganja ali zgolj simptom? Ali navodila ločijo ta dva pojma?
- Kdo je spreminjal meje normalnih vrednosti? Na katerih dokazih?
- Ali nova preiskava odkrije več »boleznih« kot stara? Poznamo naravni razvoj boleznih novih primerov? (5)

Preiskave in presejanja morajo biti izbrana in ciljana, saj smernice niso diktat. Naročajmo le tiste preiskave, ki bodo v pomoč obravnavi bolnika. Patološke rezultate ocenjujmo v okviru celotne klinične slike, upoštevaje pacientove značilnosti in želje, preverimo jih, preden postavimo končno diagnozo.

Tak pristop zajema natančno opredelitev problema, nadzorovano čakanje, minimalne posege, svetovanje in šele nato dokončno diagnozo. Z bolnikom moramo znati deliti negotovost, s strokovno javnostjo pa razpravljati o definicijah, mejah normalnih vrednosti, preiskavah, bolnikovih koristih in škodi, posledicah zdravljenja in posegov, odločanje naj ne bo individualno, ampak skupno.

Rezultati

Primer 1

- *prekomerna teža (indeks telesne mase 30 kg/m², obseg pasu 98 cm),*
- *krvni tlak sede 140/94 mmHg,*
- *koncentracija krvnega sladkorja tešče 7,9 mmol/l (dvakrat)*
- *koncentracija serumskega holesterola 6,2 mmol/l*

Srčnožilno tveganje: zelo veliko (> 40%)

*Diagnoze: sladkorna bolezen tip 2
dislipidemija
blaga arterijska hipertenzija*

Svetovanje zdravega načina življenja (dieta, telesna dejavnost): da

Zdravljenje z zdravili: da

Primer 2

- *ITM 24 kg/m², obseg pasu 76 cm*
- *krvni tlak sede 132/60 mmHg*
- *koncentracija krvnega sladkorja tešče 3,9 mmol/l*
- *koncentracija serumskega holesterola 5,9 mmol/l*
- *spirometrija: normalna.*

Srčnožilno tveganje: majhno (< 10%)

*Diagnoze: stres
blaga dislipidemija*

Svetovanje zdravega načina življenja (prenehanje kajenja, sproščanje): da

Zdravljenje z zdravili: ne

RAZPRAVA

Kljub dosledno negativnim rezultatom sistematskih pregledov in svetovanjem za spremembo življenjskega sloga, ostajajo t.i. preventivni pregledi priljubljeno politično orodje za boj proti bremenu ishemične bolezni srca in drugih kroničnih bolezni.

Leta 1968 je Svetovna zdravstvena organizacija predlagala pogoje za sistematične preglede, ki pa so jih pogosto razlagati tako, da so to sicer merila za presejanje na zgodnje faze bolezni, vendar pa veljajo tudi za sistematično iskanje visokega tveganja. Pogoja za presejanje sta med drugim: bolezen je resna, imamo veljaven instrument presejanja. Oboje drži za ishemično bolezen srca. Vendar pa je pomembno tudi, da presejanje zmanjša zbolevanje in umiranje pri ciljni populaciji. Večkrat je bilo že dokazano, da tega zmanjšanja pri koronarni bolezni ni. Pomembno je namreč ločiti med vplivi na prebivalstvo kot celoto in vplivom na posameznike, sodelujoče v raziskavah. Literatura namreč jasno kaže, da dodajanje sistematičnih presanj k vsakdanji praksi družinske medicine, ki jim vselej sledi svetovanje za zdrav življenjski slog, ne zmanjša pojavnosti kroničnih bolezni.

76

Morda so zdravniki osnovne ravni sposobni odkriti posameznike z velikim tveganjem za razvoj bolezni že tedaj, ko jih vidijo zaradi drugih razlogov, in pri njih že intervenirati, kadar je to potrebno. Drug razlog je lahko nizka stopnja udeležbe v teh presejalnih programih, zlasti med populacijo iz nižjih družbenih slojev, ki imajo nezdrav način življenja, to pa so tisti, ki bi od presejanja imeli največjo korist.

Končno bi lahko trdili, da je ocena tveganja nenatančna. Veliko število znanstvenih člankov kaže, da so celo majhne spremembe v družbi močna determinanta za zmanjšanje incidence in mortalitete ishemične bolezni srca (npr. na Kubi in na Poljskem, po razpadu Sovjetske zveze; zakoni o prepovedi kajenja, manjši vsebnosti soli v izdelkih, itd), in da so veliko bolj učinkovito orodje za boj proti ishemični srčni bolezni kot pregledovanje in svetovanje posameznikom. Že desetletja je bila v ospredju svetovanja »šibkost volje kadilca« ali »krivda debeluha«. Žal se ljudje soočajo z velikimi ovirami za sprejemanje zdravih odločitev in z močnimi pritiski, naj sprejmejo nezdravo izbiro (6).

ZAKLJUČEK

Sistematični pregledi pri splošni populaciji in svetovanje za zdrav življenjski slog v veliki, randomizirani populacijski študiji na Danskem in v vseh predhodnih podobnih študijah dokazano niso uspeli zmanjšati pojavnosti ishemične bolezni srca. Zato vsesplošni zdravstveni pregledi in presejanja na srčnožilne bolezni niso priporočljivi, še manj nujni ali obvezni. Svetovanje zdravega načina življenja naj ostane del vsakdanje prakse, ne pa sistematični program za vso populacijo (6).

Z nepojmljivo hitrostjo se širi medicinska tehnologija, predvsem različna slikanja, biomarkerji, raziskave genoma, pa tudi medikalizacija, prodaja »bolezni« zaradi finančnih dobičkov.

Zdravniki moramo delovati na več bojiščih, tudi s poučevanjem študentov in specializantov, pa tudi kolegov. Aktivno moramo sodelovati pri kvartarni preventivi, skrbi, da bolnikom s svojim početjem (presejanja, predledi, preiskave, zdravlčenje) ne škodimo. Naša beseda je pomembna, ne le pri svetovanju bolnikom in svojcem, ampak tudi pri političnih odločitvah o razvoju in vsebini osnovnega zdravstvenega varstva.

Mi ostajamo tudi v modernih časih tisti mejnik, ki bo znal ločiti med dobrobitjo in škodo posameznih preiskav ali zdravljenja, strokovnjak, obenem pa zaveznik in prijatelj, ki bo vselej bolnika zavaroval pred škodljivostmi pretiranega zdravljenja (4-7).

LITERATURA

1. Spence D. So long for now. *BMJ* 2014;348:g2343
2. Spence D. The lives of others. *BMJ* 2014;348:g2209
3. Švab I. Universality and uniqueness in family medicine. Editorial. *European Journal of General Practice*, 2014; 20: 91-92
4. Moynihan RN, Cooke GP, Doust JA, Bero L, Hill S, et al. (2013) Expanding Disease Definitions in Guidelines and Expert Panel Ties to Industry: A Crosssectional Study of Common Conditions in the United States. *PLoS Med* 10(8): e1001500.
5. Glasziou P, Moynihan R, Richards T, Godlee F. Too much medicine; too little care. Time to wind back the harms of overdiagnosis and overtreatment. *BMJ* 2013;347:f4247 doi: 10.1136/bmj.f4247
6. Jørgensen T, Kart Jacobsen R, Toft U, Aadahl M, Glümer C, Pisinger C. Effect of screening and lifestyle counselling on incidence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomised trial. *BMJ* 2014; 348: g3617.
7. Brodersen J, Jørgensen JK, Goetzsche PC. The benefits and harms of screening for cancer with a focus on breast screening. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej* 2010; 120 (3): 89-93.

KAKO NAJ ZDRAVNIK DRUŽINSKE MEDICINE SPREJME OMEJITVE SVOJEGA POKLICA IN PROFESIONALNE VLOGE: PSIHOSOCIALNA PERSPEKTIVA



Polona Selič¹

UVOD

Omejitve, s katerimi se zdravnik družinske medicine neizogibno srečuje in spoprijema, lahko opišemo kot delovne stresorje, ki ne povzročajo nujno distresa, saj težave v profesionalnem delovanju ne izhajajo neposredno iz učinkovanja stresorjev, ampak iz neuspeha pri spoprijemanju s stresom: učinki stresorjev se »prevedejo« skozi strategije spoprijemanja. Stres vzpodbudi aktivno in/ali izogibalno delovanje, socialna podpora (npr. v referenčni skupini zdravnikov družinske medicine), demografske značilnosti in osebnostni dejavniki pa določajo, kateri odzivi bodo izbrani. Krepitev veščin v medosebnih odnosih poveča potencial za dejavno spoprijemanje.

79

PRIMER:

Ana je specializantka družinske medicine. Med študijem je bila uspešna, pogosto pohvaljena, izstopala je kot pronicljiva in dovzetna študentka, tudi v procesu specializacije je deležna številnih pohval. Pri vsakdanjem delu v ambulanti in na Splošni nujni medicinski pomoči (SNMP) pa se vse slabše počuti. V enem samem vikendu se ji je dogodilo toliko neugodnega, da se je začela spraševati, ali bo sploh kdaj znala in zmogla delovati suvereno in prepričano v svoje strokovne odločitve.

Vedno bolj pogosto se ji dogaja, da se po nekaj urah nemirnega spanca prebudi z neznosnim pritiskom v prsnem košu.

Vedno bolj pogosto se ji dogaja, da dvomi v pravilnost svoje izbire, da bo zdravnica družinske medicine.

¹ Izr. prof. dr. Polona Selič, univ. dipl. psih., Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

OSEBNOSTNE ZNAČILNOSTI IN ZMOŽNOST SPOPRIJEMANJA Z OMEJITVAMI IN DRUGIMI OBREMENITVAMI

Anksioznost, depresivnost in sovražnost so osebnostne značilnosti in emocionalna stanja, pogosti sopotniki stresnega dogajanja (npr. soočanja z omejitvami), na katerega se ljudje različno odzivajo (1). Nekateri obvladujejo stres s pretežno pozitivnimi emocijami, z optimistično naravnostjo in pričakovanji, kar je rezultanta kompleksnega sovplivanja mnogih biopsihosocialnih dejavnikov, med katerimi zavzemajo posebno mesto spol, starost in sociokulturni okvir (2). Pomembno delujeta tudi dva vidika osebne kontrole - mesto kontrole ojačanja in občutek lastne učinkovitosti (3,4). Vendar je mesto kontrole ojačanja (opredelitev na strani XX) le eden od mnogih dejavnikov, ki vplivajo na način življenja. **Občutek lastne učinkovitosti** je značilnost, ki pogosto olajša odločanje za spremembe ustaljenih oblik vedenja (npr. sprememba pristopa do profesionalcev drugih strok in specialnosti, sprememba pričakovanj). Razvije se na osnovi preteklih (ne)uspehov in opazovanja ravnanja (in njegovih posledic) drugih. Pri (pre)oblikovanju lastnega vedenja oseba upošteva oceno svoje učinkovitosti (glede na pretekle izkušnje), težavnost naloge in socialne komponente (npr. verjetnost socialne podpore, ujemanje z vedenjem drugih članov referenčne skupine). Zavest o lastni učinkovitosti vpliva na vedenje, razvade (in njih opuščanje) ter na prevzemanje ustreznih socialnih vlog (npr. profesionalne) (2).

80

PRIMER (nadaljevanje):

Prva neugodnost ali nepopolna oprema v vozilu SNMP: Med intervencijo na terenu je Ana ugotovila, da v vozilu ni vse potrebne medicinske opreme in pripomočkov. Pred odhodom ni niti pomislila, da bi to preverila, saj je menila, da je za to odgovoren zdravstvenik-reševalec. Na kraju samem je bilo prepozno in nesmiselno iskati »krivca«. Bolnika so uspešno prepeljali v bolnišnico, kjer je bil do konca oskrbljen. Njegovo življenje ni bilo ogroženo, vendar je Ani vseskozi kluvalo v zavesti, da bi lahko prišlo do nesrečnega izida, da bi bila sama odgovorna, predvsem pa, da ne more sodelovati z ljudmi, ki svojega dela ne opravljajo dovolj vestno in odgovorno.

Druga neugodnost ali kako ustreči sestri Mimi in preživeti do konca ambulante: Ker sta Anina mentorica in sestra odšli na dvodnevno srečanje timov v osnovnem zdravstvu, je Ana v petkovi popoldanski ambulanti delala s sestro, ki je ni poznala. Sestra Mimi je z neverjetno naglico klicala ljudi v ambulanto, Ana ni uspela niti predahni med enim in drugim posvetom. Ko je le stopila do sestre, da bi ji povedala, da mora na stranišče, ji je ta z očitajočim glasom zasikala: »Moja dohtarca nikoli ne leta okoli, kadar ima v čakalnici še petnajst ljudi!«

Tretja neugodnost ali kako prepričati žrtve nasilja: V ambulanti se je oglasila gospa mlajšega videza, sicer pacientka Anine mentorice ter prosila za bolniški stalež zaradi slabega počutja. Ana je v kartoteki opazila, da je gospa v minulih letih pogosto ostajala v staležu za teden dni, včasih tudi nekoliko dlje, zato je gospo povprašala, če se ji poleg slabega počutja dogaja še kaj neugodnega. Gospa ji je povedala, da ne gre toliko za slabo počutje kot za partnerjevo nemogoče vedenje, zato bi se rada za nekaj dni umaknila iz skupnega stanovanja, kar je do sedaj zmeraj pomagalo. Ano je zanimalo, kaj »nemogoče vedenje« pomeni in gospa ji je razložila zelo stvarno in mirno, da je mož občasno nasilen. »Pa saj tega ne smete prenašati! Zakaj ga pa ne zapustite za zmeraj?« je privrelo iz Ane. »Mlada dama, zakaj se ne držite svoje službe?« je odvrnila pacientka.

Občutek nadzora nad lastnim življenjem

Med osebnostnimi lastnostmi, ki medirajo delovanje stresorjev in vplivajo na poravnavanje, ima posebno mesto in pomen zavest (občutek) nadzora nad lastnim življenjem (5), zavest osebe, da lahko samostojno odloča in ukrepa, dosega zelene cilje ter se izogiba neljubih okoliščin in posledic. Na osnovi načinov, ki jih ljudje uporabljajo, ko skušajo vplivati na dogajanje in zmanjšati stresne obremenitve, je mogoče določiti tudi različne vrste nadzora (5):

1. **Samo-nadzor vedenja** - zmožnost ukrepanja in konkretnih aktivnosti, ki omilijo delovanje stresorja tako, da bodisi zmanjšajo intenzivnost bodisi skrajšajo trajanje.
2. **Samo-nadzor kognicij** (kognitivni nadzor) - kognitivni procesi ali strategije, ki modificirajo kratkotrajno (trenutno) reakcijo na stres (fazo alarma) in preusmerijo pozornost na druge, nevtralne ali celo pozitivne vidike in vsebine situacije. Med vsemi vrstami nadzora ta najbolj konsistentno pozitivno vpliva na poravnavanje s stresom.
3. **Samo-nadzor odločanja** - možnost izbire alternativnih postopkov ali smeri akcije.
4. **Iskanje ustreznih informacij** - zajema dostop do informacij, povezanih s stresnim dogodkom.
5. **Retrospektivni nadzor** (osmišljanje) - se nanaša na prepričanja o vzrokih stresnega dogodka potem, ko je ta že mimo. To vrsto nadzora je mogoče identificirati pri ljudeh, ki iščejo smisel (sporočilo, pomen) preteklih življenjskih tragedij in nesreč. Takšna prizadevanja sicer ne nudijo možnosti nadzora nad samim dogodkom, pomagajo pa pri preoblikovanju lastnega odziva ter razumevanju sveta kot smiselnega in urejenega. Odkritje »smisla« namreč neredko reducira anksioznost.

Zavest o nadzoru nad lastnim življenjem se začne oblikovati že v zgodnjem otroštvu (2,5). Raziskovalci poročajo o velikih medosebnih razlikah v prepričanju o nadzoru lastnega življenja. Tovrstno preučevanje je botrovalo opredelitvi **mesta nadzora ojačanja** (lokusa kontrole (6)), ki ga določa stopnja, do katere oseba sebi pripisuje odgovornost (atribucija odgovornosti). Poleg internalnosti-eksternalnosti (*sam(a) sem odgovoren(a)/drugi so krivi*) se je uveljavil še en vidik občutka kontrole nad lastnim življenjem. To je Bandurov koncept **občutka lastne učinkovitosti** (7). Gre za posameznikovo prepričanje, da bo uspešen v želeni dejavnosti (aktivnosti). Ocena možnosti za uspeh izvira iz opazovanja dogajanja (dejavnosti) in njegovih posledic ter predstavlja temelj odločanja - tako o verjetnosti uspeha, kakor tudi o verjetnosti ustreznosti (zadovoljivosti) lastnega ravnanja. Ljudje z močno izraženim občutkom lastne učinkovitosti kažejo manj znakov psihičnega in fiziološkega distresa (8).

Zavest o nadzoru nad lastnim življenjem je odvisna od preteklih izkušenj (ne-uspehov), torej od rezultatov socialnega učenja. V situacijah dolgotrajnega stresa se lahko pri ljudeh, ki sicer skušajo aktivno posegati v okolje in uravnavati svoje življenje, pojavi občutje nemoči in brezupa, ki duši (siceršnje) zavest kontrole nad lastnim življenjem. Vedno globlja apatija izkrivi percepcijo in vrednotenje drugih situacij (v katerih bi bila kontrola možna in ustrezna) (9). Takšno stanje je Seligman imenoval **naučena nemoč** ter ga označil kot značilnost depresije (9). V dopolnjenem konceptu so Abramson, Seligman in Teasdale upoštevali negativno samopodobo (pri depresivnih) ter vpeljali **proces atribuiranja** (kognitivnega vrednotenja tujih in lastnih akcij, motivov, čustev in/ali namer), ki poteka na treh razsežnostih: internalno-eksternalno, stabilno-nestabilno in splošno-posebno (10). Oseba, ki negativne dogodke oceni kot stabilne (trajne) in splošne (globalne), bo zelo verjetno občutila nemoč in depresijo. Če se temu pridruži še internalno vrednotenje vzrokov (*sam(a) sem kriv(a)*), je ogrožen tudi občutek lastne vrednosti. Povezanost občutkov nemoči in atribucij (vzrokov in odgovornosti) se je potrdila ob mediacijskem učinku občutka lastne vrednosti (samovrednotenja) (11).

PRIMER (nadaljevanje):

Ana je premlevala, kaj ji je storiti, da ne bo »naslednjič« enako, vendar je vedno znova ugotovila, da ne more storiti nič, pri čemer pa tudi svojega dela ne more dobro opraviti.

Nepopolna oprema v vozilu SNMP ni njena odgovornost. Lahko bi se pritožila mentorici (»Raje ne, saj je zelo stroga in mi vsakič da vedeti, kako je trdo garala, ko je bila začetnica ...«) ali direktorju zdravstvenega doma, ampak to bi pomenilo, da vsem pove, kako ni kos svojim nalogam. Pa čeprav oprema ni njena odgovornost, si bodo mislili, da je nesposobna.

Sestri Mimi je nemogoče ustreči, očitno je navajena sodelovanja z zdravnico, ki je veliko boljša od Ane. »Če bi ji rekla, naj malo upočasni tempo, bi gotovo po celem zdravstvenem domu raztrobila, da ne znam delati,« je z grenkobo pomislila Ana in se počutila še slabše.

»Zakaj bi žrtvi nasilja pisala stalež, če pa je edina rešitev, da zapusti moža?! Res sem nesposobna, če ji niti tega nisem uspela dopovedati ...« si je rekla Ana in strmela v noč, medtem ko je njen fant Jure mirno spal. Zazdelo se ji je, da je le še vprašanje časa, ko bomo vsi ugotovili, da v resnici ne zna in ne zmore. Najbrž bo do tega spoznanja kmalu prišel tudi Jure, kar bi bilo edino logično.

Konstrukt osebnostne čvrstosti

Občutek nadzora nad lastnim življenjem je del konstrukta osebnostne čvrstosti, ki ga vse več avtorjev vključuje v razlage stresnega dogajanja in procesa (9). Za osebnostno čvrstost so značilni zavest nadzora nad lastnim življenjem, privrženost, občutek dolžnosti ter sprejemanje izzivov (12). Temu je soroden koncept **prožnosti**, značilnosti nekaterih oseb, ki (četudi) odraščajo v neugodnih, včasih celo tragičnih in/ali kriminalnih pogojih, vendarle odrasejo v dobro prilagojene ljudi z izrazitim občutkom lastne vrednosti in občutkom nadzora nad svojim življenjem. Razlage izvora osebnostne prožnosti zajemajo genetske dejavnike (temperament), posebna nagnjenja (sposobnosti) in talente ter tesne odnose z vrstniki in učitelji (modeli identifikacije) (12).

Osebnostna čvrstost je povezana še z občutkom sreče, z optimizmom, asertivnostjo in samozaupanjem (13). Internalni lokus kontrole krepi socialna podpora, oboje pa pozitivno vpliva na imunski sistem (14); osebnostno čvrstim osebam je negativno razpoloženje bolj ali manj (v splošnem) tuje. Negativno razpoloženje je dosti bolj povezano s subjektivnimi poročili o zdravju (bolezni), kot pa z rezultati fizioloških meritev. V eksperimentalnih pogojih poročajo žalostni o dvakrat močnejših in pogostejših bolečinah kot srečni (15).

Posebna značilnost osebnostno čvrstih ljudi je njihova **žilavost**, ki se nanaša na nizek bazični nivo adrenalina in simpatične aktivnosti ter na veliko fleksibilnost, prilagodljivost fizioloških sistemov, ki omogoča tako uspešno obvladovanje stresnih obremenitev, kakor tudi naglo vračanje vseh sistemov v normalno stanje, kar vse krepi imunski sistem (9, 16).

Ob izpostavljenosti hudim stresnim obremenitvam je (ob izenačenem stresu) skupina osebnostno bolj čvrstih posameznikov manj pogosto in manj resno obolevala (17). Ko so v raziskovalni načrt vključili še socialno podporo, so odkrili, da se njen varovalni vpliv prišteje k učinku telesne aktivnosti in osebnostne čvrstosti, vendar ima zadnji dejavnik osrednjo varovalno vlogo (18.) Pri osebnostno bolj čvrstih osebah so v anamnestičnih podatkih odkrili manj bolezni, višjo izobrazbo, več aktivnosti ter prizadevanja za osebnostno rast in pridobivanje duhovne širine (npr. obiski muzejev, potovanja ipd.), ki so bila prisotna tudi v aktualni situaciji (19).

Osebnostno čvrstost kot značilnost vedenja in poprejšnjega vrednotenja je mogoče razvijati (9):

1. **Usmerjanje pozornosti** na različne telesne znake (senzacije, reakcije), ki opozarjajo na stanje stresne obremenitve. Ko oseba takšno stanje opazi, lahko začne odkrivati vzroke in povode, ki so ga povzročili.
2. **Rekonstruiranje stresne situacije** ter opredelitev boljših in slabših (potencialnih) izidov, kar omogoča pozitivno (ali vsaj nevtralno) ponovno ovrednotenje dogodka.
3. **Ocena lastnega razvoja** (napredka) kot kompenzacija - takšen odnos je dobrodošel in koristen pri soočanju s stresorji, ki se jim oseba ne more izogniti, niti jih ne more spremeniti, lahko pa ji predstavljajo izziv in možnost za razvoj lastnih potencialov za obvladovanje stresa.

PRIMER (začetek reševanja):

Po nekaj neprespanih nočeh in nepopisno napornih dneh, ko je imela občutek, da vse, česar se loti, pokvari, se je Ana sestala z nekdanjo sošolko in sostanovalko Dašo, ki ji je že med študijem največ zaupala. Pravzaprav je Daša edina Anina prijateljica – neposredna, nič romantična in sentimentalna, veliko Anino nasprotje.

»Nisi ti nesposobna! Reševalec je malomaren, ali pa je pozabil ... ne moreš biti odgovorna za vse, ki se gibljejo v prostorih SNMP!« je zarohnela Daša. »In tudi tale Mimi te ne more komandirati, saj nisi prvošolka! Zdaj pa še na stranišče ne boš smela ... Boš videla, kako boš tekala na stranišče, ko boš noseča!« se je nasmehnila prijateljica in se pogladila po lepo zaobljenem trebuhu. »Kako zvezo ima karkoli s tvojo nesposobnostjo?!«

Ana se je spraševala, zakaj ni že takoj poklicala Daše, ampak kaj, ko je za Dašo vse tako preprosto – zmeraj je znala razmejiti, do kje seže njena moč in zmožnost. Celo, ko je takratnemu fantu povedala, da je noseča, on pa njej, da ga starševstvo ne zanima v tej fazi kariere, je najprej preklinjala, potem pa potegnila pod vse skupaj črto rekoč: »Cepec pač ne ve, kaj zamuja!«

»Kaj bi pa ti naredila z gospo, ki ima nasilnega moža?« je povprašala Ana in si mislila, da v tem primeru tudi Daši ne bo tako preprosto najti rešitev. Daša je malo pomislila, nato pa rekla: »Vse bi zapisala, povedala bi ji, da ji tega ni treba prenašati, da obstaja pomoč in rešitve in dala bi jo v stalež. Morda se bo želel pogovoriti kdaj drugič. Kdo sem jaz, da bi jo silila, naj zapusti moža?«

PRIČAKOVANJE LASTNE UČINKOVITOSTI

Visoka stopnja socialne podpore, jasna osebna kontrola in osebna čvrstost v splošnem reducirajo stres. Ko so preučevali povezanost med uporabo aktivnih in izogibalnih strategij, stresom, družinsko podporo, samozaupanjem in sprejemanjem (doživljanjem) težav brez pretiranega trpljenja, so odkrili zvezo med nižjo stopnjo disfunkcionalnosti in prizadevanji za rešitev problema (npr. iskanje pomoči) ali prevrednotenjem njegovega pomena (npr. odkrivanje svetlih plati), medtem ko izogibanje očitno izvira iz večje disfunkcionalnosti osebnosti (20, 21). Stres vzpodbudi aktivno in/ali izogibalno delovanje, družinska podpora, demografske značilnosti in osebni dejavniki pa določajo, kakšni vedenjski odzivi bodo izbrani (21).

85

PRIMER IN MOŽNE REŠITVE:

Ani bi predlagali, da opredeli (kot problem) vse tisto, kar jo zadnje čase pesti – na primer:

- sodelovanje v timu SNMP – zaupanje v sodelavce, komplementarnost profesionalnih vlog in nalog, soodvisnost*
- sodelovanje s sestro (Mimi ali katero drugo), vzpostavitev sistema in načina dela po svoji meri (znotraj predpisanih okvirov seveda)*
- skrb za bolnike, katerih težava presega biomedicinske rešitve (npr. žrtve nasilja, brezposelne, revne ipd.).*

Ljudje s šibkim prepričanjem, da lahko uravnavajo svoje razpoloženje (verovanje v lastno zmožnost izboljšanja emocionalnega stanja in počutja), tudi dvomijo, da bi mogla njihova razmišljanja in prizadevanja omembe vredno vplivati na situacijo (22). Tovrstna naravnost je povezana s konceptom sekundarne (naknadne) ocene, evalvacije delovanja, ki je odgovor na stresor iz okolja (5).

Sekundarna ocena zajema dve vrsti pričakovanj - pričakovanja izida in lastne učinkovitosti. Prva se nanašajo na posledice določenega delovanja, druga pa se dotikajo posameznikove vere v lastno zmožnost uresničitve svojih zamisli (5).

Pričakovanja, povezana z uravnavanjem razpoloženja, so generalizirana pričakovanja izida - gre za prepričanja, da bodo kognitivni in vedenjski odzivi zmanjšali disforičnost. Prepričanje o možnosti vplivanja na lastno razpoloženje je povezano s konceptom lokusa kontrole (mesta nadzora ojačanja) - percepcijo lastnega vpliva (nadzora) na izide v okolju (23). Tovrstna prepričanja predstavljajo pomemben delež variance odzivov na stres. Če samo zaupanje osebe, da se bo počutila boljše, lahko povzroči takšno počutje, medtem ko prepričanja o nezmožnosti uravnavanja lastne disforičnosti, stanje disforije le še utrjujejo, kar se ujema s kognitivno teorijo disforije in konceptom naučene nemoči (5). V obeh teorijah je depresija povezana s pričakovanjem odklonilnega, neugodnega izida. Če disforična stanja opredelimo kot tovrstne izide, je razumljivo, da jih lahko že samo prepričanje, da se bodo ponavljala in/ali nadaljevala (da ne bo nikoli boljše), stanje vzdržuje. Gre celo za najboljši samostojni prediktor aktivnih strategij in disforije - delež pojasnjene variance je večji kot pri stresu in družinski podpori (20). Trdneje ko oseba verjame, da zmore premagati negativno razpoloženje, in redkeje ko izbere izogibalne strategije, manjkrat zdrsne v depresijo.

Izboljšanje razpoloženja ni neposredna posledica dosledne uporabe aktivnih strategij, ampak vere v njihovo učinkovitost (24). Razpoloženje je namreč vsaj delno določeno z afektivno vrednostjo pričakovanih izidov. Strategije obvladovanja stresa so še posebej neučinkovite pri ljudeh, ki le malo verjamejo v uspeh svojih akcij (strategij). Pozitivna naravnost poveča verjetnost, da bo oseba izbrala aktivno strategijo in bo disforija manjša (25). Pri depresivnih so opazili slabše poravnavanje s stresom, ki izvira iz medosebnih odnosov. Depresivne osebe so sicer znale pravilno (ustrezno) opredeliti tako problem kot rešitev, vendar se je njihova prikrajšanost pokazala na področju k akciji usmerjenih strategij. Tovrstni deficiti lahko vodijo v kopičenje interpersonalnih stresov ter v neučinkovito vedenje v stresnih situacijah, depresija pa nastopi kot posledica obojega (26). Oseba potem svoja neprimerna prizadevanja za rešitev problemske situacije napačno usmeri, nastalo stanje poglobi depresijo in začarani krog je sklenjen. Ob tem ostaja nejasno, ali depresivni sebe upravičeno ocenjujejo kot neučinkovite v reševanju medosebnih stresov (to naj bi izviralo iz primarnega deficita na področju veščin za reševanje problemov te vrste) ali gre zgolj za še eno plat njihove negativne samopodobe.

Raziskave so tudi pokazale, da je zadrževanje jeze zelo dober prediktor disforije (kot posledice stresnih obremenitev) neodvisno od spola (27).

Uspešno poravnavanje v interpersonalnih stresnih situacijah je mogoče opisati kot niz različnih aktivnosti, za katere naj bi bila značilna problemska orientacija (26):

1. opredelitev problema
2. iskanje mogočih (alternativnih) rešitev
3. odločanje
4. rešitev.

MOŽNE REŠITVE (nadaljevanje):

Ana bo premislila, kje in na kakšen način lahko pridobi občutek nadzora ter zmanjša grožnji, da bo neučinkovita in da bo delovala nesposobno. Sodelovanje v timu SNMP - problem: malomarnost/pozabljivost zdravstvenika-reševalca.

Rešitve in odločanje:

- 1 *Pritožba mentorici - še vedno ni zagotovila, da bo oprema vsakič pregledana oziroma zadostna.*
- 2 *Pritožba direktorju - še vedno ni zagotovila, da bo oprema vsakič pregledana oziroma zadostna.*
- 3 *Pogovor z reševalcem - še vedno ni zagotovila, da bo oprema vsakič pregledana oziroma zadostna.*
- 4 *Vsakič na začetku dela na SNMP Ana samo pogleda opremo - to ni njena naloga, porabi nekaj minut.*

Izbira rešitve: vsakič, ko dela na SNMP, pride Ana par minut pred začetkom izmene, pregleda vse potrebno, ko pridejo še reševalci, jih opomni, naj poskrbijo, da česa ne bo zmanjkalo. Reševalci jo za hrbtom ljubkavalno kličejo `Inventurna komisija, ona pa je mirna in ima občutek, da je poskrbela za tisto, kar je bilo v njeni moči.

ČUSTVENO-INTELIGENTNO UPRAVLJANJE Z OMEJITVAMI LASTNE PROFESIONALNE VLOGE: DRUGAČNA PRIPOVED ISTE ZGODBE

Čustveno inteligentnost (ČI) sestavljajo osebne in družbene spretnosti, ki določajo, kako dobro obvladujemo sebe in medosebne odnose (28). Poznavanje lastnih čustev (samozavedanje) se kaže kot prepoznavanje čustev in njihovega učinkovanja, poznavanje lastnih zmogljivosti in omejitev ter čut za lastne vrednote in sposobnosti (29). Obvladovanje čustev oziroma samoobvladovanje lastnega doživljanja, vzgibov in virov predstavljajo samo-nadzor, odkritost, vestnost, prilagodljivost na spremembe ter njihovo obvladovanje in odprtost (28, 29). Stvarno ocenjevanje lastnih sposobnosti in zaupanje vase sta bistvena za samozavedanje (28). Visoka stopnja samozavedanja omogoča, da oseba prisluhne sebi in se opazuje pri delovanju. To subjektivno zaznavanje lastne osebnosti predstavlja okvir za odločanje (30). Osebe z razvitim samozavedanjem natančno vedo, katera čustva doživljajo in zakaj, zavedajo se povezave med čustvovanjem in mišljenjem oziroma vedenjem; prepoznajo, kako čustva vplivajo na njihovo storilnost ter se zavestno usmerjajo k lastnim vrednotam in ciljem. Spretnost pravilnega ocenjevanja sebe pomeni, da se posameznik zaveda svojih zmogljivosti in slabosti, se pogloblja vase in se uči iz izkušenj, je dojemljiv za povratne informacije, nove poglede, osebni razvoj in ima zmožnost realnega samo-ocenjevanja (29, 30).

88

S samozavestjo je povezana tudi učinkovitost v delovnem okolju. Na ravni čustev se nizka stopnja samoučinkovitosti povezuje z anksioznostjo, brezupom in pesimizmom pri udejanjanju profesionalne vloge. Na ravni mišljenja občutek slabe samoučinkovitosti zavira kognitivne procese, zmanjšuje verjetnost doseganja uspeha v različnih okoliščinah in otežuje kakovostno odločanje (31). Obvladovanje in upravljanje s čustvi je povezano s samo-nadzorom (31). Zmožnost obdržati jasne misli ter se posvetiti delu, ki ga oseba opravlja, je ključna značilnost samonadzora. V delovnem okolju je pomembno upravljanje s čustvi na način, da so čustva v pomoč ter ne delujejo kot dodatna težava ali motnja (28).

MOŽNE REŠITVE (nadaljevanje):

Sestra Mimi in drugi izzivi so-odvisnosti – opredelitev problema: Mimi dela, kot ustreza njej in njenim potrebam in prepričanjem, Ani vsiljuje način in tempo, ki delujeta stresno, naporno in ogrožajoče.

Rešitve in odločanje:

1 Če bo mogoče, se bo Mimi izognila – kako naj to doseže?

2 Pogovor z mentorico in prošnja za nasvet – kaj če mentorica ocenjuje Mimi kot nadvse kompetentno in dobro sestro? (Ana lahko izpade nesposobna.)

3 Pogovor s `stalno` sestro Marijo ter prošnja za posredovanje pri Mimi – videti bo, da je Mimi najbolj pomembna za delovanje ambulante – kaj si bo mislila Marija? (Ana lahko izpade nesposobna.)

4 Pogovor z Mimi, če bosta še kdaj skupaj v ambulanti..

5 Pogovor z vsako `novo` sestro pred začetkom ambulante – Ana bo povedala, kako želi, da potekajo stvari, poudarila bo, da bo sama občasno stopila v čakalnico in pomirila najbolj nestrpne, da pa naj sestra ne-nujne in ne-naročene paciente pozove, da se naročijo.

Izbira rešitve: kadar dela s sestro prvič, Ana takoj na začetku pove, kako bi rada, da delo teče, sestro povpraša, če ji to ustreza, in preveri, ali ima kakšne dodatne predloge. Do sedaj ji je vsakič uspelo dobro in mirno oskrbeti paciente, nekateri pa so se naročili za naslednje dni.

89

ZAKLJUČEK

Ker je zavest o nadzoru nad lastnim življenjem odvisna od preteklih izkušenj/učenja, jo je mogoče z novim učenjem razvijati oziroma okrepiti. Vsi zdravniki ne izstopajo po osebnostni čvrstosti, katere varovalna vloga je nesporna, lahko pa se naučijo učinkovitega spoprijemanja z omejitvami na način, da sproti preverjajo možnost spremembe (omejitve) oziroma sprejmejo omejitev in prilagodijo lastno ravnanje. Strategije obvladovanja stresa so žal neučinkovite pri ljudeh, ki le malo verjamejo v uspeh svojih akcij (strategij), zato je smiselno usmerjati pozornost v krepitev občutka lastne učinkovitosti, ki v nadaljevanju poveča vero v lastne zmožnosti in pozitivne izide lastnega delovanja.

V vsakdanjih, omejitvah polnih in s stresom navadno močno obremenjenih pogojih dela, lahko ohranijo biopsihosocialno ravnotežje profesionalci z jasnimi vrednotami, cilji in realnim samozavedanjem, ki imajo dovolj samozaupanja, da aktivno nastopajo ter posegajo v okolje, tam, kjer spremembe konteksta niso mogoče, pa to sprejmejo. Za ljudi te vrste je značilno tudi realno umeščanje kakršnihkoli dogodkov v svoj generalni življenjski plan, prepričanje, da je v vsaki stvari (dogodku) tudi nekaj dobrega (pozitivna orientacija), občutek kontrole ter obvladovanje stresnih obremenitev, ne da bi te porušile siceršnjo psihično prilagojenost in aktivno poravnavanje (z okoljem).

MOŽNE REŠITVE (nadaljevanje):

Žrtev nasilja in druge ne-biomedicinske težave – opredelitev problema: gospa noče zapustiti moža, kar pomeni, da bo vedno znova prihajala po stalež; slovenska zakonodaja nalaga zdravstvenim in drugim strokovnim delavcem dolžnost obvezne prijave nasilja v družini – ali lahko Ana kdo toži?

Rešitve in odločanje:

1 Naslednjič, ko/če bo gospa prišla, ji bo Ana povedala, da bo nasilje v družini prijavila. Gospa jo bo morda prosila, naj tega ne naredi. Ana bo še bolj jezna in frustrirana, saj ponovno ne bo vedela, kako naj se odloči. Gospa najbrž ne bo zapustila moža.

2 Pogovor z mentorico in prošnja za nasvet – kaj če bo mentorica rekla, da se s takimi problemi nima časa ukvarjati? Kaj če bo mentorica rekla, da je sama sčasoma ugotovila, da ne more nič pomagati? Gospa najbrž ne bo zapustila moža.

3 Ana se posvetuje s kolegi, prebere nekaj člankov, pregleda spletne strani nevladnih organizacij ter poišče odgovore na vprašanje: Kaj je realno?

Gospa najbrž ne bo zapustila moža.

Izbira rešitve: Ko je gospa čez nekaj tednov zopet prišla, jo je Ana vprašala, kako ji lahko pomaga. Gospa je želela stalež, saj se je slabo počutila – bolela jo je glava, ponoči je bruhala. Ana ji je omenila prijavo nasilja, čemur je gospa odločno nasprotovala. Ana je zapisala vse v zdravstveni karton ter gospe omenila, da lahko v dogovoru z njo opravi prijavo tudi kadarkoli kasneje. Odprla ji je bolniški stalež, ob odhodu ji je dala še zloženko z vsemi potrebnimi informacijami za pomoč žrtvam nasilja v družini. Ni bila več jezna na gospo, le žalostna.

Sestri je rekla, naj naslednjega pacienta pokliče čez pet minut, in poklicala Dašo. Ta ji je rekla: »That`s life, stara moja! Pridi po službi do mene in mi pomagaj zlikati cunjice in plenice! Bodi koristna tam, kjer si lahko!«

Ker pričakovanja vplivajo na vedenje in njegove posledice, se občutek slabše učinkovitosti manifestira kot pasivnost (v procesu reševanja problemov) - tako na kognitivni kot na vedenjski ravni. Če vedenje ni usmerjeno k cilju, se oseba »prilepi« na negativne vidike situacije in lastno nezmožnost, problemska (stresna) situacija pa je tisti sprožilni dejavnik, ki aktivira negativno samovrednotenje in pasivno sprejemanje. Za zdravnike družinske medicine je pri udejanjanju profesionalne vloge, ki je neizogibno omejena, zato pomembno, da se naučijo poiskati/izoblikovati takšne aktivne pristope/rešitve/strategije, ki jih bodo lahko sprejeli in v katere bodo verjeli kot posamezniki in kot poklicna skupina.

LITERATURA

1. Sarafino EP, Ewing M. The Hassles Assessment Scale for Students in College: measuring the frequency and unpleasantness of and dwelling on stressful events. *J Am Coll Health* 1999;48(2):75-83.
2. Selič P. Stres in izgorelost: kako je mogoče razumeti in uporabiti podatke o izgorelosti na primarni ravni zdravstvenega. In: Bregar B, Peterka-Novak J, eds.. Kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu: zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije; 2010. p. 7-18.
3. Milte CM, Luszcz MA, Ratcliffe J, Masters S, Crotty M. Influence of health locus of control on recovery of function in recently hospitalized frail older adults. *Geriatr Gerontol Int* 2014; doi: 10.1111/ggi.12281. [Epub ahead of print]
4. Duckworth KE, Forti AM, Russell GB, Naik S, Hurd D, McQuellon RP. The Process of Advance Care Planning in HCT Candidates and Proxies: Self-Efficacy, Locus of Control, and Anxiety Levels. *Am J Hosp Palliat Care* 2013 Aug 13. [Epub ahead of print]
5. Selič P. Psihologija bolezni našega časa. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče; 1999. p. 21-50.
6. Parkes KR. Coping in stressful episodes: The role of individual differences, environmental factors, and situational characteristics. *J Pers Soc Psychol* 1986; 51: 1277-92.
7. Sarafino EP, Gates M, DePaulo D. The role of age at asthma diagnosis in the development of triggers of asthma episodes. *J Psychosom Res* 2001; 51: 623-8.
8. Jackson T, Wang Y, Wang Y, Fan H. Self-Efficacy and Chronic Pain Outcomes: A Meta-Analytic Review. *J Pain* 2014; pii: S1526-5900(14)00724-X. [Epub ahead of print]
9. Selič P. Psihologija bolezni našega časa. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče; 1999. p. 51-67.
10. Vargas GA, Arnett PA. Attributional style and depression in multiple sclerosis: the learned helplessness model. *Int J MS Care* 2013;15(2):81-9.
11. Romney DM. Cross-validating a causal model relating attributional style, self-esteem, and depression: an heuristic study. *Psychol Rep* 1994;74(1):203-7.
12. Kobasa SC, Maddi SR, Puccetti MC, Zola MA. Effectiveness of hardiness, exercise and social support as resources against illness. *J Psychosom Res* 1985;29(5):525-33.
13. Argyle M, Crossland J. The dimensions of positive emotions. *Br J Soc Psychol* 1987;26:127-37.
14. Kubitz KA, Peavey BS, Moore BS. The effect of daily Hassles of humoral immunity: an interaction moderated by locus of control. *Biofeedback Self Regul* 1986;11(2):115-23.

15. Petruzzello SJ, Landers DM, Hatfield BD, Kubitz KA, Salazar W. A meta-analysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise. Outcomes and mechanisms. *Sports Med* 1991;11(3):143-82.
16. Dienstbier RA. Arousal and physiological toughness: implications for mental and physical health. *Psychol Rev* 1989;96(1):84-100.
17. Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: a prospective study. *J Pers Soc Psychol* 1982;42(1):168-77.
18. Kobasa SC, Spinetta JJ, Cohen J, Crano WD, Hatchett S, Kaplan BH, Lansky SB, Prout MN, Ruckdeschel JC, Siegel K. Social environment and social support. *Cancer* 1991;67(3 Suppl):788-93.
19. Colerick EJ. Stamina in later life. *Soc Sci Med* 1985;21(9):997-1006.
20. Catanzaro SJ, Wasch HH, Kirsch I, Mearns J. Coping-related expectancies and dispositions as prospective predictors of coping responses and symptoms. *J Pers* 2000;68(4):757-88.
21. Epel ES, Lithgow GJ. Stress biology and aging mechanisms: toward understanding the deep connection between adaptation to stress and longevity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2014;69 Suppl 1:S10-6.
22. Roberts NA, Burleson MH. Processes linking cultural ingroup bonds and mental health: the roles of social connection and emotion regulation. *Front Psychol* 2013;4:52.
23. Parkes KR. Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes. *J Pers Soc Psychol* 1984;46(3):655-68.
24. Kirsch I, Low CB. Suggestion in the treatment of depression. *Am J Clin Hypn* 2013;55(3):221-9.
25. Khan A, Faucett J, Lichtenberg P, Kirsch I, Brown WA. A systematic review of comparative efficacy of treatments and controls for depression. *PLoS One* 2012;7(7):e41778.
26. Marx EM, Schulze CC. Interpersonal problem-solving in depressed students. *J Clin Psychol* 1991;47(3):361-70.
27. McDaniel DM, Richards CS. Coping with dysphoria: gender differences in college students. *J Clin Psychol* 1990;46(6):896-9.
28. Goleman D. Čustvena inteligentnost: zakaj je lahko pomembnejša od IQ. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2001. p. 41-339.
29. Goleman D. Social Intelligence – The New Science of Human Relationships. London: Hutchinson; 2006. p. 41.
30. Goleman D. Emotional Intelligence (10th ed). New York: Bantam, Random House, Inc. 2005. p. 31.
31. Selič P. Pomen čustev v profesionalni medosebni interakciji: izhodišča za čustveno inteligentno sporazumevanje. *Družinska medicina* 2011;Suppl 9:4.

KAJ SI DRUŽINSKA MEDICINA ŠE LAHKO NALOŽI? ZDRAVSTVENA POLITIKA IN DRUŽINSKA MEDICINA



Janko Kersnik¹

SPREHOD V ZGODOVINO ZA LAŽJI POGLED NAPREJ

Družinska medicina je verjetno edini zdravniški poklic, ki veliko časa namenja sestavljanju seznamov znanj in veščin, ki naj bi jih specialist družinske medicine obvladal za opravljanje svojega poklica. Ker nam je medicinsko-zgodovinski razvoj pri živem telesu postopno trgal kos za kosom dejavnosti, ki so postale področje dela okoli 50 specialnosti in subspecialnosti, smo tudi edina stroka, ki želi v tem strokovnem močvirju začrtati meje (1). Romantično obdobju zadnjih 40 let zavedanja svoje istovetnosti, ko je prevladoval napihnjeni altruizem, ki je zapovedoval, da mora zdravnik v splošni ambulanti pogoltniti vse, česar drugi nočejo, in le tisto, kar drugi dovolijo, se je pred kratkim končalo, in mlajše generacije pod vplivom sodobnih gibanj ne hlepijo več po vedno širši paleti nalog, temveč zahtevajo jasnejše meje, jasne naloge in manjši obseg dela. Niso več pripravljeni prevzemati dejavnosti, ki v osnovi ne sodijo v družinsko medicino, kot je izvajanje službe nujne medicinske pomoči, ukvarjanje z začasno in trajno delazmožnostjo, nekatera sodnomedicinska opravila idr. V tej ihti pa se otepajo tudi opravil, ki sodijo v ambulanto družinske medicine, pa so jih tradicionalno zadnja desetletja izvajali v drugih dejavnostih.

SPLOŠNA PROTI DRUŽINSKI

Že poimenovanje naše stroke družinska medicina v devetdesetih letih je povzročilo raznolike razlage in zmote zaradi semantike (2). Ta je bila tudi ključni razlog za poimenovanje stroke, ki pravzaprav ostaja najbolj splošna medicinska stroka, a to vsekakor ni stroka, ki se je priučiš s tem, ko diplomiraš na medicinski fakulteti, študijska smer »splošna medicina«. Njeno nasprotje ni nobena specialistična medicina, temveč dentalna medicina.

¹Prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana in Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Mariboru, Taborska 8, 2000 Maribor

Naprej se z izrazom zapleta v zdravstveni dejavnosti, ko se v ambulantni dejavnosti v osnovnem zdravstvu med različnimi »dispanzerji«, ki glede na koncept dispanzerske metode to niti niso, pojavi pojem splošne ambulante. Zdravnik, ki dela v njej, je po analogiji splošni zdravnik.

Splošni zdravnik je v žargonu Zdravniške zbornice Slovenije postal tudi zdravnik, ki ni končal nobene specializacije. Da ne omenjam anekdotičnega dogodka z usodnega senata medicinske fakultete v osemdesetih letih, ko je dobro pripravljen program uvedbe splošne medicine kot predmeta na fakulteti s sofisticiranim semantičnim aforizmom: »Kako je lahko nekaj, kar ima že v imenu splošno, lahko specialno?« uspel sesuti sicer nepomemben profesor interne medicine. Da ne bo pomote - Anglež in Irci imajo s tem probleme še dandanašnji. Zaradi tega je bila izbira novega imena stroke po vzoru zahodne poloble optimalna rešitev, kako se znebiti neblestečega izvora.

OSAMLJENA DRUŽINSKA

Seveda je v naši družbi vsepovsod prisoten »koroški sindrom«, ki nas spremlja skozi stoletja, leta 1920 pa se je dokumentirano izkazal za zgrešenega. Različni dušebrižniki za svoje ozke interese so poleg zdravniške zbornice ščuvali celo slovenski Unicef, da so javno nastopali proti družinski medicini, ko je šlo za tako preprosto vprašanje, kot je to, ali je za delo v ambulantni družinske medicine (tehnični izraz Zavoda za zdravstveno zavarovanje je »splošna ambulanta«, ki ja nasledil desetletja udomačenega izraza splošna praksa) potrebna obvezna specializacija, ali ne. V zavezništvu proti obvezni specializaciji so se združili vsi, ki so v tedanji družbi kaj pomenili, ker niso uspeli končati specializacije, saj jim je val zasebnitva omogočil odpreti zasebno ambulanto, ne da bi imeli opravljeno kakršno koli specializacijo, ker je to pomenilo grožnjo, da bo dvoletni sekundariat odveč, ker so imeli neprijetne spomine na prisilno dvoletno delo v splošnih ambulantah pred možnostjo iskanja druge specializacije, in ker so tam spoznali sistem dela »garnizijske ambulante« vračanja ljudi nazaj na delo in pošiljanja k specialistom ter ne nazadnje zato, ker se je v tistem obdobju razširila težnja po kakovostnejšem izvajanju nujne medicinske pomoči, ki jo je uspelo kot kukavičje jajce podtakniti zdravstvenim domovom in »splošni medicini«. Na srečo se je stroka od ustanovitve Združenja zdravnikov družinske medicine SZD 1966, ko so prvi kolegi končali specializacijo iz splošne medicine, krepila z vedno novimi specialisti, ki so se specializacije lotevali bolj iz osebnega nagiba kot zaradi potrebe ali zahtev delodajalcev ali zdravstvene politike (3). Nastajala so prva raziskovalna dela s področja družinske medicine, prvi zanesenjaki so doktorirali, dobili smo primarije in fakultetne učitelje.

Nastanek samostojne države z novo zakonodajo, ki je uzakonila osebnega zdravnika, je omogočilo uveljavljanje številnih prvin sodobne družinske medicine pri vsakdanjem delu, in s tem dalo eno ključnih podlag za uspešen razvoj družinske medicine (4). Kljub vsemu so nam bile rojenice ob sprejemanju Zakona o zdravnikih bolj naklonjene, kot sojenice kasneje ob sprejemanju Kolektivne pogodbe za zdravnike, kjer so nam kolegi drugih strok jasno pokazali, kakšno je njihovo mnenje o nas, kadar se lahko o tem izrazijo s pozicije moči. Hitro so pozabili na zasluge »splošnjakov«, ki so za zdravništvo z grenkobo v srcu in s solzami v očeh izbojevali stavkovne zahteve v devetdesetih letih. Če bi gledali na ugled skozi denar, je jasno, da družinska medicina ni med najuglednejšimi medicinskimi strokami.

KJE SO TOREJ MEJE DRUŽINSKE MEDICINE?

Meje lahko prihajajo iz zdravnika družinske medicine samega, bolnika in njegovega zdravstvenega stanja, razvitosti medicinske stroke v celoti in družinske medicine, izobraževalnih programov za zdravnike, organizacije sistema zdravstvenega varstva, družbe kot celote, organizacije pokrivanja stroškov zdravstvene dejavnosti in strokovnega egoizma oz. rivalstva med strokami.

MEJE POSAMEZNEGA ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE

Medicina je poklic, ki kljub organiziranemu sistemu zdravstvene dejavnosti še vedno izpostavlja absolutno odgovornost posameznika. Retrogradno to lahko lepo vidimo iz prakse sodišč, ki se je prenesla v splošno družbeno klimo – išče se zgolj in predvsem vlogo zdravnika pri neugodnem razvoju dogodkov, kot da bi zdravniki porivali ljudi pod vlak, jim zadajali rane in bolezni, ne pa, da je tudi medicina v sodobni družbi del sistema, kjer številni dejavniki vplivajo na izide. Po drugi strani nas ob vedno večji avtomatizaciji medicinskih ukrepov o naši pogrešljivosti stalno opozarjajo politiki in plačnik zdravstvenih storitev. Kljub vsemu bo zdravnik vedno ostal nenadomestljiv pri odločanju o ukrepih in pravičnem informiranju vseh skupin bolnikov. Nemogoče si je namreč zamisliti, da bi svobodna izbira bolnikov in tržni pristop zdravstvene dejavnosti lahko nadomestila etično in strokovno presojo strokovnjaka. Kaj ljudje zmoremo, je močno povezano z nami samimi. Polno zdravje in dobro počutje predstavljata odsotnost ovir zaradi bolezni, izgorelosti in s tem povezanega slabega počutja. Tako kot ostali ljudje lahko zbolimo, postanemo zasvojeni ali izgoreli. Prav tako naši sodelavci. Pa se do njih in oni do nas vedno vedejo tako, kot se sicer do bolnikov? Sami od sebe in sodelavcev idealizirano pričakujemo več kot sicer.

Pri našem delu je poleg sposobnosti dobre komunikacije, h kateri praviloma stremimo vsi, zelo pomembno tudi učinkovito odločanje. Pri tem se med seboj močno razlikujemo. Že samoselekcija, da smo izbrali delo v ambulantni, kjer kljub timskega delu večji del bremena odločanja nosimo sami, in relativno hitro vrtenje tekočega traku bolnikov v delovnem dnevu iz nas naredijo osamljene jezdece z okvirnimi zemljevidi in skromno podporo za reševanje široke palete zdravstvenih težav. To zahteva od nas ogromno energije, radovednosti, motiviranosti in iskanja zadovoljstva v majhnih uspehih. Pri delu v družinski medicini se ne moremo kititi s heroičnimi dejanji, ki pridejo na naslovnice, a nam to lahko nadomestijo zahvala, hvaležen pogled, ali pravočasno ugotovljena diagnoza.

Slabost strokovne osamljenosti na osebni ravni je inercija, vztrajanje pri načinu dela, ki ga je čas povozil. Poleg različnih možnosti sodobnih komunikacijskih poti je osebno druženje na različnih strokovnih in drugih dogodkih kljub izoliranosti pomembno gonilo izboljševanja kakovosti dela, in tudi blažilec grozeče izgorelosti, ko si naložimo preveč.

Živ človek zmore vse. Osebne meje moramo prepoznati, da si v posodo enega delovnega dne ne naložimo več, kot naše psihofizične zmožnosti še varno zmorejo, in da iz katerega koli nagiba ne prevzamemo številnih dodatnih nalog in nadur. Kljub želji po priljubljenosti in sprejetosti se moramo zavedati, da nas ljudje cenijo po položaju, ki ga imamo v družbi. Za našim odhodom zaradi naše bolezni jih ne bo veliko zdihovalo, saj bo kmalu nekdo drug na našem mestu žel probleme in pohvale.

MEJE ZARADI IZOBRAŽEVALNIH PROGRAMOV ZA ZDRAVNIKE

Izobraževanje predstavlja bližnjico do znanja in veščin, ki bi si jih sicer morali pridobiti z dolgoletno prakso. Za zahtevne poklice je tako nujno posameznike usposobiti, da se bodo lahko spopadli s situacijami, ki bi jim brez usposabljanja ne bi bili enako kos, kot če so ustrezno usposobljeni. Izhodiščno stopnjo znanja in veščin dasta splošni dodiplomski medicinski študij in staž iz prepoznavanja in obvladovanja nujnih stanj. S tem je zdravnik usposobljen za samostojno delo z bolniki v takih okoljih, kjer raven dejavnosti ne zahteva dodatnih ali posebnih veščin, in kjer delo poteka v timu več zdravnikov, ali pa je možno pridobiti nasvet ali pomoč v relativno kratkem času. Družinska medicina ima tako kot vse ostale stroke številne posebnosti. Zaradi izpostavljenosti prvemu stiku z bolnikom z nedefiniranimi zdravstvenimi problemi, ki so lahko relativno redki, in se zato zanje ni moč usposobiti zgolj z delom in opazovanjem, predstavlja potencialno past za zmote, zamujeno diagnostiko in zdravljenje.

Specializacija, ki dopolni znanja in veščine na teh specifičnih področjih dela, je zato nujna za delo v strokovni osami ambulante, kakršno praviloma je v družinski medicini. Specializacija, čeprav generična in usklajena z Evropsko definicijo in Euractovim Izobraževalnim programom, je še vedno nacionalno obarvana s poudarki na dejavnostih, ki se izvajajo v družinski medicini danes (5).

Stalno strokovno izpopolnjevanja je predvsem stvar vsakega posameznika. Večina nas je zelo motiviranih za proučevanje novih možnosti ukrepanja, in se z njimi seznanjamo na različne načine samostojno, nekaj malega pa tudi organizirano s strokovnimi srečanji ali posebnimi usposabljanji, kadar spremembe v naravi dela to zahtevajo. Kljub pritisku obvezne udeležbe na strokovnih srečanjih zaradi podaljševanja licenc pa se še vedno najdejo posamezniki, ki delajo le še po inerciji. Stalni strokovni nadzor s svetovanjem jih sicer razkrije, a pravega zdravila zanje ni.

MEJE ORGANIZACIJE SISTEMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Sistemov zdravstvenega varstva je celo več kot je držav, saj imajo nekatere znotraj svojih meja tudi po več različnih. Sistem zdravstvenega varstva je kot družina malega otroka, tudi najslabši je še vedno »naš«. Vanj smo enostavno rojeni, in nam predstavlja vsesplošno normo, katere se navadimo in nam kljub eventualnim kritikam predstavlja izhodišče za kasnejše ravnanje in ocene. Zdravstvena politika določa zakonodajo, višino in vire sredstev za izvajanje zdravstvene dejavnosti, ne glede na to kaj priporočajo mednarodne organizacije (5, 7). Sistem zdravstvenega varstva je lahko bolj ali manj rigid. Najtežji so sistemi, kjer se spremembe zaradi postavljanja spomenikov politikom brez vizije vrstijo druga za drugo. Sistem zdravstvenega postavlja okvir za infrastrukturo, opremljenost, financiranje, razpoložljiv čas in plače.

Šele s spoznavanjem drugih sistemov vidimo, da idealnega ni. Glavna pozornost zdravstvene politike na deklarativni ravni je namenjena občanom in primarni ravni (8), dejansko pa predvsem vzdržnosti sistema. Pričakovali bi, da bo zdravstvena politika določala smernice, a so le-te praviloma produkt različnih strokovnih organizacij. Tako organizacija sistema zdravstvenega varstva ključno vpliva na razdelitev področij dela, ker se praviloma ne sprašuje, kaj bi bilo potrebno narediti, temveč, kdo bo plačan za neko dejavnost. S tem zdravstvena politika mimo stroke definira meje posameznih strok, saj kljub temu, da velja splošno načelo, da lahko zdravnik izvaja tiste ukrepe, za katere je usposobljen, to na koncu izvedemo na to, katere aktivnosti so plačane kateri stroki.

MEJE MEDICINE V OKVIRU DRUŽBE KOT CELOTE

Živimo v sodobnem svetu, kjer je medicina postala univerzalna religija. Zdravje, dolgo življenje, življenjska sila in s tem povezano preprečevanje bolezni, agresivno zdravljenje in podaljševanje življenja so postali sodobna moralna norma ne glede na svetovni nazor posameznika. Navidezno medicina nima meja. Na žalost pa nobena sodobna družba še ni dosegla pričakovane popolne razvitosti in samoaktualizacije svojih državljanov. Družba skozi medije na sodobni marketinški način uravnava pričakovanja in potrebe ljudi. Mnogi šele iz občil izvedo, kaj potrebujejo. Medikalizacija dosega neslutene razsežnosti, in ni ji videti konca (9). Različne alternativne in komplementarne prakse se ponujajo kot možna alternativa medicini, a se izkaže, da človeštvo silijo v isto potrošniško smer. Zaradi tega so racionalni pogledi zdravstvenih strokovnjakov pogosto sprejeti kot omejevanje svobode in pravic bolnikov. Na srečo je prosta dostopnost do široke palete informacij zlasti mlajšim generacijam tudi koristna, saj jim omogoča izbiro, ker niso togo vezani le na eno resnico z domačega praga. Seveda pa nekontrolirana informiranost za zdravnike lahko predstavlja težak izziv, na katerega se moramo dobro pripraviti, da bomo bolnike s pravo mero strokovnosti ob pomoči večšin sporazumevanja lahko pomirili, poučili in ustrezno usmerili pri njihovem iskanju odgovorov.

98

MEJE ZARADI ORGANIZACIJE POKRIVANJA STROŠKOV ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Denar je poleg velikih strasti glavno gonilo in pogosto tudi vodilo razvoja. Številne bolezni smo boljše spoznali šele, ko je trg ponudil tudi sredstva za njihovo obvladovanje. Nepotrebno je kriviti farmacevtsko industrijo za medikalizacijo, zdravstveno potrošništvo in eventualne zablode v medicini. Del podaljševanja življenjske dobe in boljše kakovosti življenja je poleg splošnih ukrepov sodobnih družb, ki so temeljili na medicinskih spoznanjih, tudi prispevek podporne medicinske industrije, ki je ponudila orodja in sredstva za uveljavitev medicinskih sanj. Samo potrošništvo v medicini ne bi prestavljalo nobenega posebnega družbenega problema, oz. bi bilo podobno kot v ZDA lahko celo gonilo rasti bruto domačega produkta, če Evropa in večji del sveta ne bi bili dediči podržavljenih sindikalnih modelov zavarovanja za primer bolezni iz konca 19. Stoletja. Takrat so proletarci spoznali, da so bolezen in poškodbe ključni dejavnik obubožanja delavca, in so ustanovili bratske skladnice za zavarovanje take nesreče za svoje člane in njihove družine. Napredne države so to posvojile kot državni program, ki ga z variacijami najdemo praktično v vsaki sodobni državi.

Ključni problem neomejene komunistične solidarnosti, tj. vsak po svojih zmožnostih, vsakomur po njegovih potrebah, je v omejenosti virov in neomejenosti »potreb«, ki jih na eni strani narekujejo skorajda brezmejne možnosti zdravstvene industrije, na drugi pa z vajeti spuščene želje bolnikov.

Temu seveda sledijo politični ukrepi omejevanja v najrazličnejših administrativnih oblikah, ki zakoličijo meje posamezne stroke. Nihče na dolgi rok namreč ni pripravljen izvajati dejavnosti, ki mu ne povrne stroškov, ali ne prinese dobička. Če pa se pod pritiskom to dogaja, je takšna organizacija praviloma v finančni izgubi. Skozi način financiranja smo tako dobili razdrobljeno osnovno zdravstveno dejavnost, številne kronične bolezni so se obravnavale poliklinično in brez vizije smo uvajali polspecialistične oblike obravnave. V prizadevanjih za financiranje določene dejavnosti je bilo v ospredju vprašanje, katera stroka bo pridobila status sponzoriranega, ne pa vprašanje, kaj je potrebno ukreniti, da bi dosegli cilje zdravstven politike. Vračanje h koreninam teče počasi, a postopno se širi razumevanje, kaj so ključni osnovnozdravstveni ukrepi, ki jih mora družb ponuditi, in manj je enačenja aktivnosti in izvajalcev.

MEJE ZARADI STROKOVNEGA EGOIZMA OZ. RIVALSTVA MED STROKAMI.

Kakor je bila sredina 20. stoletja zaradi izjemno hitrega napredka večine medicinskih področij nenaklonjena celovitosti obravnave bolnika, in je bila ta odrinjena na stran, v nekaterih sistemih zdravstvenega varstva pa politično praktično izbrisana, je druga polovica ponudila njen preporod. Kot kakšna pastorka pa se še vedno lovi med onnipotentnostjo in posebnostjo. Z definicijami si poskuša zakoličiti svoje meje, a pri tem naleti na barikade ostalih medicinskih in drugih strok v zdravstvu. Za utrditev lastne identitete zgolj marljivo delo z bolniki, ki so naš ključni zaveznik obstoja stroke, ni dovolj, temveč so določene politično obarvane aktivnosti nujne. Ključni stebri moči so poleg kakovostnega strokovnega dela, ki ga je na podlagi objav raziskav na področju družinske medicine moč preveriti v strokovni literaturi, še akademski razvoj stroke, močna mednarodna in nacionalna združenja ter enakopraven dialog z drugimi strokami. Zlasti pri slednjem se najhitreje pokažejo slabosti, če v določenem okolju ni hierarhično enakovrednega sogovornika.

MEJE GLEDE RAZVITOSTI MEDICINSKE STROKE V CELOTI IN DRUŽINSKE MEDICINE

V medicini ne more zmanjkati dela, zato se je pogosto škoda puliti zanj. Strategija nas predvsem usmerja v prizadevanje za celovito obravnavo bolnikov, pri čemer so dejavnosti drugih strok komplementarne z našim delom v doseganju ciljev kakovostne, pravične, pravočasne in etično korektne oskrbe zaupane nam populacije (5). Meje so pri tem dinamične, odvisne od narave bolnikovega zdravstvenega stanja, pogostosti problematike in ne nazadnje od razpoložljivosti vseh oblik virov za oskrbo v konkretnem okolju in času. Sodelovanje različnih strok in profilov pri timski obravnavi bolnikov postaja ključna oblika obravnave bolnikov, saj skorajda ni zdravstvenega problema, ki bi ga lahko suvereno rešil en samcat posamezni izvajalec zdravstvene dejavnosti, oziroma bi lahko posameznemu bolniku lahko zagotovil celotno paleto medicinskih ukrepov, ki jih bi le-ta potreboval. Življenjska nuja je v povezovanju in sodelovanju preko meja posamične ordinacije, ambulante in zavoda. Pri tem bolj kot medsebojni odnosi med strokami šepa organizacija na ravni sistema zdravstvenega varstva, ki skuša probleme reševati na način, ki je te probleme povzročil, oziroma se kljub uporabi moderne tehnologije pri načrtovanju organizacije dela vrača v prvo polovico dvajsetega stoletja, ko se je skoraj celotno zdravstveno dejavnost dalo organizirati preko ene oseb, torej zdravnika.

100

SKLEP

Meje v medicini so v nasprotju z državnimi dinamično gibljive v času in konkretni situaciji. Ključnega pomena je, da med mejami posameznih profilov in strok ni nikogaršnjega ozemlja, da na njem ne prihaja do pogojev za nekakovostno delo. Borba za širjenje meja mora biti predvsem povezana z racionalnimi razlogi, ki ob razvoju medicine, pogostosti problematike in enostavnostjo uporabe tehnologije omogoča izvajanje ukrepov čim bliže bolniku. Večje in številčnejše kot so obremenitve, večjega pomena je ustrezna delitev dela v ožjem in razširjenem timu. Predvsem pa moramo biti pripravljeni na stalne spremembe, zato je koristno, da imamo ves čas pred očmi vizijo svoje stroke.

LITERATURA

1. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European Definition of General Practitioner [Internet]. Evans P, editor. WONCA EUROPE (The European Society of General Practice/ Family Medicine); 2005. Available from: <http://www.euract.eu/official-documents/finish/3-official-documents/94-european-definition-of-general-practitioner-family-medicine-2005-full-version>
2. Seifert B, Svab I, Madis T, Kersnik J, Windak A, Steflova A, et al. Perspectives of family medicine in Central and Eastern Europe. *Fam Pract* [Internet]. 2008;25(2):113–8. Available from: http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed8&AN=2008260720\nhttp://metalib.lib.ic.ac.uk:9003/sfx_local?sid=OVID&isbn=&isn=0263-2136&volume=25&issue=2&date=2008&title=Family+Practice&atitle=Perspectives+of+family+medicine+in+Central+and+Eastern+Europe&aulast=Seifert+B.&spage=113
3. Bulc, Svab I, Pavlic D, Kolsek M. Specialist training of Slovene family physicians. *Eur J Gen Pract*. 2006;12:128–32.
4. Albrecht T, Delnoij DMJ, Klazinga N. Changes in primary health care centres over the transition period in Slovenia. *Eur J Public Health* [Internet]. 2006 Jun [cited 2014 Feb 25];16(3):238–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16431868>
5. Heyrman J, editor. The EURACT Educational Agenda [Internet]. Leuven: European Academy on Teachers in General Practice (EURACT); 2005. Available from: <http://www.euract.eu/official-documents/finish/3-official-documents/93-euract-educational-agenda>
6. Anon. Primary Health Care Now More Than Ever [Internet]. Geneva: WHO; 2008. Available from: http://www.who.int/whr/2008/08_overview_en.pdf
7. Anon. Declaration of Alma-Ata. Alma-Ata: WHO; 1978. Available from: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12
8. Assembly SWH. Primary health care , including health system strengthening. 2009;(May):2007–9.
9. Expert panel on effective ways of investing in health. Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems [Internet]. Brussels: EU; 2014. Available from: http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/001_definitionprimarycare_en.pdf

NOVE TEHNOLOGIJE V DRUŽINSKI MEDICINI: UPORABA OBPOSTELJNEGA ULTRAZVOKA V DRUŽINSKI MEDICINI



Gregor Prosen¹
Andrej Bergauer²

Prvi primer

Žena 69-letnega gospoda je poklicala v ambulanto družinskega zdravnika in prosila za hišni obisk. Moža je dopoldan namreč "vsekalo" v križu in od takrat se več ne more niti premakniti, le leži in stoka od bolečin. Bolečina je dokaj tipična za lumbago in podobna tisti, ki jo je pred leti čutil pred operacijo "na križu". Vzel je že dve tableti diklofenaka, brez bistvenega olajšanja.

Po redni ambulanti se zdravnik odpravi na hišni obisk in najde bolečinsko prizadetega moškega ki se zaradi bolečin le stežka premakne. Bolečina je stalna, v predelu križa, se ne širi, je bolj ali manj neodvisna od premikanja. Za drugimi simptomi ne toži. V kliničnem pregledu je najti le palpatorno bolečino v križu, test po Lazareviću je negativen, sensorika in motorika nog je ohranjena, brez sfinkterskih motenj. SpO2 97%, krvni pritisk 130/90 mmHg, pulz 65/min, okončine tople. Ostali status je negativen.

103

Uporaba obposteljnega ultrazvoka (angl. "POCUS"; Point-of-care UltraSound) je postala nepogrešljiv podaljšek kliničnega pregleda v številnih vejah medicine, začeni z urgentno in intenzivno medicino(1). Uporabo v različnih vejah medicine prikazuje tabela 1.

¹ Asist. **Gregor Prosen**, dr.med., Center za nujno medicinsko pomoč, ZD Dr. Adolfa Drolca Maribor, C. proletarskih brigad 22, 2000 Maribor in Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Taborska c. 8, 2000 Maribor in Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru, Žitna ul. 15, 2000 Maribor

² Asist. **Andrej Bergauer**, dr. med., Oddelek za žilno kirurgijo, UKC Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor

Tabela 1: Izbrane aplikacije POCUS v različnih specialnostih medicine (povzeto po (1))

Specialnost medicine	Uporaba ultrazvoka
ANESTEZIOLOGIJA	vodenje za žilni dostop, lokalna anestezija, intraoperativni monitoring, tekočinskega statusa in srčne funkcije
DERMATOLOGIJA	ocena kožnih lezij in tumorjev
ENDOKRINOLOGIJA IN ENDOKRINOLOŠKE OP	ocena ščitnice in obščitnic, vodenje posegov
ENDOKRINOLOGIJA IN ENDOKRINOLOŠKE OP	ocena materničnega vrata, maternice in adneksov, vodenje posegov
INTENZIVNA MEDICINA	vodenje posegov, ocena pljuč, fokusiran echo
KARDIOLOGIJA	ehokardiografija, znotrajsrčna ocena
PORODNIŠTVO	ocena nosečnosti, detekcija nenormalnosti ploda, vodenje posegov
NEONATOLOGIJA	UZ glavice in ocena pljuč
NEFROLOGIJA	žilni dostop za dializo
NEVROLOGIJA	transkranijski Doppler, ocena perifernega živca
OFTALMOLOGIJA	ocena roženice in mrežnice
ORTOPEDIJA	uporaba za muskuloskeletni sistem
OTORINOLARINGOLOGIJA	ocena ščitnice, obščitnic in tumorjev na vratu, vodenje posegov
PEDIATRIJA	ocena mehurja, vodenje posegov
PULMOLOGIJA	transtorakalna ocena pljuč, endobronhialna ocena, vodenje posegov
RADIOLOGIJA	k pacientu prinešen UZ z interpretacijo ob postelji, vodenje posegov
REVMATOLOGIJA	spremljanje sinovitisov, vodenje posegov
SPLOŠNA KIRURGIJA	UZ dojke, vodenje posegov, intraoperativna ocena
URGENTNA MEDICINA	dihalna pot, UZ pljuč, srca, FAST, AAA, GVT, hidronefroza, žolčnik, mehka tkiva, posegi
TRAVMATOLOGIJA	E-FAST, vodenje posegov
UROLOGIJA	ocena ledvic, mehurja in prostate, vodenje posegov
ŽILNA KIRURGIJA	ocena karotid, arterij in ven, vodenje posegov

Osnovni koncept POCUS je v osnovi enak pri uporabi v vseh specialnostih - pomaga nam pri boljšem izvajanju telesnega pregleda, saj nam omogoča, da neposredno "vidimo" organe in fiziološka dogajanja v telesu. Navkljub možnosti neposredne vizualizacije dogajanj v telesu pa smiselna uporaba POCUS temelji na oceni predtestne verjetnosti za določeno stanje/patologijo; le-to ocenimo z natančno anamnezo in osnovnim "klasičnim" kliničnim pregledom. POCUS je tako "le" podaljšek kliničnega pregleda in osnovnega kliničnega razmišljanja!

V tej osredotočeni uporabi obpostelnega UZ se POCUS najpomembneje razlikuje od klasičnega poglobljenega UZ pregleda, ki ga opravljajo ostali "diagnostični" specialisti (radiologi, kardiologi, ginekologi). Klasičen "radiološki" UZ pregleda trebuha je poglobljen in širok, ultrazvočist pregleda vse organe in oceni/izključi prisotnost najširše patologije v trebuhu - za razliko od obpostelnega, usmerjenega UZ, kjer je nabor aplikacij oz. specifične patologije ki jo opazujemo, neprimerno ožji in bolj specifičen: t.j., z POCUS na osnovnem nivoju želimo potrditi/ovreči le prisotnost specifične patologije v trebuhu, npr: prisotnost anevrizme abdominalne aorte (AAA), prisotnost proste tekočine v peritonealni votlini, prisotnost žolčnih kamnov in sonografskih znakov holecistitisa, prisotnost oz. odsotnost hidronefroze.

Uporaba obpostelnega UZ je zatorej predvsem klinično, problemsko naravnana; ob stiku s pacientom odgovoriti na specifična klinična vprašanja, na primer, ali so prisotni žolčni kamni? Samo v kombinaciji z ostalim kliničnim pregledom in razmišljanjem pa je možno ultrazvočno najdbo smiselno umestiti v klinično obravnavo (ocena predtestne verjetnosti!).

Tabela 2: Značilnosti "urgentnega" ultrazvoka

• Opravljen za definirano indikacijo
• Osredotočen
• Hitro naučljiv in enostaven
• Usmerjen proti majhnemu številu enostavno opredeljivih vzrokov
• Neposredno vpliva na proces kliničnega odločanja
• Opravljen "ob postelji"

Uporaba obpostelnega UZ v ambulanti družinske medicine se v osnovnem konceptu ne razlikuje od uporabe v urgentni medicini, še posebej v sistemu NMP v Sloveniji. Različne so kvečjemu le specifične aplikacije.

Obposteljni UZ v urgentni medicini v Sloveniji uporabljamo za zelo podobne aplikacije kot v razvitih sistemih urgence v svetu ⁽²⁾. Poglavitna uporaba v urgentni medicini v Sloveniji je na *osnovnem* nivoju v aplikacijah:

- **UZ pljuč in dihal:** potrditev lege tubusa, prisotnost pnevmotoraksa, fluidotoraksa, pljučnice, pljučnega edema.
- **obposteljni UZ srca/osnovni nivo:** prisotnost perikardialnega izliva/tamponade, ocena vene kave/marker tekočinske odzivnosti, ocena grobe črpalne funkcije srca, prisotnost akutnega pljučnega srca (masivna pljučna embolija).
- **UZ trebuha:** prisotnost proste tekočine v peritonealnem prostoru (FAST protokol), prisotnost žolčnih kamnov in znakov holecistitisa, prisotnost hidronefroze, prisotnost AAA.
- **poškodbe:** FAST protokol, izključitev zlomov.
- **CŽS:** groba ocena poškodb očesa, premer optičnega živca (marker povišanega znotrajlobanjskega pritiska)
- **posegi:** znotrajžilni pristop (osrednji/periferni), punkcije/drenaže (plevralna, peritonealna, sklepna, lokalna anestezija)

106

Znanja oz. specifične aplikacije iz UM pa lahko s pridom uporabimo tudi v ambulantni družinske medicine. Le-te lahko uporabimo bodisi na hišnih obiskih, v ambulantni družinske medicine ali na dežurstvih v okviru NMP, tako na terenu kot v urgentni ambulanti.

Uporabimo lahko majhne, lahke prenosne UZ aparate, ki jih lahko nesemo in uporabljamo kjerkoli.

Prvi primer - nadaljevanje

Četudi sta se anamneza in status zdela jasna za lumbago oz. mehanično bolečino v križu, pa je zdravnik primerno razširil diferencialno diagnozo, saj je eden izmed pomembnih "rdečih zastavic" (angl. "red flags") starost nad 60 let. Pri starejših je diferencialno diagnozo namreč treba razširiti na številna stanja izven hrbtenice.

Zaradi tega je zdravnik z majhnim prenosnim UZ aparatom opravil osredotočen pregled trebušne aorte in jo premeril na treh mestih v poteku izpod odcepišča ledvičnih arterij, do razcepišča.

Jasno je izmeril največji premer trebušne aorte (AAA) 5,13 cm (slika 1) z jasnim strdkom v svetlini.

Po definiciji je bila trebušna aorta v tem primeru anevrizmatsko razširjena in ob skladnih simptomih (bolečina v križu, bolečina ledveno, bolečina "ledvene kolike", bolečina v trebuhu, sinkopa) je bila delovna diagnoza razpočenje anevrizme abdominalne aorte.

Bolnik je bil k sreči še vedno hemodinamsko stabilen, a vseeno je bil potreben takojšen prevoz v najbližjo bolnišnico z abdominalnim kirurgom, po možnosti z zmožnostmi žilne kirurgije. Potrebna je bila takojšnja CT angiografija trebušne aorte, nato pa čim prejšnja operacija.

Prvi primer opisuje klasično past klinične slike razpoka AAA - bolečino v križu pri starejšem. Občutljivost in specifičnost telesnega pregleda za prisotnost AAA je izredno slaba (okoli 50%), zato je praktično neuporaben. Edina možnost obposteljne prepoznave AAA je z ultrazvokom.

V tem resničnem primeru je prišlo do delne ruptur AAA, ki pa je bila prve ure bolečin v križu "zatamponirana" z brazgotinami od prejšnje operacije na ledveni hrbtenici (t.i. "ruptura tecta"), kar je tega bolnika rešilo pred skoraj gotovo smrtjo. K sreči je približno 80% ruptur AAA retroperitonealnih, ob katerih se krvavitev vsaj delno upočasnjuje, in nam daje možnost prepoznave in pravilnega ukrepanja. Praktično gledano, prepoznavna ni možna brez uporabe obposteljnega UZ!

Drugi primer

Gre za hipotetičen primer 68-letnega bolnika z AH in kronično bolečino v križu. Pred leti je imel operacijo hernije diska (L4). Redno jemlje zdravila za visok krvni pritisk in nesteroidne antirevmatike po potrebi. Je dolgoletni kadilec.

Med enim izmed rednih obiskov v ambulanti osebnega zdravnika se zdravnik odloči, da bi glede na starost in rizične dejavnike, po priporočilih evropskega⁽³⁾ in slovenskega združenja⁽⁴⁾ za žilno kirurgijo bilo smiselno pri tem bolniku opraviti presejalni ultrazvočni pregled trebušne aorte. (tabela 3).

Tabela 3: Presejalni UZ pregled trebušne aorte svetujemo v naslednjih primerih⁽⁴⁾

Moškim med 60. in 85. letom

Ženskam med 60. in 85. letom, ki imajo dodatne dejavnike tveganja za srčnožilne bolezni (kajenje!)

Vsem osebam, starejšim od 50 let, ki imajo pozitivno družinsko anamnezo AAA

108

V primeru prisotnosti (klinično neme) anevrizmatsko razširjene trebušne aorte, je smiselna nadaljna obravnana oz. kontrole pri žilnem kirurgu (slovenska priporočila; Tabela 4).

Tabela 4: Pri osebah, ki so opravile presejalni ultrazvočni pregled aorte, svetujemo naslednje postopke:⁽⁴⁾

Pri premeru aorte <3cm nadaljnji ukrepi niso potrebni

Pri AAA s premerom 3-4 cm svetujemo UZ kontrolo čez 1 leto.

Pri AAA s premerom 4,1 - 4,5 cm svetujemo UZ kontrolo čez 6 mesecev.

Z široko uvedbo presejalnega testiranja bi bilo glede na podatke pridobljene iz štirih večjih študij mogoče pričakovati zmanjšanje umrljivosti zaradi razpoka AAA za polovico v desetih letih (v primerni skupini; starejši moški, kadilci).

Uporaba UZ v ambulanti DM za namen usmerjenega presejanja pojavnosti AAA bi lahko bila nova in koristna aplikacija.

Poleg uporabe UZ v aplikacijah podobnih kot v urgentni/akutni medicini, pa se UZ v ambulanti DM ponuja tudi možnost uporabe UZ kot demonstracijskega in izobraževalnega orodja. Na prvi medicinski fakulteti, ki je sistematično vključila poučevanje UZ v učni načrt, University of South Carolina Medical School⁽⁵⁾, pri predmetu družinske medicine poučujejo uporabo UZ za presejanje AAA ter za odkrivanje hipertrofije levega ventrikla. Čeprav je identifikacija slednjega za začetnike nekoliko zahtevnejša kot najbolj osnovne aplikacije, pa je zelo uporabna pri izobraževanju bolnikov - z majhnimi prenosnimi UZ aparati je namreč enostavno opraviti hiter orientacijski UZ pregled srca in pacientu neposredno prikazati, kako se je zaradi arterijske hipertenzije (ali drugega vzroka) srčna mišica ojačala in kakšne negativne posledice ima to na zdravje. Morda bo lahko neposreden prikaz obolelega srca bolnikom lažje predočil, da so za svoje zdravje odgovorni in morajo zanj aktivno skrbeti.

Tretji, morda najpomembnejši aspekt uporabe obpostelnega UZ, pa je renesansa kliničnega pregleda. Ob vsej modernizaciji in tehnologizaciji medicine se vse bolj zdi, da je klasični klinični pregled v zatonu. Ker je obposteljni UZ kritično odvisen od anamneze in ostalega osnovnega statusa (ocene predtestne verjetnosti), nas v resnici prisili, da še bolj dosledno vzamemo primerno anamnezo in opravimo osnovni klinični pregled - ker v nasprotnem primeru ne bo imel smisla!

Osnov obpostelnega ultrazvoka se je relativno lahko in hitro možno naučiti na tečajih preko konca tedna. V Sloveniji v društvu WINFOCUS prirejamo dvodnevne tečaje iz aplikacij v urgentni in intenzivni medicini, ki pa so večinoma uporabne tudi v družinski medicini (predvsem pri hišnih obiskih!). Za varno in smiselno uporabo je seveda potrebna vztrajna vaja, spočetka pod nadzorom mentorja.

A že v bližnji prihodnosti bo UZ postal še bolj nepogrešljivo orodje - ker bodo to zahtevale in pričakovale generacije mladih zdravnikov ki sedaj obiskujejo, tudi slovenski medicinski fakulteti; vsaj na eni izmed njiju obposteljni ultrazvok poučujejo pri večjem številu predmetov, od predkliničnih do interne medicine in kirurgije, in tem generacijam bo uporaba obpostelnega UZ predstavljala nepogrešljiv del klinike - zato moramo že delujoči specialisti temu trendu slediti.

LITERATURA

1. Moore CL, Copel JA. Point-of-care ultrasonography. *NEJM* 2011; 364(8): 749–757
2. ACEP policy statement: emergency ultrasound. *Ann Emerg Med* 2011; Suppl.:1–21
3. Moll FL, Powell JT, Fraedrich G, Verzini F, Haulon S, Waltham M, et al. Management of Abdominal Aortic Aneurysms Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery. *European Journal of Vascular & Endovascular Surgery*. Elsevier Ltd; 2011 Jan 1;41(S1):S1–S58.
4. Šurlan M, Gasparini M, Berden P et al. Smernice za odkrivanje in zdravljenje anevrizem abdominalne aorte. In: Blinc A, Kozak M, Šabovič M ured. Smernice za odkrivanje in zdravljenje najpogostejših žilnih obolenj. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo. Združenje za žilne bolezni; 2004.
5. <http://ultrasoundinstitute.med.sc.edu>

NOVE TEHNOLOGIJE V DRUŽINSKI MEDICINI - PROTI



Zdenka Koželj-Rekanović¹

UVOD

Primer 1:

Zdravnik specialist družinske medicine ob pregledu bolnika s sumom na anevrizmo aorte naredi urgentni ultrazvok, s katerim pa anevrizme oziroma razpoka ne najde. Ker je bolnik stabilen in se bolečine po protibolečinskem zdravljenju umirijo, ga z navodili za takojšnjo kontrolo ob poslabšanju pošlje domov. Bolnik čez nekaj ur zaradi razpoka anevrizme, ki jo je zdravnik ob pregledu spregledal, umre.

Osnovna zdravstvena dejavnost je temelj zdravstvenega varstva tako pri nas kot v svetu. Obremenitve zdravnika družinske medicine se povečujejo tako zaradi širitve stroke, prenosa dela iz sekundarnega na primarni nivo, večjih kompetenc zdravnika družinske medicine, večje zahtevnosti bolnikov, večjega števila kroničnih bolnikov in starejših. V zadnjih letih se v ambulantah družinske medicine uveljavlja tudi celosten pristop v oskrbi bolnika, ne samo zdravljenje bolezni ampak je čedalje večji poudarek na preventivni dejavnosti, v splošnih ambulantah potekajo programi za odkrivanje kroničnih nenalezljivih bolezni (NPPSŽB, SVIT) kot tudi programi za promocijo zdravja.

Pri vsakodnevnem delu bi nam morda lahko posebej pomagale dodatne preiskave, na primer UZ abdomna ali dermatoskopija, vendar nam tega delo v današnjih časovnih okvirjih ne omogoča. Z uvedbo novih metod diagnostičnih preiskav v ambulanto družinske medicine bi že tako močno obremenjenega zdravnika družinske medicine obremenili še bolj in ga izpostavili dodatnemu stresu na delovnem mestu.

¹ Asist. Zdenka Koželj-Rekanović, dr. med., Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Mariboru, Taborska 8, 2000 Maribor

Razlogi proti uvajanju dodatnih preiskovalnih metod v ambulante družinske medicine:

1. Obremenitev zdravnikov družinske medicine

Razlog, ki najbolj govori proti uvedbi dodatnih tehnologij v ambulante družinske medicine, je velika obremenjenost zdravnikov družinske medicine. Povečuje se število kroničnih bolnikov, starejših bolnikov, povečuje se zahtevnost bolnikov in medicina sama postaja čedalje bolj kompleksna. V ambulanti družinske medicine se povečujejo pritiski tako s strani bolnikov kot s strani stroke. Oskrba marsikaterega bolnika je preložena iz sekundarnega na primarni nivo. S tem se obremenjenost zdravnika družinske medicine veča (1). Povečuje se tudi obseg znanja in širijo se pristojnosti zdravnikov družinske medicine, ki pa tega znanja zaradi sistemskih omejitev (visoke glavarine, časovne in finančne omejitve) ne morejo v celoti uporabiti. (1).

V Sloveniji je zdravnikov družinske medicine premalo, v primerjavi z evropskim povprečjem je zdravnikov družinske medicine pol manj. Čas, ki je namenjen obravnavi enega bolnika v ambulanti družinske medicine, je manj kot deset minut, po nekaterih podatkih sedem minut. Frekvenca obiskov v ambulanti družinske medicine je 50 do 100 bolnikov dnevno. V tem času je nemogoče, da bi zdravnik opravil temeljito anamnezo in pregledal bolnika, kaj šele, da bi opravil kakšno dodatno preiskavo.

2. Sledenje stroki

Zdravnik družinske medicine bi moral slediti razvoju vseh medicinskih strok. Od njega se pričakuje, da pozna stroko skoraj tako dobro kot njegovi kolegi na sekundarnem nivoju. Poznati bi moral vse smernice za zdravljenje bolezni in jim slediti. Na voljo so številna izobraževanja, zdravnik družinske medicine pa nima časa, da bi se teh izobraževanj udeleževal v tolikšnem obsegu, kot bi želel in bi bilo potrebno, da bi lahko sledil stroki v taki meri, kot se od njega pričakuje. Ob uvedbi dodatnih preiskovalnih metod v ambulanto družinske medicine, bi moral slediti še vsem novostim s tega področja. Izobraževanja potekajo večinoma v zdravnikovem prostem času in ob tem ne trpi samo zdravnik ampak tudi njegova družina.

Vsaka opravljena preiskava mora biti izpeljana po vseh pravilih stroke in rezultati preiskave morajo biti pravilno interpretirani. Da bi zdravnik lahko preiskavo pravilno izpeljal in rezultate pravilno interpretiral, bi moral vložiti ogromno svoje energije in časa. Ob že tako veliki obremenjenosti zdravnika družinske medicine je od njega težko pričakovati, da bo v svojem skopo odmerjenem času za obravnavo bolnika opravil še preiskave, ki bi jih lahko namesto njega opravil drug specialist, ki je za to delo usposobljen in ima dovolj znanja, je na tekočem z dognanji stroke in lahko poda zanesljiv izvid.

Primer (nadaljevanje)

Zdravnik je na podlagi negativnega rezultata preiskave, ki je morda ni bil najbolj vešč, bolnika poslal domov. Če preiskave ne bi imel, bi se morda odločil drugače ter zaradi izključitve nevarnega stanja bolnika poslal h kirurgu ali v drugo sekundarno ustanovo, kjer bi bila možnost postavitve ali izključitve diagnoze večja. Preiskava, ki jo je opravil, ga je zazibala v lažen občutek varnosti, čeprav je bila njena vrednost v resnici manjša, kot je domneval.

3. Odgovornost za preiskave

Zdravnik družinske medicine bi s preiskavami, ki običajno niso del rutinskega dela v ambulanti družinske medicine, nase prevzel velik del odgovornosti za pravilno izvedbo in interpretacijo izvida. Težko si zamislimo situacijo, ko je zdravnik družinske medicine zaradi pomanjkanja časa, neizkušenosti ali nepravilne izvedbe preiskave rezultate nepravilno interpretiral in je to pustilo posledice na zdravju in življenju posameznika.

4. Primerna infrastruktura

V ambulanti družinske medicine so finančne kot tudi prostorske omejitve. Aparature za dodatne diagnostične preiskave niso poceni in tako zdravstveni domovi kot tudi zasebniki ne bi zmogli stroškov nabave in vzdrževanja določenih aparatov. Za nekatere diagnostične preiskave so potrebni tudi posebni prostorski pogoji, od temnega prostora, dodatne izolacije, dodatne pregledovalne postelje. Prostori, ki jih sedaj uporablja večina zdravnikov družinske medicine, pa so omejeni po velikosti. Z uvedbo dodatnih diagnostičnih postopkov bi bilo potrebno prostore prilagoditi temu namenu.

5. Plačilo storitev

Ob uvedbi oziroma možnosti izvedbe določenih preiskav v ambulanti družinske medicine bi bilo le-te potrebno primerno ovrednotiti, tako finančno kot časovno. Obenem bi bilo potrebno zdravnika za tako delo dodatno stimulirati. Do sedaj se v ambulantah družinske medicine dogaja predvsem to, da se na ramena zdravnikov družinske medicine nalaga čedalje več obveznosti, ob neizpolnjevanju določenih zahtev so uvedene sankcije, za izpolnjeno delo pa ni primerne spodbude.

ZAKLJUČEK

Preobremenjenost, zahtevnost dela, nenehno strokovno izpopolnjevanja, odgovornost za opravljeno delo in infrastruktura, so samo nekateri od razlogov, ki govorijo proti uvajanju dodatnih diagnostičnih preiskav v ambulante družinske medicine. Zdravnike družinske medicine bi bilo potrebno razbremeniti, ne pa dodatno obremeniti. Dokler zdravniki družinske medicine umirajo prej, na splošno od 5 do 7 let, zdravnice družinske medicine pa kar 15 do 25 let prej, so že trenutne obremenitve prevelike. Trend razvoja našega zdravstva je okrepitev osnovnega zdravstva. Če in ko se bo to zgodilo, ko bo zdravnik dnevno pregledal veliko manj bolnikov in bo imel dovolj časa za dodatna izobraževanja in bo za to primerno stimuliran, lahko naredi dodatno diagnostiko v svoji ambulanti in s tem prihrani čas in denar tako bolnikom kot ne nazadnje tudi zdravstveni blagajni.

LITERATURA

1. Živčec-Kalan G. Švab I. Car J. Možni vzroki obremenjenosti zdravnikov družinske medicine v Sloveniji. Zdrav. Var. 2003; 42; 167-172.
2. Ivetić V. Kersnik J. Diagnostične preiskave za vsakdanjo rabo. Zavod za razvoj družinske medicine, 2007.
3. WILKINS, T, et al. Nasolaryngoscopy in a family medicine clinic: indications, findings, and economics. The Journal of the American Board of Family Medicine, 2010, 23.5: 591-597.
4. MAURER, Douglas, et al. Family Physicians' Knowledge of Commonly Overused Treatments and Tests. The Journal of the American Board of Family Medicine, 2014, 27.5: 699-703.

