

Prva stran

Tonka Poplas-Susič

Pred desetletjem in pol je bil v BMJ objavljen prispevek I. Heath: Commentary: the perils of checklist medicine. V njem je opisana bistvena razlika med delom zdravnika na primarnem in sekundarnem nivoju: »In general practice, patients stay and diseases come and go. In hospitals, diseases stay and patients come and go.« Ko svojega bolnika na tak način spremljamo v njegovih življenjskih obdobjih, v njegovih zdravstvenih in osebnih težavah, postanemo neke vrste partnerji, pomagalci drug drugemu in zato lahko z osebno navezanostjo ter malo tehnologije rešimo večino zdravstvenih težav svojih bolnikov.

Hkrati seveda predpišemo večino ambulantno izdanih zdravil (torej smo večinski porabniki denarja, namenjenega zdravilom) in smo odgovorni za večino napotitev. Če bi razmišljali naprej, to hkrati pomeni, da mi povzročamo zdravstvenemu sistemu izgubo na področju zdravil in ustvarjamo čakalne dobe s pregledi (ki nekaj stanejo), na katere naročamo svoje bolnike. Ker je oboje povezano z velikimi stroški, je recept, kako prihraniti v zdravstvu, izjemno preprost: ukiniti zdravnika družinske medicine!

Pa bo potem zdravstveni sistem naenkrat učinkovitejši in cenejši? Žal tudi tukaj odgovor poznamo: ne! Torej je potrebo začeti ukrepati tam, kot je WHO poudarjala v Alma-Ati in ponovno 30 let kasneje v Almaty: krepiti primarno zdravstvo in mu dajati večji poudarek.

Kaj bi to pomenilo? Različnim različno.

Plačnikom verjetno to, da naj delamo čim več posegov in diagnostične obravnave na primarnem nivoju, ker je to najbolj smiselno in za bolnika najugodnejše. Pa še res je. Pozablja jo drugi del te zgodbe, da so za tako delo potrebni dodatni kadri oz. denar in razbremenitev zdravnikov (pre)velike glavarine.

Z a politiko to najbrž pomeni, da nam je potrebno omogočiti celovito preventivo, večji poudarek določenim segmentom, kot je npr. zdravljenje na domu, poudarjati kakovost in še kaj. Na deklarativni ravni papir vse to prenese, ali je v praksi na tak način to tudi izvedljivo, je seveda drugo vprašanje.

Kaj pa to pomeni nam zdravnikom, tistim, ki imamo prvi stik z bolnikom? Nam to pomeni ustrezno zmanjšanje glavarine, da lahko bolnika sprejmemo brez časovne stiske in mu namenimo tudi skoraj pol ure, če jo rabi. Želimo, da se z njim pogovorimo ter ga celovito obravnavamo tako v kontekstu preventive kot kurative-skratka, da začnemo govoriti o zdravju kot vrednoti in ne o boleznih. Pomeni tudi, da ne štejemo ali je gospod že star čez 50 let in slučajno ni imel znotraj dveh let že pogledan PSA; da opravimo preiskave, ki jih zmoremo in znamo in ne skrbimo, ali so v Seznamu storitev za primarni nivo. Radi bi tudi, da bi se lahko odločali brez stiske za laboratorijsko diagnostiko, okrepili zdravljenje na domu, ki je časovno in strokovno izjemno zahtevno, se znebili nepotrebnih administrativnih storitev, prenesli vodenje dolgotrajnih bolniških staležev na MDPŠ in prenesli del kompetenc na drug ustrezno usposobljen strokovni kader. In neskončno si želimo, da končno postanemo to, čemur smo namenjeni: temelj zdravstvenega sistema, na katerega se obračajo tako bolniki, ko nas rabijo zaradi bolezni kot nenazadnje kolegi na sekundarnem nivoju za reševanje zdravstvenih težav naših skupnih bolnikov, kajti marsikaj lahko rešimo učinkovito, če je kultura sodelovanja med nivoji primerna statusu izobrazbe, ki jo zdravniki imamo.

Ali si želimo preveč?

Družinska medicina



Bobubob

3 Polemični komentarji • Igor Švab

Poročila

- x Petnajstletnica delovanja Katedre za družinsko medicino na Medicinski fakulteti v Ljubljani • **Polona Selič**
- x O »NE-ju« ... • **Mojca Miholič**
- xx Priznavanje naziva Specialist družinske medicine na podlagi dela • **Marko Kolšek**
- xx Nekaj temeljnih značilnosti komuniciranja z bolnikom • **Dare Kovačič**
- xx Pro et contra ali zakaj se odločiti za specializacijo iz družinske medicine
Arh Jernej, Lončarič Timotej, Jakomin Martina, Debeljak Jana, Rotar-Pavlič Danica
- xx 26. učna delavnica za družinske zdravnike: Medikalizacija • **Mateja Bulc**
- xx Sporočilo in naloge mladih zdravnikov Evrope s srečanja VdGM v Baslu
Lado Golouh
- xx Strokovno srečanje belgijskih kolegov v Portorožu • **Jana Govc-Eržen**
- xx Festival edukacijskih gradiv, programov in praks za oskrbo bolnika s sladkorno boleznijo • **Jana Govc-Eržen**
- xx Sastipe – zdravje • **Erika Zelko**
- xx 37. Sestanek evropske delovne skupine za kakovost • **Zalika Klemenc-Ketiš**
- xx Misli in spoznanja o izkušnjah ... • **Mojca Miholič**
- xx Moja izkušnja iz vaj družinske medicine na izmenjavi v Strasbourgu **Vedran Savič**
- xx Projekt »Biti zdrav je kul« na OŠ Beltinci • **Ines Zamuda**
- xx V križišču dogajanj • **Tonka Poplas Susič**
- xx 3. Zdravčevi dnevi • **Erika Zelko**

Strokovne teme

- XX Spremljanje Creutzfeldt-Jakobove bolezni v Sloveniji
Nuška Čakš-Jager, Alenka Kraigher, Mara Popović
- XX Iritativni kontaktni dermatitis in beli špirit • **Ana Fakin**

Naše ambulante

- XX Dom starejših Logatec – zanimivo delovno mesto • **Andrea Turk-Šverko**

Zanimivosti

- XX Možnosti uporabe sodobnih informacijskih tehnologij v komunikaciji z bolniki v družinski medicini • **Polona Selič**
- XX Strokovna srečanja: – urnik srečanj
- XX Strani za sprostitev



Družinska medicina

Strokovna revija / A professional public journal
ISSN 1581-6605

Izdajatelj in založnik / Published by
Zavod za razvoj družinske medicine
v sodelovanju s Katedro za družinsko medicino
in z Združenjem zdravnikov družinske medicine

Naslov / Address

Zavod za razvoj družinske medicine
Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
Tel.: 01/438 69 13, Faks: 01/438 69 10
e-pošta: info@zdrm-idfm.si

Glavni in odgovorni urednici /
Editors in chief and responsible editors
Tonka Poplas-Susič
Danica Rotar-Pavlič

Uredniški odbor / Members of the editorial board
Igor Švab, Janko Kersnik, Marko Kolšek,
Dean Klančič, Nena Kopčavar-Guček,
Davorina Petek, Rajko Vajd

Tehnični urednik / Production editor
Rajko Vajd

Oblika / Design
Paula Bonča

Lektorica / Reader for Slovenian
Zdenka Kersnik

Prelom / D.T.P.
SYNCOMP d. o. o.

Tisk / Printed by
Tiskarna !!!!!!!!!!!!!

Izvodov / Copies
1300

Bobu bob

Igor Švab

Včasih, ko mi je zadosti ambulatne birokracije, se odpravim na hišni obisk.

Potrkam na vrata. Počasi in nezaupljivo odpre vrata, kak trenutek rabi, da me spozna, potem ji zguban obraz potegne v nasmeh. Usedeva se v dnevni sobi, povprašam jo o zdravju in počutju. »Kar zdrava sem – letom primerno,« mi v eni sapi odgovori. Ob tem se razgovori, kako je ostala sama, kako so se otroci raztepli po svetu in kako je življenje vsako leto malo težje. Kako je lepo, da se je vsaj še jaz včasih spomnim, čeprav si želi, da bi prišel pogosteje. Vendar razume najin dogovor: vsak mesec se oglasim, prinesem recepte, izmerim krvni pritisk in poslušam o njenih težavah.

Ne vem, katerih smernic se moram držati. V njenih letih je bolezni veliko. Le kje bi našel smernico za zdravljenje petinosemdesetletne bolnice z arterijsko hipertenzijo, s sladkorno boleznijo tipa 2, z osteoartrozo, z začetno demenco, z napredovalo aterosklerozo in z občasno depresivnostjo. Predstavlja edinstven primer, za katerega pa se verjetno nihče več ne zmeni, ker ni zanimiva za objavo v strokovni reviji z visokim faktorjem vpliva. Tu se moram zanesti na zdravo pamet in klinično logiko, ki mi pravita, da je dobro in prav, da jo obiščem vsak mesec, se pozanimam o njenem zdravju in počutju in z očmi medicinsko izobraženega opazovalca prežim na drobne spremembe v njenem obnašanju, ki bi lahko pomenile začetek resne bolezni. Vem, da je dobro, da sem se dogovoril z njeno sosedo, ki ji občasno skoči v trgovino in jo prosil, naj me takoj obvesti, če bo opazila kaj nenavadnega. Gospa Francka morda ni medicinsko izobražena, ampak zelo dobro ve, kdaj je z njeno sosedo kaj narobe. Pred pol leta sem na podlagi njenega obvestila še pravočasno odkril pljučnico in jo uspešno pozdravil.

Seveda vem, da bo enkrat konec njenih dobrih piškotov in močne kave, da se bo nekega dne zgodilo, da se ji bo čas iztekel. Do tedaj poskušam narediti vse, kar znam, da bo živela čim bolje. Če drugega ni, jo vsak mesec razveselim z obiskom.

Tudi to je, upam, medicina.

Med nami živi vse več osamljenih in pozornosti potrebnih ljudi. Razumeti njihovo zdravje pomeni, da moramo preseči ozke okvire klinično usmerjene medicine. Celovit pristop do človeka pomeni, da ga poskušamo razumeti tudi tako, da upoštevamo njegovo duševnost, njegove družbene stike in duhovnost. Da bi to zmogli, moramo biti sposobni bistveno več kot klinične medicine. Biti moramo sposobni neprecenljivega prispevka družinske medicine: osebnega in razumevaločega pristopa do sočloveka.

Medicina ni samo produkcija storitev, je predvsem skrb za sočloveka. Ta skrb je neprecenljiva vrednost, ki se je v pehanju za točkami, normativi, ugledom, politično močjo in denarjem ne smemo pustiti vzeti.

KAJ LAHKO STORIMO?

- Opravimo sem ter tja kak hišni obisk.
- Redno obiskujemo vsaj enega kronično bolnega, ki sicer ne more sam do nas.
- Pozabimo na normative in količnike in naredimo kaj neprecenljivo dobrega. Bogato nam bo poplačano, čeprav ne z denarjem.

Petnajstletnica delovanja Katedre za družinsko medicino na Medicinski fakulteti v Ljubljani

Predstavitev dela in vizije raziskovalne skupine

4

Polona Selič

Ob 15-letnici Katedre za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani smo 4. februarja 2010 na dekanatu Medicinske fakultete organizirali tiskovno konferenco.

Slavnostni nagovor ob 15-letnici delovanja Katedre za družinsko medicino z naslovom **KAJ LAHKO KATEDRA ZA DRUŽINSKO MEDICINO OB SVOJI 15-LETNICI PONUDI OSNOVNI ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI IN ZDRAVSTVENI POLITIKI** je imel prof. dr. Igor Švab, predstojnik Katedre za družinsko medicino na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Poudaril je, da Katedra za družinsko medicino razvija, zagovarja in poučuje sodobna načela primarnega zdravstvenega varstva ter želi sodelovati v konstruktivnem dialogu tudi z aktualno zdravstveno politiko. Naši argumenti in opozorila so strokovno in znanstveno utemeljeni, predvsem pa usmerjeni v zagotavljanje kakovostne primarne zdravstvene dejavnosti vsem prebivalcem.

Dejavnost Raziskovalne skupine Katedre za družinsko medicino je predstavil njen vodja prof. dr. Janko Kersnik. Raziskovalna skupina Katedre za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani si s svojim delom in z znanstvenimi dosežki prizadeva opozarjati strokovno in laično javnost, pa tudi zdravstveno politiko, na ključne vsebine, ki bi jih morala upoštevati tudi napovedana preobrazba osnovnega sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji.

V raziskovalni skupini Katedre za družinsko medicino je registriranih 23 raziskovalcev. Pet raziskovalcev sodeluje v raziskovalnem programu »Raziskave na področju javnega zdravja«, ki ga izvajamo v sodelovanju s partnerskimi raziskovalnimi organizacijami, z Inštitutom za varovanje zdravja Republike Slovenije, z Zavodom za zdravstveno varstvo Ljubljana ter z Inštitutom Republike Slovenije za rehabilitacijo.

Na Katedri za družinsko medicino smo izvajali: 1 temeljni, 5 aplikativnih in 1 ciljni raziskovalni projekt ter več projektov, ki jih razpisujeta Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije in Mestna občina Ljubljana. Naši raziskovalci so bili vključeni tudi v številne raziskovalne projekte drugih ustanov (20 domačih in 5 tujih projektov, od tega 1 projekt FW5).

Rezultati raziskovalnega dela se kažejo v številnih objavah v revijah s faktorjem vpliva (v zadnjih 5 letih 87 znanstvenih prispevkov in okrog 960 objav, pomembnih za stroko). Citiranost raziskovalne skupine v zadnjih 5 letih znaša 325 čistih citatov.

Glavne teme dosedanjih raziskovalnih prizadevanj raziskovalcev Katedre za družinsko medicino edicinske fakultete v Ljubljani so:

- razvoj teorije družinske medicine in metod izobraževanja na tem področju
- kakovost v družinski medicini



Podpis!!!!



Podpis!!!!

- duševno zdravje (napoved depresije)
- samozdravljenje in komplementarne metode med bolniki na primarni ravni
- stopnja vključenosti bolnikov v lastno zdravljenje in vpliv na njihovo večjo osveščenost in opremljenost za spoprijemanje z zdravstvenimi težavami
- preprečevanje in obravnava alkoholizma
- uporaba motivacijskih tehnik in
- vloga družinske medicine pri prepoznavanju znakov nasilja v družini (oblikovanje sistema presejanja za nasilje).

Raziskovalci raziskovalne skupine smo dosegli pomembne uspehe pri raziskovanju na področju nujne medicinske pomoči, spletnega svetovanja, etičnih vprašanj in preventivne kardiovaskularnih bolezni, v zadnjem času pa tudi na področju genetike, predvsem genetskega svetovanja. Slovenska družinska medicina je na področju urgentne medicine v svetovnih merilih ena od vodilnih struktur na področju kapnometrije/kapnografije v predbolnišničnem okolju.

Na Katedri so trenutno pedagoško aktivni trije profesorji in štirje docenti. Leta 2009 so se na Katedri za družinsko medicino pod mentorskim vodstvom naših raziskovalcev usposabljali trije mladi raziskovalci. Na zadnjem razpisu ARRS pa je bil naši raziskovalni skupini dodeljen še en mladi raziskovalec, ki se bo začel usposabljati v letu 2010. Prof. Švab je vodja doktorskega študija javnega zdravja na Medicinski fakulteti v Ljubljani, ostali raziskovalci pa so vključeni v podiplomsko izobraževanje tako na Medicinski fakulteti v Ljubljani kot tudi na Medicinski fakulteti v Mariboru, na med-fakultetni univerzitetni podiplomski študij ljubljanske Ekonomske fakultete, na podiplomski študij Visoke šole za zdravstvo Univerze na Primorskem v Izoli, Fakultete za varstvoslovje Univerze v Mariboru ter mariborske DOBA fakultete.

Doslej je pod mentorstvom raziskovalcev Katedre za družinsko medicino doktoriralo 10 in magistriralo 25 podiplomskih študentov. Naši raziskovalci so bili mentorji tudi pri številnih specialističnih (64) in diplomskih nalogah (55).

NAČRTI ZA PRIHODNJE SREDNJEROČNO OBDOBJE

V prihodnje bomo nadaljevali delo na raziskovalnem programu in raziskovalnih projektih. Nameravamo kandidirati na razpisu za dva nova raziskovalna projekta, posebno pozornost bomo še naprej namenjali objavam svojih znanstveno-raziskovalnih dosežkov ter graditvi ugleda slovenske družinske medicine. Tako bomo še naprej razvijali področje družinske medicine in metode



Podpis!!!!

izobraževanja na tem področju z vključevanjem sodobnih konceptov.

Uvajamo sodoben, z informacijsko tehnologijo podprt sistem ocenjevanja kakovosti dela na primarni ravni, s katerim bomo lahko primerjali kakovost dela v Sloveniji in v nekaterih drugih evropskih državah. Sodelovali bomo pri uvajanju pouka o kakovosti v primarnem zdravstvu na vse stopnje izobraževanja zdravstvenega kadra. Nadaljevali bomo tudi z izdelavo standardiziranih vprašalnikov o zadovoljstvu bolnikov v drugih strokah primarnega zdravstvenega varstva.

Pri sodelovanju z bolniki v zadnjem času igrajo pri tem vse večjo vlogo računalniška tehnologija in sodobna komunikacijska sredstva, ki lahko prispevajo k boljšemu zdravju prebivalstva, boljšemu razumevanju bolezni in sodelovanju pri zdravljenju. To področje je bilo v preteklosti slabo raziskano, zato napovedujemo večji raziskovalni angažma raziskovalcev Katedre za družinsko medicino.

Posebno pozornost bomo posvetili predpisovanju zdravil, obravnavi akutnih infekcij spodnjih dihal, zdravstvenim potrebam in kakovosti življenja starostnikov, multimorbidnosti, anksioznosti in depresivnosti.

Pripravili bomo strokovne smernice za obravnavo žrtev družinskega nasilja. Smernice bodo določale postopek obravnave, sodelovanje s strokovnjaki drugih sektorjev, postopek zavarovanja dokazov in sodelovanje v kriznem timu, kadar so žrtve otroci.

RAZISKOVALNA SKUPINA KATEDRE ZA DRUŽINSKO MEDICINO – VIZIJA:

V prihodnjih petih letih nadaljevati uspešen razvoj raziskovalne dejavnosti in postati do leta 2015 vodilna raziskovalna skupina na raziskovalnem polju javnega zdravja v Sloveniji.

O »NE-ju« ...

Mojca Miholič

6

POROČILA

Myanmar (Burma) je Zlata dežela. In to ne zgolj zaradi tisočerih zlatih, v nebo vpajočih pagod in templjev, pač pa tudi zaradi zlata, ki ga (samo) moški budisti v lističih lepijo na Budove kipce v svetiščih. Izdelava teh zlatih lističev je nekaj prav posebnega. V delavnicah so zaposleni moški – fizični delavci, ki s težkimi kladivi neprestano udarjajo večkrat na dan po pol ure na koščke zlata, ki se pod udarci raztegnejo v majhne ploščice. Le-te položijo v usnjene škatlice in tolčejo dalje, dokler na nastane veliko tanjših, zlatih trakcev, ki jih po tem zopet razrežejo in tolčejo dalje. Pot teče curkoma po utrujenih, brezizraznih obrazih, saj za celodnevno delo zaslužijo manj kot pol dolarja. Končna dolžina zlate krpice je nekaj cm, kot dih tanka in lahka. Te zlate krpice ženske delavke zlagajo v majhne vrečice in jih prodajo deloma na mestu izdelave, večino pa na stojnicah pred templji. Myanmarci radi osrečujejo svojega boga in vztrajno razlagajo da: »When God is happy, people are lucky!«

Kot radovedna in poslušna popotnica sem seveda kupila sveženj lepo zapakiranih zlatih lističev. Želela sem jih sama nalepiti na Budov kipec. A glej, kljub nasmehu, sprva prijaznemu pogledu, moledovanju, prošnji, zahtevi, končni živčnosti ... NISEM smela do Budovega kipca. »NO!« NE! In ne je bil NE! Taka so pravila, v kulturi, religiji in nasploh v verovanju teravadskih budistov v Myanmaru. Ženske pač NE smejo do kipca. In one s tem sprejemanjem »zavrnitve« nimajo težav. Jaz pa, seveda. Ljudje (zahodnega sveta?) imamo težavo, saj težko ločimo zavrnitev neke materialne zahteve od zavrnitve osebe kot take. Počutimo se ogrožene. Nekdo nam postavlja (nelogično?) mejo. Če mi nekdo torej reče NE, to še ne pomeni, da me v resnici ne mara, ampak zavrne pač neko mojo željo ali prošnjo!

Potovanje je učenje in tudi takrat sem se zamislila. Poskušala sem analizirati situacijo v obratni smeri, izhajajoč iz sebe. Zakaj ponavadi rečem DA? Zato, ker želim biti dobra in prijazna do soljudi in jim želim ugoditi. In želja po ugoditvi nam, bodimo iskreni, preprečuje, da bi rekli NE, četudi želimo reči ne. Zakaj nas tega nihče ne (na)učí? V bistvu je lahko moja izrečena beseda NE kdaj tudi dobra zame in ni zgolj egoistične narave. Če rečem komu ali čemu ne, lahko porabim več časa za stvari, ki sem jim že prej rekla DA. Hm? Lažje si izdelam prednostno lestvico želja in obveznosti,

ostane mi več časa za novo odkrivanje stvari. Verjetno DA ni vedno najboljši odgovor, saj preveč (obljubljenih) obveznosti povzroča stresni način življenja, čutenja, doživljanja ..., kar posledično vodi v bolezen, utrujenost, otopelost. Taka pa nisem za nobeno rabo – niti sebi niti drugim v pomoč. Proč s slabo vestjo in z občutki krivde. Ko se končno za nekaj odločim in sem po lastnem občutku na pravi poti, si več ne premislim in ne spreminjam mnenja – samo zaradi želja, ugoditve, dobrega mnenja in pričakovanj nekoga drugega. To bi samo še poslabšalo moj tesnobni občutek in prililo olja na ogenj. Ob jasno izrečenem NE, ne lažem in si ne izmišljam izgovorov. Začnimo s seboj. Vprašajmo se, koliko NE-jev smo danes pripravljeni sprejeti, tolerirati in prav toliko jih lahko tudi izrazimo. Obstaja neka povratna zveza. Vem, ker čutim, da obstaja.

»Govor je dan vsem, modrost pa le redkim!«
(napisal Cato)

Saying no won't be easy if you're used to saying yes all the time. But learning to say no is an important part of simplifying your way to a better, less stressful life.

Priznavanje naziva Specialist družinske medicine na podlagi dela

Marko Kolšek

Pravilnik o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov (Uradni list RS št. 22/09), ki je začel veljati 24. 3. 2009, uvaja možnost priznavanja naziva na podlagi dela.

IX. POSTOPEK PRIZNANJA SPECIALISTIČNEGA NAZIVA NA PODLAGI DELA

Po 58. členu velja:

Zdravniku specialistu splošne medicine, ki je najmanj 6 let delal na specialističnem področju splošne/družinske medicine – to pomeni, da je najmanj od leta 2003 delal v ambulanti splošne/družinske medicine in opravlja dela s tega področja, se poleg naziva specialist splošne medicine podeli tudi naziv specialista družinske medicine in licenco za delo na področju družinske medicine.

Po 60. členu velja:

Postopek priznanja specialističnega naziva za družinsko medicino na podlagi dela se začne na podlagi vloge.

Vloga mora vsebovati:

1. življenjepis, v katerem zdravnik specialist splošne medicine navede, kje in kako je pridobil znanja in izkušnje, ki jih predvideva program specializacije družinske medicine;
2. bibliografijo;
3. seznam posegov, s katerimi dokazuje, da opravlja posege, ki jih predvideva program specializacije družinske medicine.

Če je zdravnik specialist splošne medicine dosegel naziv učitelj, višji svetnik, svetnik ali primarij s področja družinske/splošne medicine, mora vloga vsebovati:

- življenjepis, v katerem zdravnik specialist splošne medicine navede, kje in kako je pridobil znanja in izkušnje, ki jih predvideva program specializacije družinske medicine;
- potrdilo, iz katerega je razvidno, na katerem področju dela se mu je podelil naziv učitelj, višji svetnik, svetnik ali primarij.

Po 62. členu velja:

Stroške izdelave mnenja iz prejšnjega člena nosi predlagatelj (tj. 274,00 € + državna upravna taksa Ministrstvu 17,73 €), izdelavo in podelitev listine pa zbornica.

Vloga za priznanje specializacije družinske medicine na podlagi dela lahko vložijo zdravniki specialisti splošne medicine v treh letih po uveljavitvi novele zakona (to je do 25. 6. 2011).

Nekaj temeljnih značilnosti komuniciranja z bolnikom

Dare Kovačič

7

Ena osnovnih prvin celotnega procesa zdravljenja je sposobnost in večina neposrednega stika, sporazumevanja, interakcije in komuniciranja z bolnikom. Neposredno medosebno komuniciranje je na kratko opredeljeno kot izmenjavanje sporočil z različnimi vrstami znakov – to so besede, glas, kretnje, izrazi obraza, drže, razdalje itd. med ljudmi, ki poteka v enotnem kraju in času, tako da niso potrebne tehnične komunikacijske naprave; to pa pomeni tudi možnost takojšnjega medsebojnega vplivanja na doživljanje in vedenje. Posebni razlog komuniciranja v zdravstvenih situacijah je telesna in/ali psihična sprememba pri posamezniku, to je simptom, motnja, poškodba ali bolezen, ki v različni meri zmanjšuje njegovo samostojnost, ga slabi, onespособlja, ovira in/ali boli. S tem, ko se pojavi in jo posameznik zazna, gre na zdravniški pregled in vstopi v družbeni podsistem zdravstva, dobi diagnozo in terapijo, prevzame tudi 'naravno' in socialno vlogo bolnika. Bolnik je ne le 'patients', trpeč in zaskrbljen, ampak tudi nemočen, podrejen in v veliki meri odvisen od zdravstvenega delavca (zdravnika, medicinske sestre, terapevta, psihologa, socialnega delavca itd.), ki ga morda edini zmore rešiti težave in od katerega pogosto veliko pričakuje. V tem položaju je še posebej občutljiv in izbirno pozoren – veliko bolj kot zdravstveni delavec – na kakršna koli sporočila zdravstvenega osebja in zdravstvenega okolja o tem, kako težavna je njegova prizadetost, ali je ozdravljiva in kaj vse ga v zvezi z zdravljenjem še čaka. Vsa namerna in nenamerna, besedna in nebesedna sporočila – pozornosti, pripravljenosti na poslušanje, pomirjujoči ton, primerna razlaga simptomov in terapevtskih postopkov, izbor besed, ton in tempo glasu, izrazi na obrazu, prostorska bližina in usmerjenost, količina časa, ki je dejansko namenjena bolniku – so zelo pomembni dejavniki, ki pripomorejo k bolnikovem občutju varnosti in zaupanja ter primernemu razpoloženju, pritegnejo k sodelovanju

v terapiji in tako vplivajo na zdravstveno stanje nasploh. Marsikaj od tega pa je odvisno ne le od posameznega zdravstvenega delavca, ampak tudi od pogojev dela, obsega dela (npr. števila bolnikov), zdravstvenega sistema in organizacije dela v zdravstveni ustanovi ali strokovnem timu.

Strokovno znanje in sposobnost oziroma veščina komuniciranja predstavljata dva osnovna vidika stika in vedenja v zdravstvenem kontekstu, pa tudi drugih (predvsem formalnih) situacijah. Prvi je predmetni, torej vsebinski, strokovni, instrumentalni, ki je usmerjen na izvršitev neke naloge, dosego nekega cilja, objektivno poročanje o nekem dogodku, pojavu, predmetu in se kaže v strogo strokovnem, tehničnem oz. medicinskem delu, v predpisanih postopkih ter zbiranju in posredovanju informacij usmerjenih na diagnostiko in terapijo simptoma. Drugi vidik je odnosni, izrazni, osebni, čustveni: isto opravilo vsak posameznik izvede na nek svoj način, v lastnem stilu, s katerim izraža samega sebe in svoje čustveno stanje, izraža pa tudi svoj odnos, čustva in stališča do drugih prisotnih, v tem primeru do bolnika. Kaže se v socialnem, psihološkem, medosebnem dogajanju, v celotnem telesnem in besednem vedenju, čustvenih izrazih, stopnji odprtosti in pozitivnosti, usmerjeni na bolnika, ki je morda v kritičnem stresnem stanju, bistveno drugačnem od čustvenega stanja zdravstvenega delavca – ravno tedaj je ta vidik mnogokrat še bolj pomemben kot instrumentalni. Zato ne gre le za razumsko tehnično izmenjavo informacij (sporazumevanje), ampak tudi za odnosno komuniciranje. V zdravstveni interakciji ni dovolj zgolj zavedanje o pomembnosti tega vidika, temveč predvsem dobro obvladovanje, kar je nujna sestavina kakovostne zdravstvene storitve, ki naj informira, razloži in pomirja bolnika. Kot se moramo učiti strokovne vsebine, postopke, tehnike, tako je potrebno tudi učenje in izpopolnjevanje v komunikacijskih veščinah. Le-to je bilo v naših študijskih programih večinoma odsotno, postransko ali vsebinsko ne dovolj sistematično in poglobljeno, a mora nujno biti obvezen del izobraževanja zdravstvenih delavcev. Te izobraževalne programe morajo voditi strokovnjaki s področij medicine, psihologije in komuniciranja s teoretičnim znanjem in s praktičnimi izkušnjami v delu z bolniki. Treba pa je opozoriti, da je odnosni, izrazni vidik vedenja globoko – bolj kot instrumentalni – povezan z osebnostjo (npr. poteza introvertiranost-ekstravertiranost), z zgodnjim socialnim učenjem, s habituiranimi vedenjskimi vzorci, z motivi in z vrednotami. Zato je kljub navidezni enostavnosti ustreznih vzorcev komunikacijskega vedenja učenje

in obvladovanje bolj ustreznih novih komunikacijskih, socialnih in emocionalnih veščin na poseben način težavno. To dvojnost odražata tudi oba pristopa in pojma, s katerima psihologija razlaga bolj ali manj ustrezno socialno-emocionalno vedenje in doživljanje, namreč pojem socialnih komunikacijskih veščin, ki predpostavlja učljivost in spremenljivost, ter pojem socialne-emocionalne inteligentnosti, ki predpostavlja trajno in težje spremenljivo osebnostno lastnost oziroma sposobnost.

Zdravstveni delavec in bolnik imata v izhodišču zelo različen položaj; razlike so v vlogah, perspektivi, v splošnem in posebnem znanju, v bližini in odnosu do simptomov, v čustvenem in telesnem stanju itd., zato je njuno komuniciranje – če/ko se mu resneje posvetimo in ga razmislimo – zelo zapleteno. Poleg že navedenega je odvisno tudi od temeljne predpostavke o njunem medsebojnem odnosu. Okvirno lahko govorimo o treh tipih komunikacije, interakcije ali odnosa med bolnikom in zdravstvenim delavcem. Prvi je pasivno-aktivni tip, kadar je bolnik večinoma ali popolnoma pasiven, nezmožen komuniciranja, odločanja, sodelovanja; skrajni primer je komaj zavestni poškodovanec v prometni nesreči. Drugi tip je vodenje-sledenje, ko zdravnik prevzame odgovornost za diagnostično in terapevtsko obravnavo, bolnik odgovarja na vprašanja, razmišljanje in odločanje pa prepušča zdravniku in sam le sledi navodilom glede zdravljenja. Pri tretjem tipu interakcije – aktivnem sodelovanju se oba skupno dogovarjata in odločata o oskrbi, diagnostiki in terapiji, celoten pristop zahteva od obeh strani večjo zavzetost, bolnik je bolj aktiven in zanesljiv v terapiji, zato se možnosti za uspešno zdravljenje povečajo. Tip komuniciranja je odvisen od obeh, a v večji meri od zdravstvenega delavca, od njegovega znanja, zavzetosti ter komunikacijskih (socialnih in emocionalnih) sposobnosti in veščin; odvisen pa je tudi od bolnika, stopnje njegove prizadetosti, sposobnosti spoprijemanja z boleznimi, samostojnosti in izobrazbe. Najbolj so vsi ti dejavniki upoštevani pri zadnjem tipu odnosa, torej pri sodelovalni komunikaciji. Najbrž goji mnogo bolnikov pri nas do zdravnikov (in drugih zdravstvenih delavcev) še tradicionalen podrejen odnos, temelječ na brezpogojni zdravnikovi avtoriteti. Kaže pa, da je vse več tistih, zlasti mlajših in z višjo izobrazbo, ki začenjajo gledati na zdravstveno oskrbo kot na eno izmed storitev in zato pričakujejo oziroma zahtevajo več: ustrezno znanje in odnos, strokovnost in komunikativnost.

V zdravstvu je veliko kritičnih, čustveno intenzivnih situacij, ki se jih rešuje z medicinskim znanjem in postopki, pa tudi



REKLAMA 1



z ustreznimi psihološkimi komunikacijskimi veščinami. Primer take situacije je prometna nesreča, ko je ob medicinski prvi pomoči ponesrečencu potrebna tudi psihološka prva pomoč. Ta obsega hitro oceno situacije, vzpostavitev stika, spraševanje, pozorno poslušanje, opis nujnih medicinskih ukrepov, pomirjujoče govorjenje (kadar je poškodovanec sposoben stika) in zaščito pred drugimi ljudmi. Drug primer je, kako seznaniti bolnika s težko diagnozo in hkrati vzpodbuditi upanje ter nadaljnje sodelovanje v zdravljenju. Tedaj so besede mogočno orodje. Včasih bolj kot simptomi sami določajo resničnost poškodbe, bolezni, prizadetosti, trpljenja, zato jih je treba znati izbirati in pravilno izreči. Tega ne moremo obvladati brez posebne priprave, vaje, študija, izkušenj in razmišljanja. Povedati človeku, da gre za trajno prizadetost ali neozdravljivo bolezen, je stresno za bolnika zato mora biti komuniciranje kompetentno, pretehtano, pozorno in občutljivo. Ker pa so take situacije stresne tudi za zdravnika (sicer v manjši meri, a pogosteje), je očitno, kako so pomembne tudi socialno-emocionalne sposobnosti in veščine, ki so v psihohigienskem smislu usmerjene vanj samega, in so v pomoč načrtovanju in odločanju o komuniciranju z bolnikom, uravnavanju primerne stopnje empatije in spoprijemanju z lastnimi (kontra-transfernimi) stiskami, s čimer ohranja lastno psihično ravnotežje in zdravje.

Glavni cilj zdravstvene interakcije je zdravljenje in usposobitev bolnika za nadaljnje čim bolj samostojno in kakovostno življenje. Za to imamo več orodij: znanje in veščine zdravljenja, diagnostične in terapevtske tehnike in naprave, zdravstveni in socialni sistem in ne nazadnje čisto človeško zavzetost, empatičnost in komuniciranje z bolnikom. Za ustrezno komuniciranje zdravstvenih delavcev pa ni dovolj le teoretično znanje, volja in pripravljenost, sprejemanje etičnih in deontoloških načel, pač pa tudi poznavanje in obvladanje komunikacijskih, socialnih in emocionalnih veščin.

Pro et contra ali zakaj se odločiti za specializacijo iz družinske medicine

Jernej Arh, Timotej Lončarič, Martina Jakomin, Jana Debeljak, Danica Rotar-Pavlič

Na Katedri za družinsko medicino smo v preteklem letu uvedli zaključne seminarje, na katerih razpravljamo o »žgočih« temah s področja družinske medicine. Ker se pomanjkanje zdravnikov v Sloveniji v zadnjem času najizraziteje kaže na primarnem nivoju, to je pri zdravniških družinski medicine, smo se v sklopu seminarjskih vaj odločili za diskusijski pogovor na temo, kakšni so motivi za odločitev nadaljevanja profesionalne poti v smeri družinske medicine in kaj »seže diplomante« odvrča od odločitve za specializacijo iz družinske medicine.

Uvodno smo si ogledali posnetek kliničnega pogovora zdravnice družinske medicine s tipičnim bolnikom. Na osnovi videa in iz lastnih izkušenj iz ambulant smo študentje postavljali subjektivne argumente o prednostih in pomanjkljivostih dela zdravnika družinske medicine. Med največje prednosti smo postavili možnost spremljanja bolnika od prvega obiska do konca delovne dobe zdravnika, prepisa ali smrti bolnika (kontinuiteta). Le pri dolgotrajnem vodenju bolnika se lahko vzpostavi pristen odnos med bolnikom in zdravnikom. Bolnika sčasoma dobro spoznaš, bolnik pa zdravniku ob korektnem obojestranskem odnosu tudi vse bolj zaupa. Spoznamo vse njegove bolezni, težave na delovnem mestu in doma, ki pogosto pomembno vplivajo tako na potek njegove bolezni, na spreminjanje le-te in včasih na prognozo. V primeru, da se pri istem zdravniku družinske medicine zdravijo vsi družinski člani, pa dobimo celosten pogled v psihološke odnose med člani, razmere doma (urejenost; finančno stanje, etično, kulturno in versko ozadje; vloge članov v družini; odnos do zdravstva; ključne probleme v družini ter genetsko obremenjenost družine, ki nam lahko pomaga pri diferencialni diagnostiki). Delo zdravnika družinske medicine ocenjujemo kot raznovrstno in široko.

- Ne ukvarja se le z bolnimi, saj aktivno sodeluje tudi pri

mnogih preventivnih programih, prizadeva si čimbolj približati zdrav način življenja svojim bolnikom. Možnost hišnih obiskov, pomoč kronično bolnim, dajanje občutka, da jih nekdo spremlja in skrbi zanje, vse to so dejavniki, ki navdušujejo mlade zdravnike.

Zdravniki, ki delajo predvsem izven velikih mest, izvajajo tudi manjše kirurške posege, ob vsakem dežurstvu se srečujejo z urgentno medicino, veliko je psihiatričnih primerov, srečujejo se s prilagoditvami terapij pri kroničnih internih boleznih. Njihovo delo je zelo raznoliko in pestro. Dinamičnost te stroke se kaže z raznovrstnostjo delovnih mest, tako v ambulanti, kjer se srečujejo praktično s celotno patologijo (ki je sorazmerna incidenci bolezni, kar naredi poklic še toliko bolj vznemirljiv zaradi sposobnosti prepoznave redkih in včasih hudih bolezni v množici hitro in lahko ozdravljivih bolezni in stanj), kakor tudi na urgenci, kjer se delovno mesto iz razmeroma varnega zdravstvenega doma preseli na mesto urgentnih stanj (dom, prizorišče prometne nesreče, gore ...), kar zadosti tudi potrebi po »adrenalinskem udejstvovanju«.

Tudi neodvisnost in samostojnost v smislu »sam svoj šef« predstavlja določenim študentom prednost pri odločitvi za specializacijo iz družinske medicine. Tako je zdravnik prostorsko (svoja ambulanta) in delno odločitveno (pisanje receptov omejuje zavarovalnica, napotnic predvsem pritisk sekundarnega zdravstva ter delovnih nalogov zakon), ne pa tudi stroškovno svoboden. Ena od prednosti pred drugimi specializacijami je tudi možnost vpogleda v zdravstveni karton, ki piše celotno bolnikovo zdravstveno zgodovino in tako lahko bolnika celostno obravnavamo. Vpogled v karton na sekundarni ravni ni mogoč.

Po drugi strani pa smo v razpravi našli številne dejavnike, ki botrujejo izbiri drugih specializacij in ne družinske medicine. Strnili bi jih lahko takole:

- strah pred ujetostjo v birokratski pekel,
- negativen prizvok v drugih vejah medicine,
- stiska s časom,
- občutek dela za tekočim trakom,
- slabše sledenje in neupoštevanje ukrepov na strani bolnikov,
- nevhvaležne administrativne zadolžitve zdravnika družinske medicine,
- pritisk s strani zavarovalnice,
- omejene finance,
- občutek pritiska zaradi »prve bojne linije«,
- otežen prenos novosti v medicini.

Na vajah iz predmeta družinske medicine, kjer študent neposredno spozna delo v ambulanti in urgentni službi,

jih je večina spoznala, da je pomemben del dela v ambulanti birokratske narave. Tak način dela vzame zdravniku večino časa pri obdelavi bolnika. Potrebna je nenehna skrb za pravilno izpolnjevanje rubrik, saj so posledice napačne izpolnitve zelo obremenjujoča in zapletena za reševanje. Specializacija družinske medicine je med specialisti ostalih strok pogosto označena za manj vredno. Takšnega odnosa specialistov do družinske medicine so študentje na medicinski fakulteti v Ljubljani deležni med svojim izobraževanjem, na predavanjih in kliničnih vajah, vse od prvega letnika dalje. Zato študentje z negativnimi predsodki pristopajo na vaje družinske medicine. Tudi pri izbiri specializacije je vpliv negativne propagande še prisoten in močno vpliva na odločitve.

Povprečni čas za ambulantno obravnavo bolnika je prekratek, zato z bolnikom ne moremo dodobra obdelati njegovih zdravstvenih težav. Bolnik večkrat zamolči pomembne podatke, saj ne želi biti v breme zdravniku, ki mora hiteti pri svojem delu. Zdravnik pa hiti z delom, da lahko v čim krajšem času izpolni svoje delo. Tako mu primanjkuje časa, da bi obsežno premislil o bolnikovi težavi. Ob neupoštevanju časovne omejitve prihaja do velike gneče v čakalnici in nezadovoljstva bolnikov in zdravnika. Trendi prihodnosti v Sloveniji kažejo, da bo še lep čas tako ostalo. Zdravnik v ambulanti mora pogosto urediti formalnosti, s katerimi zadovolji bolnikove želje. V časovni stiski ima občutek, da dela za tekočim trakom, saj mora poskrbeti, da vsak bolnik v približno 6 ali 7 minutah zapusti ordinacijo.

Bolnik pogosto ne zna ceniti strokovne podkovanosti zdravnika družinske medicine. Ne uvidi, da je prav ta s svojim dobrim poznavanjem stroke, pravilno in pravočasno odredil preiskave pri ostalih specialistih. Bolnik pojmuje zdravnika družinske medicine zgolj kot del sistema, vso zahvalo za ozdravitev pa nameni specialistu, ki je opravil končno zdravljenje.

Kot osebni zdravnik mora zdravnik družinske medicine nenehno koordinirati dogajanje med bolnikom in specialisti ostalih strok. Tako deluje zgolj kot posrednik, zato more prenašati morebitne nesporazume v odnosu bolnik – klinični specialist in velikokrat dopolnjevati malenkosti, ki jih klinični specialist zaradi svoje brezbriznosti ne zgledno izpolni. To lahko vodi v zaostritve odnosov med osebnim zdravnikom in specialistom ali do blatenja imena osebnega zdravnika v specialističnih krogih. Prenašati pa mora tudi jezo in nezadovoljstvo bolnika, ki je končna žrtev. Zdravnik družinske medicine nenehno odloča o dolžini bolniškega staleža. Zdi se, da bolniki »pritiskajo« z zahtevami za predstavitev invalidski komisiji. Ob tem mora

prenašati vse tegobe in nezadovoljstvo bolnikov in nestrinjanje delodajalcev, ZZS-ja in SPIZ-a. Takšno delo zna biti zelo naporno, utrujajoče in destimulirajoče. Osebni zdravnik koncesionar mora zraven svojega strokovnega dela skrbeti, da bo omejena sredstva, ki jih dobi, smiselno razporedil in zagotovil kakovostno delo. Zdravnik družinske medicine v Sloveniji opravlja zraven obravnave svojih bolnikov tudi delo v urgentni službi. Tako je vedno prvi prisoten pri pomoči potrebnem bolniku. Na terenu mora urediti vse potrebno. Zaradi pogojev, ki niso vedno idealni, mora pogosto domiselno reševati težave. Ko »servira« stabiliziranega bolnika internistu v bolnici, je pogosto deležen kritike in neprimerne obravnave (kot bi bil drugorazreden strokovnjak). Zraven tega pa mora prenašati še kritike in grožnje svojcev in morebitna blatenja v širši družbi in privatnem življenju. Pogosto se zgodi, da bolniki vsa negativna čustva, ki so jih pridobili na delovnem mestu, doma ali v kateri koli zdravstveni ustanovi, zlijejo na svojega zdravnika družinske medicine, kar dodatno poveča pritisk nanj. Zaradi dela, ki zahteva poznavanje številnih področij medicine, je zelo zahtevno spremljati novosti na tako številnih področjih. Končno naj omenimo še pritisk na zdravnika družinske medicine, ki se vrši tako s strani farmacevtov za predpisovanje njihovih zdravil. Na koncu živahne razprave smo ocenili, da so taki diskusijski pogovori obvezni, saj študentom pred nadaljevanjem poklicne poti predočijo prednosti in slabosti določene specializacije, na katere sami ne bi nikoli pomislili.

26. učna delavnica za družinske zdravnike: Medikalizacija

Radenci, 12.–14. november 2009

Mateja Bulc

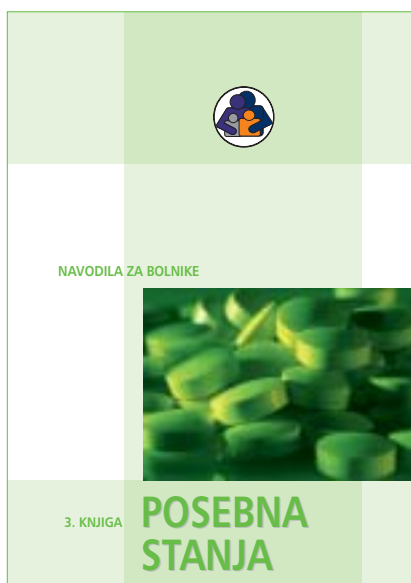
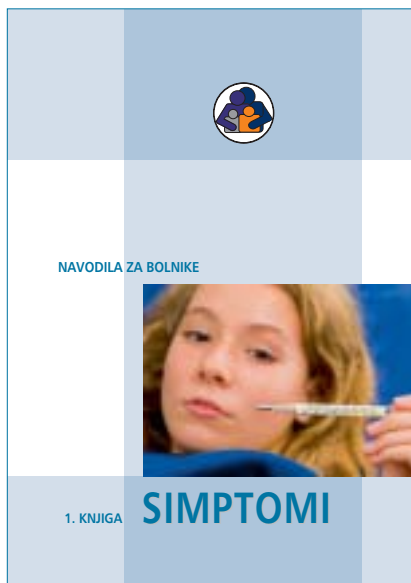


Kot že petindvajsetkrat doslej, je tudi letos Združenje zdravnikov družinske medicine, v sodelovanju s Katedrama za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani in Mariboru ter z EURACT-om, Evropsko akademijo učiteljev družinske medicine pripravilo učno delavnico, namenjeno predvsem mentorjem študentov in specializantov družinske medicine.

Vsako leto pripravimo tri ali štiri delavnice v slovenskih pokrajinah, prva je bila letos v Radencih od 12. do 14. novembra. Lokalna organizatorica, ki je več kot odlično opravila svoje delo, je bila asist. mag. Erika Zelko, delavnico pa smo vodili trije »stari mački«: Marko Kocijan, asist. dr. Danica Rotar-Pavlič in jaz. Udeležba na Martinovo je bila okleščena, kar pa je le pridalo delavnici večji čar in domačnost.

Teme, ki smo si jih zadali organizatorji, so bile, poleg uvoda v delavnico in predstavitve udeležencev, naslednje: opis pojma in oblike medikalizacije, medikalizacija

- v različnih obdobjih življenja, etična plat medikalizacije



Izšla je zanimiva zbirka priročnikov *Navodila za bolnike*, ki je namenjena zdravnikom, da bodo iz njih črpali nasvete za svoje bolnike. Dodana bo zgoščenka, na kateri bodo navodila, ki jih bodo lahko natisnili in izročili bolnikom neposredno v roke.

NAVODILA ZA BOLNIKE

v treh knjigah:

SIMPTOMI, BOLEZNI IN POŠKODBE, POSEBNA STANJA.

Urednici:
Zalika Klemenc-Ketiš in Ksenija Tušek-Bunc.

Obsega 188 poglavij na 800 straneh,
s priloženo zgoščenko.

Cena: 60 € + poština.

Zbirko lahko naročite na naslovu:

Ana Artnak
Katedra za družinsko medicino
Medicinska fakulteta Ljubljana
Poljanski nasip 58, p. p. 2218
1104 Ljubljana
Telefon: 01 / 438 69 15
E-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si

Zavodi in podjetja najdete dodatne informacije in način
naročanja na spletni strani:
<http://www.drmed.org/index.php?k=4&n=551>

Projekt *Navodila za bolnike* je na podlagi javnega razpisa (Uradni list RS, št. 9/2009
z dne 06. 02. 2009) finančno podprl Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

ter preprečevanje nepotrebnih preiskav, zdravljenja – kvartarna preventiva.

Zdravnike vodi načelo »primum non nocere«, v družinski medicini pa se pogosto srečujemo tudi z dvomi in nejasnostmi, kar od družinskih zdravnikov zahteva razmislek o možnih izidih priporočenih intervencij in posegov ter zdravljenja (farmakološkega ali nefarmakološkega), kadar promovirajo zdrav način življenja, svetujejo spreminjanje navad ali zdravijo bolezni. WONCA, Svetovno združenje zdravnikov družinske medicine je definirala kvartarno preventivo kot »identifikacijo bolnikov, ki jih ogroža pretirano zdravljenje (angl. overmedicalisation), da jih obvaruje pred invazivnimi ukrepi in jim svetuje tako obliko zdravljenja, ki je etično sprejemljiva« oziroma kot »rehabilitacijo in izboljšanje zdravstvenega stanja bolnikov, ki jih ogrožajo resni zapleti osnovne bolezni« (1).

Naši ukrepi morajo temeljiti na znanstvenih dokazih, indikacijah in etiki, prilagajamo jih potrebam posameznega bolnika, da bi z minimalno intervencijo dosegli maksimalni učinek (2), preprečili jatrogeno škodo in povečali kakovost življenja posameznega bolnika. Ker pa ukrepi predstavljajo obenem tudi potencialno tveganje, ne le korist, se vse pogosteje srečujemo z etičnimi dilemami in dvomi. Bolniki so vse bolj informirani in vse bolj zahtevni, naša naloga pa je, da jim zagotovimo varno in učinkovito diagnostiko in zdravljenje, preprečimo nepotrebne in neutemeljene posege in metode, skratka – bolnike ščitimo pred medikalizacijo, pretiranimi diagnostičnimi preiskavami in pretiranimi preventivnimi ukrepi tako, da jim ponudimo le strokovno in etično utemeljene postopke in ukrepe. Zdravnik naj bi preprečeval trpljenje in bolnikom razblinjal neutemeljena, nerealna pričakovanja, ki jih obljublja mediji in celo nekateri zdravniki. Vse očitneje postaja populacija »obsedena z boleznimi«, kar bo moč odpraviti le z znanstveno utemeljeno akcijo tako na individualni kot nacionalni ravni (3).

Učne delavnice vselej popestrimo ne le z aktivnim delom v delovnih skupinah, kjer udeleženci prikažejo svoje izkušnje z obravnavano temo in svoje probleme oziroma dosežke, pač pa tudi s hišnim obiskom. Tokrat smo obiskali Dosor, Dom starejših občanov v Radencih, ki je nastal s skupnimi naporami tamkajšnje občine in investitorja Hypo Leasing, v njem pa je prostora za 176 oskrbovancev. Prostori za bivanje spadajo med nadstandardne. Pod Dosorjevo streho so ambulanta, fizioterapija in delovna terapija, telovadnica, balinišče, kavarna, knjižnica in e-kotiček, poleg terase pa še obširne zunanje površine. Po intenzivnem možganskem delu se prilježe oddih – prvi večer smo meditirali z gongi, drugi večer pa je

neformalnemu sestanku mentorjev sledila martinova pojedina ob zvokih Marko bande.

Zaključki naše delavnice o medikalizaciji v družinski medicini so naslednji:

1. Sodelovanje med ravnmi zdravstvenega varstva:

- Izboljšati je potrebno komunikacijo med nivoji, predlog za skupne učne delavnice.
- Klinični specialist naj zaključi obravnavo, vključno z laboratorijskimi in drugimi preiskavami na svojem področju brez predlogov številnih dodatnih napotitev, če smatra, da je napotitev potrebna, izda (ob pooblastilu 1,2,3) napotnico sam.
- Ukine naj se praksa avtomatičnih in nepotrebnih kontrolnih pregledov dobro vodenih kroničnih bolnikov; če pa je kontrola še potrebna, naj bolnik ob koncu obiska prejme tudi datum kontrolnega pregleda.
- Zdravnik družinske medicine potrebuje tudi odpustnice v bolnišnici umrlih bolnikov.

2. Medicina dela, prometa in športa:

- Specialist MDPŠ naj svoje obravnave zaključuje sam.
- Morebitne kontrolne preiskave naj izvedejo in plačajo sami.

3. Preventiva:

- Medikalizacija?
- Potrebna je reorganizacija strukture, izvedbe (razbremeniti zdravnika z ostalim strokovnim kadrom) in plačevanja preventivnih pregledov.

4. Samozdravljenje in zelena zdravila

- Informacij o komplementarnih metodah imamo premalo – vključiti v specializacijo?
- Zdravnik družinske medicine ne sme prevzeti odgovornosti za morebitne zaplete pri zdravilih in pripomočkih, ki jih ni sam indiciral in predpisal (ogläse te vrste mora Zdravniška zbornica prepovedati).

5. Medicinsko-tehnični pripomočki

- Predpisovanje le-teh nikakor ne sodi v družinsko medicino – zdravnik postavi diagnozo in priporoči zdravljenje, ne pa šteje plenice in testne lističe!

Po Sloveniji smo v preteklem šolskem letu pripravili 4 učne delavnice, enako bo tudi v šolskem letu 2009/10.

Tema letošnjih učnih delavnic bo Informacijska tehnologija v poučevanju družinske medicine. Prva delavnica bo najverjetneje 18.–20. novembra 2010. Zdravniki družinske medicine, posebej pa še mentorji in tisti, ki bi to želeli postati – udeležite se jih, ne bo vam žal!

Sporočilo in naloge mladih zdravnikov Evrope s srečanja VdGM v Baslu

Lado Golouh

Na srečanju WONCA v Baslu v Švici sem zastopal Slovenijo v Evropskem svetu (EC) gibanja Vasco da Gama (VdGM) od 15. do 19. septembra 2009.

Od torka, 15. septembra, do sobote, 19. septembra, se je odvijalo veliko srečanj, ustvarjalnih delavnic, prišli smo do vrste delovnih zaključkov, ki smo jih odnesli v obliki nalog v domovino.

Kot običajno mednarodna organizacija VdGM poskrbi, da so stroški nizki. Tako sem prve štiri dni prespal v hiši švicarske zdravnice Franzi Schiff, ki je poleg mene gostila udeleženca predkonference iz Velike Britanije Husama Abdulkadirja. Prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., je vodil eno od šestih delovnih skupin udeležencev Predkonference VdGM.

Darach O'Ciardha z Irske je predstavil delovanje nove spletne strani www.vdgm.eu, ki omogoča izmenjavo mnenj, objavo novic ter vpisovanje izmenjav specializantov in mladih zdravnikov družinske medicine v evropskih državah. Potekajo lahko pri registriranih ponudnikih ali ob posebej organiziranih izmenjavah v okviru programa Hipokrates, kjer velja: en zdravnik gostitelj na enega gostujočega specializanta. Nizozemski mladi zdravniki imajo dvajsetletno tradicijo in so izvrstni organizatorji izmenjav. Na vseh mednarodnih srečanjih mladih organizirajo spoznavno zabavo, navadno drugi ali tretji dan zvečer.

Prvi večer smo, kot je običaj na tovrstnih srečanjih, preživeli v značilni, tokrat švicarski gostilni z eno od nacionalnih jedi, ki omogoča spoznavanje in povečuje družabnost.

V okviru VdGM (www.vdgm.eu) smo kot država »enakovredni« velikim deželam, kot so Velika Britanija, Nemčija, Nizozemska, Francija ipd. Vsaka od 38 članic ima po enega predstavnika v evropskem svetu VdGM. Radi prisluhnejo našim izkušnjam, odprti so za naše predloge in nas spodbujajo k aktivnemu sodelovanju. Ustvarijo pravo

prijateljsko in hkrati delovno vzdušje. Oblikovali so **načelo SMARTER** za učinkovito delo. Načrtovano dejanje naj bo: specifično (S), merljivo (M), uporabno (A), ustrezno (R), časovno določeno (T), ovrednoteno (E) in ponovno ocenjeno (R).

Delavnice potekajo po naslednji strukturi: prvih 20 minut zbiramo ideje, povemo, kako je v domačem okolju in podobno. Naslednjih 20 minut razpravljamo o izpostavljenih idejah in začnemo oblikovati delovni načrt. Zadnjih 20 minut oblikujemo zaključke, konkretne korake opravil in časovni okvir, v katerem bodo aktivnosti opravljene. Sledi sproščen odmor, preden se začne naslednja tema evropskega sveta. Kadar je ura krajša, so segmenti po 15 minut.

V okviru delovne skupine za **izmenjavo** (Exchange program) smo se dogovorili za spodbujanje izmenjav in za registriranje sporadičnih izmenjav. Na srečanju so omenili sporadično izmenjavo 10 specializantov iz Nizozemske in Belgije, tovrstne izmenjave bodo poslej formalizirane. Spletna stran omogoča sporadično prijavo, sistem poskrbi za izvedbo v 10 korakih: od vzpostavitve kontakta do certifikata za udeležbo.

V Sloveniji je kontaktna oseba za izmenjave Nina Kafel, dr. med. (nina.kafel@gmail.com).

Na delovni skupini o **raziskovanju** (Research program) smo načrtali strategijo za več raziskovalnih nalog v družinski medicini. Temo naj bi si izbrali poljubno, takšno, ki je raziskovalcu všeč, raziskovalno vprašanje si postavimo jasno in kratko, nato izberemo ustrezno metodo, da dobimo merljive rezultate, o katerih bomo razpravljali: prvo leto naj bi delali kvalitativno raziskavo, naslednje leto kvantitativno, izmenično. S tem bomo večali ugled družinske medicine, hkrati bomo omogočali krepitev kakovosti lastnega dela.



Podpis!!!!

V Sloveniji si želimo, da bi bile vse **raziskovalne naloge** mladih (in vseh drugih) zdravnikov prosto dostopne na svetovnem spletu. S tem si omogočimo hiter dostop, pogosto citiranje, publiciteto in znanstveni napredek na primarnem nivoju. Vsekakor nas bodo kolegi iz tujine ocenjevali tudi po tem kriteriju: bolj bomo dejavni, rajši bodo prihajali na izmenjave. Poleg tega bomo s tem zagovarjali ugled v tujini, ki ga je dosegla slovenska družinska medicina v preteklosti. Navsezadnje imamo predsednika evropske organizacije WONCA.

Na srečanju smo imeli tudi razpravo o **rekrutiranju** mladih zdravnikov, tj. izbiri kandidatov za specializacijo, in o tem, kako skrbeti, da bo družinska medicina privlačna.

Menim, da je prav, da z vsemi zdravniki v Sloveniji podelim delovne zaključke s tega srečanja: več raziskovanja, več izmenjav, podpora širjenju gibanja, skrb za ugled in novčenje novih zdravnikov; glede izboljšanja izobraževanja in specializacije pa nimam predlogov, saj so naši učitelji s Katedre za družinsko medicino dejavni in poznani v okviru EURACT-a evropske organizacije WONCA. Menim, da so dosegli zavidljivo kvaliteto poučevanja in izobraževanja. Na to smo slovenski zdravniki upravičeno ponosni (sliki 3 in 4).

Naj zaključim s **povabilom**, da se prijavite v našo bazo zdravnikov, ki bi bili pripravljene **gostiti** tuje specializante za nekaj dni v vaši ambulanti družinske medicine na enega od naslednjih naslovov: nina.kafel@gmail.com, lado.golouh@siol.com, marko.drescek@quest.arnes.si ali druzinska@yahoogroups.com. Prijavite se tudi vsi, ki bi se radi udeležili izmenjave v tujini, če ste specializanti, študenti medicine ali mladi zdravniki do pet let po specialističnem izpitu.

Predstavimo tujim kolegom dosežke slovenske družinske medicine. Na razpravah s ponosom opišem, kakšen premik smo naredili od nekdanje splošne medicine v socialistični ureditvi do kakovostne družinske medicine, v okviru katere lahko delamo »vse, kar znamo in za kar imamo opremo na primarnem nivoju«.

Z dobrim delom bomo, upam, zmanjšali število obiskov. Na X. Kokaljevih dnevih v Kranjski Gori v Sloveniji, kjer sem poročal o pričujočem srečanju v Baslu, je bila tudi delavnica e-zdravje: ga. Smiljana Vončina-Slavec z Ministrstva za zdravje zavzeto dela na tem, da nas bodo **novе programske rešitve** podprle in dodatno razbremenile na nivoju izvajalca – zdravnika, od opozoril o interakcijah med zdravili do samodejnega naročanja in možnosti, da bodo bolniki ob naročanju vpisovali že anamnestične podatke o razlogu za obisk; v program naj bi vključili

tudi standardna navodila bolnikom ob tipičnih obolenjih in navodila za naročene preiskave.

Želimo se **povezovati in voditi skupne projekte** na mednarodnem nivoju. Poslanstvo gibanja VdGM je v izmenjavi idej in izkušenj za **izboljšanje** vsebine in kakovosti dela v ambulanti, izobraževanja in raziskovanja.

Vasco da Gama gibanje, ki deluje v okviru **WONCA** Evrope, na mednarodnem nivoju pomaga ustvarjati napredek, nas povezuje in pripravlja na izzive jutrišnjega dne. Povezuje nas tudi spletna stran www.vdgm.eu. Prijavite se tudi vi in sodelujte v razpravah.

Strokovno srečanje belgijskih kolegov v Portorožu

Jana Govc-Eržen

La Société scientifique de médecine générale (SSMG) je združenje zdravnikov družinske medicine, katerega temeljni cilji so znanstveni napredek, ohranitev in izboljšanje kakovosti dela v družinski medicini. Tako kot slovenski zdravniki družinske medicine, se tudi naši belgijski kolegi soočajo s številnimi težavami pri svojem

Festival edukacijskih gradiv, programov in praks za oskrbo bolnika s sladkorno boleznijo

UKC Ljubljana, 15. 5. 2010

Jana Govc-Eržen

17



Podpis!!!

delu. Predsednik združenja, dr. Luc Lefebvre je poimenoval povečanje števila starejših bolnikov in s tem povezano obravnavo kroničnih bolnikov ter bolnikov s sočasnimi boleznimi kar »sivi val«. V njihovih ordinacijah narašča število bolnikov s psihosocialnimi težavami, več je nasilja, zlorab, narašča stopnja revščine, ukvarjajo se z administrativnimi opravili in načrtovanjem podpore zdravstvenih evidenc v elektronski obliki, s preventivnimi ukrepi.

Od 23. 4. do 1. 5. 2010 se je več kot 200 belgijskih kolegov družilo na strokovnem srečanju, ki so ga za svoje združenje organizirali v Sloveniji. Kongres je potekal v kongresnem centru v hotelu Bernardin v Portorožu. Program je bil raznolik, saj so obravnavali področja ortopedije, ginekologije, pediatrije, urgentne medicine; na programu pa je bilo tudi nekaj zanimivih naslovov: V koži mojega bolnika, V votlini ušesa, Toksin botulina – miti in realnost.

Na program strokovnega srečanja so uvrstili tudi predstavitve slovenske družinske medicine. V 45-minutnem predavanju, ki je potekalo v francoščini, sem predstavila organizacijo zdravstvenega varstva, razvoj družinske medicine v Sloveniji, dodiplomsko in podiplomsko izobraževanje ter delo slovenskih družinskih zdravnikov. Nagovor predsednika SSMG me je navdal s posebnim ponosom, saj je slovenska družinska medicina v Belgiji izjemno cenjena, za kar se lahko zahvalimo predstojnikom obeh Kateder za družinsko medicino prof. dr. Igorju Švabu in prof. dr. Janku Kersniku.

In še nekaj za zaključek – le malokdaj se zgodi, da slušatelji nagradijo predavatelja s ploskanjem med predavanjem. Belgijski kolegi so mi zaploskali, ko sem jim povedala, kako visoko stopnjo zaupanja uživamo družinski zdravniki med našimi bolniki.

Diabetološko združenje, ki ga vodi dr. Jelka Zaletel Vrtovec, je priredilo 15. 5. 2010 v predavalnici UKC v Ljubljani celodnevno srečanje vseh, ki se ukvarjajo s promocijo zdravega načina življenja ter z edukacijo na področju oskrbe bolnikov s sladkorno boleznijo. Kot nacionalna koordinatorica za preventivo boleznih srca in žilja sem v uvodu nagovorila sodelujoče: »Za ohranitev, krepitev zdravja in preprečevanje boleznih je znanje ključnega pomena. Prizadevamo si, da bi naše vedenje prenesli na čim večje število ljudi in tako prispevali k boljšemu zdravju in večji kakovosti življenja. Vsakodnevno se soočamo z veliko konkurenco številnih drugih zainteresiranih skupin in deležnikov, ki skušajo prav tako vplivati na ljudi, ker si na ta način obetajo določene prednosti. Naša največja konkurenca je industrija, ki skuša ljudi pritegniti, da bi postali njihovi potrošniki. Razočaranja, ki jih doživljamo, ko vidimo, kako so uspešni v svojih aktivnostih in na drugi strani, kako težko se z našimi



Podpis!!!

sporočili prebijamo pri ljudeh, nas silijo v to, da se povežemo. Skupaj moramo iskati bolj učinkovite pristope za posredovanje sporočil, povezanih z zdravjem. Prav to področje je tudi najbolj zahtevno. Ljudje imajo že veliko znanja in tudi zavedanja glede tega, kaj zdravju škoduje in kaj koristi. Kljub temu pa v praksi še vedno v veliki meri sledijo starim vzorcem obnašanja. To pa pomeni, da moramo tudi vsi, ki se ukvarjamo s promocijo zdravega načina življenja in preprečevanja bolezni, nameniti posebno pozornost temu, kako se bom soočili s to situacijo in kako bomo zagotovili večjo učinkovitost našega dela.

Na festivalu edukacijskih gradiv, programov in praks sem se seznanila z aktivnostmi na področju promocije zdravja, ki ga opravljajo tako strokovnjaki kot tudi predstavniki številnih nevladnih organizacij. Njihovo delo je predano,

inovativno in dosega širok krog ljudi. Prav zaradi tega menim, da so srečanja, na katerih združujejo in povezujejo svoja znanja in izkušnje strokovnjaki s področja zdravstva kot uporabniki zdravstvenih storitev, izjemno pomembna in koristna. Širjenje sporočil o zdravem načinu življenja je ena izmed pomembnih nalog zdravnikov družinske medicine. Glede na obremenitve in pomanjkanje časa v naših ambulantah bi morali poiskati prave poti povezovanja in združevanja znanj in izkušenj vseh, ki se ukvarjajo s področjem promocije zdravja. Na festivalu edukacijskih gradiv so se predstavili predstavniki društev sladkornih bolnikov, lekarn, medijev, Mednarodnega inštituta za potrošniške raziskave, dietetiki, diabetologi, predstavniki CINDI Slovenija in jaz, kot predstavnica zdravnikov družinske medicine.

Sastipe – zdravje

Erika Zelko

Romi predstavljajo največjo etično skupnost v Sloveniji, ki je izjemno heterogena v načinu življenja, uporabe zdravstvene službe in zaradi svojih kulturno etičnih posebnosti neredko marginaliziran del naše družbe. Običajni programi preventive so se doslej izkazali za bolj ali manj neuspešne pri delu z romsko populacijo. Študije, narejene v tujini, samo potrjujejo naša opažanja, ki smo jih zabeležili že v okviru projekta »ŽIVIMO ZDRAVO«, katerega pilotski program je v letih 2003–2004 v občini Beltinci financiralo Ministrstvo za zdravje. Za uspešno delo v romski skupnosti je potrebno razviti orodja, ki bodo lahko učinkovita za delo v sami skupnosti.

V letu 2008 smo se tako na prvih Zdravčevih dnevih pogovarjali in dogovorili s predstavniki Romov, da se nekoliko intenzivneje lotimo zdravstvene problematike znotraj romske skupnosti. Ob tem smo ugotovili, da je že sama komunikacija in razumevanje navodil, ki jih zdravstveni delavci skušamo posredovati pripadnikom romske etične skupnosti, včasih zelo zapleten in pogosto neuspešen proces. Tako smo se v okviru izbirnih vsebin na Katedri za družinsko medicino MF Maribor, ob sodelovanju ZD Murska Sobota in ZZS lotili pilotskega projekta SASTIPE.

Pretežni del projekta smo izvajali v romskem naselju Vanča vas – Borejci in ga zaključili v letu 2009.

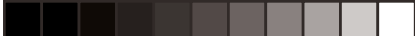
Zavedali smo se, da lahko ustrezne vsebine ohranimo, oziroma lahko predstavljajo temelj nadaljnjega dela le, če jih tudi publiciramo. Tako smo konec februarja 2010 končno uspeli pripraviti zbornik naših srečanj, ki je namenjen nadaljnji uporabi romske skupnosti. Prispevke smo tako poskušali pisati in napisati čim razumljiveje za laično javnost, kjer je tudi nivo izobrazbe zelo heterogen.

Drugi del projekta je bila priprava slovarja pogostih medicinskih izrazov v romščini. Študentje so pripravili nabor pogosto uporabljenih medicinskih izrazov, gospod Romeo Horvat-Popo pa je navedene izraze prevedel v romščino.

Upamo, da smo tako prispevali majhen kamenček v mozaik izboljševanja komunikacije med zdravstvenimi delavci in pripadniki etične skupine, ki živi pogosto na obrobju naše družbe.

Posebej bi ob tem pohvalila delo Nine, Jurice, Robija in ostalih študentov, ki so vztrajali in pomagali projekt pripeljati do konca.





REKLAMA 3



37. Sestanek evropske delovne skupine za kakovost

Zalika Klemenc-Ketiš

20

POROČILA

V Londonu je od 29. aprila do 1. maja 2010 potekal 37. sestanek Evropske delovne skupine za kakovost (EQUIP). Udeležili sva se ga z Marijo Petek-Šter. Sestanek je potekal na Kraljevem kolidžu zdravnikov družinske medicine (Royal College of General Practitioners). Kolidž se trenutno nahaja ob londonskem Hyde parku, vendar se ne bo več dolgo, saj se bodo že letos preselili na drugo lokacijo. Tako so nam zaupali, da imamo posebno čast, saj smo bili udeleženci zadnjega mednarodnega sestanka v sedanji stavbi.

Sestanek je bil sestavljen iz plenarnih zasedanj, predavanj in dela v skupinah. Prof. Jochen Gensichen nam je predstavil koncept modela Bellagio, pri čemer gre za model v skupnost usmerjenega zdravstva na primarni ravni. Model predstavlja okvir za dostopno, trajno, izčrpno in v skupnost usmerjeno oskrbo na primarni ravni in je sestavljen iz 10 ključnih značilnosti, ki so medsebojno odvisne in druga brez druge ne morejo obstajati. Te značilnosti so deljeno vodstvo, zaupanje javnosti, vertikalna in horizontalna integracija, mreže strokovnjakov, uporaba standardiziranih kazalcev, raziskovanje in razvoj, mešan način plačevanja storitev, ustrezna infrastruktura, aktiven program za izboljšanje praktičnega dela in v skupnost usmerjen menedžment. Več informacij o modelu je dostopnih na <http://www.bellagioprimarycare.org>. Martin Marshall nam je predstavil zanimivo predavanje o prihodnosti družinske medicine, med katerim se je s precej filozofskega stališča dotaknil uporabnosti in pasti modernih tehnologij v medicini oz. v oskrbi bolnikov in požel kar nekaj negodovanja in ostrih besed s strani ostalih navzočih Angležev. Prof. Helen Lester je predstavila angleški model zagotavljanja kakovosti na primarni. Model zagotavljanja kakovosti je sestavljen iz 146 kazalcev kakovosti in se uporablja v vseh ambulantah družinske medicine, prihodek zdravnikov pa je odvisen od uspešnosti sledenja tem kazalcem. Kazalci se delijo na klinične (npr. astma, rak, arterijska hipertenzija ...) in na organizacijske (npr. dostopnost, organizacija oskrbe, holistična oskrba ...).

Vsak kazalec lahko prinese 0,5–56 točk, vsaka točka pa 139 evrov. Prof. Nigel Sparrow in Clare Taylor pa sta nam predstavila sistem pridobivanja točk za obnavljanje licence za delo zdravnikov družinske medicine. Le-ta je sestavljen iz pridobivanja točk z udeležbo na predavanjih (1 ura predavanj prinese 1 točko), če pa zdravnik dokaže, da je pridobljeno znanje uporabil tudi v praksi pri oskrbi bolnikov, se mu točke podvojijo. Zdravniki morajo v petih letih zbrati 250 točk. Zgolj po naključju smo poslušali še predavanje Johna Warwicka in Kena McLeana o nagradi, ki se vsako leto podeli ambulantam, ki so dosegle posebne standarde kakovosti.

Delo v skupinah je potekalo v 5 skupinah: kazalci kakovosti, orodja in metode, kakovost poučevanja, raziskovanje in izboljševanje kakovosti ter profesionalno zdravje. Predstavnici Slovenije sva bili vključeni v skupino o kakovosti poučevanja, kjer smo dokončali izdelovanje vprašalnika, s katerim bomo naredili posnetek stanja na področju poučevanja kakovosti v različnih državah ter sestavili program delavnice o kakovosti poučevanja, ki jo bomo izvedli v okviru kongresa evropske WONCE na Malagi letos jeseni.

Udeležili sva se tudi uradne večerje na kolidžu. Organizatorjem je uspelo v pičlih dveh urah prostor, kjer smo imeli čez dan sestanek, spremeniti v precej angleško strikten prostor za večerjo. Ob tem sva bili deležni obilice angleškega humorja in butlerske postrežbe večerje.

Naslednji sestanek bo v okviru kongresa evropske WONCE na Malagi od 6. do 7. oktobra 2010.



Podpis!!!

Misli in spoznanja o izkušnjah ...

Mojca Miholič

Poletna noč po tako težko pričakovani vročini. Vse je tiho in mirno, le komarjevo brenčanje nekje v kotu sobe vznemirja moje vsakonočno obredje, ki med drugim vključuje pisanje dnevnika (da ne pozabim, kako živim!), razmišljanje in analiziranje samoniklih idej ob vsakodnevnem hitenju in seveda branje romana, brez katerega spanec ne zapre utrujenih vek. In nocoj je TO branje od Gusti Stridsberg, ki je v uvodniku svojega dela dejala (dovolite mi, da citiram iz romana Mojih pet življenj): »Iskala sem. Življenje se mi je kazalo kakor misijonarjevo popotovanje – popotovala nisem z željo, da bi spreobračala, temveč s hrepenenjem, da bi me spreobrnilo. Upala sem, da bom našla tisto, česar ni (česar še ni?) – svetovni nazor, obliko življenja, ki bi bila etično-družbeno splošno veljavna. Kar sem našla, so bile izkušnje. Tukaj so.«

Izkušnje? Za nekoga, ki ga vodita po svetu zgolj razum in pot z jasno načrtanim ciljem, predstavljajo le-te popolnoma nepomembno dejstvo ali neprepoznaven okrask. Sama večkrat pogledam na svoj oguljen nahrbtnik, s številnim odtrganimi pasovi, z madeži od vsepovsod in z odlomljeno vrhnjo zadrگو. A vendar je moj večni spremljevalec in skupaj sva nabirala izkušnje. Še nedavno tega, po Namibiji, ko se je valjal po zaprašeni potki med ogledom plemena Himbe. Neredko mi predstavlja tisto VSE, kot pravi znano reklo: »Vse, kar imam, nosim s seboj!«

Naenkrat pričneš zreti na svet z drugačnim pogledom, torej ga tudi resnično vidiš drugače in to je potem tvoja resnica. Nikakor ne moreš več reči, da je tvoj »vrt« najlepši, če je pa vrtniček že davno nekaj, kar si, vsaj mentalno, že davno pustil za seboj. Ne, celo Zemljina velikost se ti hipoma zazdi majhna; želiš jo objeti in praktično ne vidiš ovir, da je ne bi zmožel obiskati, prevetrili vetrnih koncev, sončnih zahodov, poduhati in po vonju ločiti Azije od Srednje Amerike ... Ampak to so že zopet izkušnje in to take, ki jih pač v določenih segmentih življenja ne (z)moreš deliti niti z najbližjimi, če pač niso resnično zelo subtilno povezani s tabo. In potem sanjariš, istočasno pa poskušaš biti »tukaj in zdaj«, resen in odgovoren, ambiciozen in všečen ..., čeprav veš, da globalno pripadaš širšemu svetu,

kot je lasten »vrt«. Zgodi se, da kljub popolni intimni sreči, ki jasno da osrečuje in osvetljuje tudi tvoje bližnje, postajaš čudaški, poseben, nedosegljiv in apatičen za tukajšnje nebu-loze in pehanje za stvarmi, ki si jih že davno »predelal« kot nujno zlo civiliziranega življenja. Ugotoviš, da te enostavno ne napolnijo več. In potem ...? Nekateri odpovedo ter si z lažno jezo in pod krinko prišepnejo, da je »to TO!«, ter živijo, kot je »treba« in kot bi od njih pričakovali. Nekaterim pa (na srečo) to nikoli ne uspe in gradijo svoj slog dalje. Orjejo lastno vzporedno brazdo, rijejo povprek in se skozi novo odkrite poti in brezpotja uveljavljajo kot avanturisti; popotniki skozi življenje. Postavljena imajo lastna pravila in predsodke, daleč stran od »vrtničarjev«. Ni jim enostavno, pa vendar je neskončno zanimivo. Sama trdim, da je to tako kot virus. Ko se enkrat okužiš z virusom popotništva, nikoli ne ozdraviš (popolnoma)! Izkušnje nam omogočajo, da si upamo bolj, kot ne. Da nadaljujemo zeleno v smeri izgrajevanja, kljub motnjam na poti. Dajejo nam moč prepoznavanja in samozavestnejšega soočanja s vsakodnevnimi tegobami in »vrtničarji«.

Je še kdo, ki si jih NE ŽELI ...?

Moja izkušnja iz vaj družinske medicine na izmenjavi v Strasbourgu

Vedran Savić

22

POROČILA

Vaje iz družinske medicine sem opravljal kot Erasmus študent v Franciji, natančneje v Strasbourgu, in sicer na ločenih lokacijah pri različnih zdravnikih, tako da sem spoznal različne pristope k delu zdravnika družinske medicine.

Od 1. 12. do 31. 12. 2009 sem vaje opravljal pri dr. Brummu Christophe-u, v predmestju imenovanem Illkirch-Graffenstaden. Omenjeni kraj je pravzaprav mestece zase, mejil pa je že na ruralne predele Alzacije in je bil v nasprotju s krajem v strogem centru Strasbourga, kjer se je nahajala ordinacija mojih mentorjev v drugem sklopu vaj. Le-tega sem preživel od 1. 1. do 22. 1. 2010 pod vodstvom dveh mentorjev, in sicer dr. Anny Zorn in dr. Claude Bronnerja, ki je tudi vodja sindikata splošnih zdravnikov.

Delo je bilo razdeljeno na dopoldanski in popoldanski del, od ponedeljka do petka, včasih pa tudi v soboto. Obsegalo je tako ambulantni del (Francozi mu pravijo la consultation), kakor tudi obiske na domu (la visite). Zdravniki družinske medicine so organizirani ponavadi tako, da imajo ambulanto eden poleg drugega, v skupinah po dva ali tri, kar jim omogoča medsebojno posvetovanje in tem bolj ekonomično organizacijo urnika dela, tako da je vedno nekdo prisoten tudi ob sobotah. Nema lokateri pa je svojim bolnikom po telefonu dosegljiv tudi izven delovnih ur.

Sistem zdravstva je organiziran nekoliko drugače kot pri nas, saj bolniki plačajo za pregled kar samemu zdravniku, potem pa dobijo povrnjen denar čez nekaj dni v vrednosti 90-ih odstotkov. To se nanaša le na Alzacijo in Loreno, ki sta pravno in tudi kulturnozgodovinsko nekoliko ločeni od ostale Francije. Drugod po Franciji je številka nižja, giblje pa se okoli 70 %. Bolniki so razdeljeni v tri starostne kategorije: prva je od 0 do 23 mesecev, za katero je treba odšteti 27 evrov, naslednja je od 2 do 6 let, ki stane 25 evrov in zadnja kategorija 7 let in več, cena pa je za vse enotna, tj. 22 evrov.

Glede kazuistike pa seveda ni neke bistvene razlike in je bila primerna letnemu času. Da bi bila razlika med podeželskim oziroma primestnim in mestnim okoljem bolj očitna, bom pisal v dveh ločeni sklopih.

Po krajšem uvajanju in prilagajanju na različne jezike (saj je bilo v prvem sklopu veliko ljudi, ki so govorili alzaško, ki je pravzaprav narečje nemščine), sem bil popolnoma integriran v delo francoskega zdravnika družinske medicine. Po anamnezi je seveda sledil skrben status in kot je bilo pričakovati za čas jeseni in zime je bilo veliko prehladov. Od teh je bila približno tretjina bolnikov z bakterijskimi, ostali dve tretjini pa z virusnimi boleznimi. Pri slednjih bolnikih je po razkritju diagnoze nemalokrat sledilo vprašanje, če imajo gripo H1N1 in kako resne so lahko posledice. Mentor je takoj pojasnil, da samega testa, ki bi pokazal za kateri virus gre, sistematsko ne delajo, vsakomur pa je seveda povedal, da obstaja možnost brezplačnega cepljenja, ki ga opravljajo v vsaki večji bolnišnici. Nekateri bolnike je motilo, da bodo morali nositi maske, ki preprečujejo kontaminacijo. Ta skrb je bila povezana predvsem s stigmo v družbi, ki jo s seboj prinese nošenje omenjene maske.

Mogoče bolj za zanimivost lahko povem, da se je do sredine decembra ob simptomih gripe predpisoval tamiflu le tako ali drugače ogroženim skupinam bolnikov, kasneje pa je francoska zdravstvena zbornica predpisovanje razširila na vse bolnike s simptomi gripe.

Druga velika skupina bolnikov je imela nevrološke ali ortopedske težave in pravzaprav prva bolnica je bila gospa s tortikolisom, ki je bila kasneje zdravljena z blažjim analgetikom in protivnetnim zdravilom. Daljši pregled pa so zahtevali bolniki s skrb vzbujajočimi bolečinami v hrbtenici in nekateri s sumom na sindrom caude ekvine. Pri omenjenih bolnikih je šlo ponavadi za dalj časa trajajoče bolečine in nemalokrat se je vzpostavila delovna diagnoza diskus hernia. Tak bolnik je bil ponavadi napoten k radiologu, ostali, ki pa so z radiološkimi posnetki že prišli na pregled, pa k drugemu ustreznemu specialistu. Ortopedske težave povezane s kolenom in gležnji, so bile največkrat posledica padca na ledu, pri mlajših bolnikih pa so bile vzrok le-teh športne poškodbe. Kar nekaj primerov smo imeli tudi s sindromom karpalnega kanala. V spomin sta se mi je vtisnila gospa, ki je delala za računalnikom in gospod, ki je imel doma manjši obrat in je bil cel dan prikovan na stroj. Kot zadnja pa ju omenjam zato, ker je bila njuna težava posledica poškodbe pri delu. Obe skupini skupaj, torej prehladi in nevrološke oziroma ortopedske motnje so bili v tem delu Strasbourga največkrat vzrok za izostanek od dela.

je bil usmerjen v izključitev urgentnih stanj, toda ker ni bilo možnosti, da bi posneli EKG, je bil bolnik še isti dan napoten h kardiologu. Šlo je torej za sum akutnega stanja kardiovaskularne bolezni in hkrati prvi tak primer, ki sem ga videl v ambulanti družinske medicine. Večji del bolnikov pa je prihajal, zaradi težav, povezanih s kroničnimi boleznimi. Največ takih je bilo z dolgotrajno hipertenzijo in s sladkorno boleznijo, nemalokrat pa so prihajali s kombinacijo obojega. Zdravljenje takih bolnikov je torej dolgotrajno ter težavno, zato ni bilo mogoče, da bi v tako kratkem času, kolikor sem bil jaz tam, videl določen napredek. Opazil pa sem razliko v doslednosti sledenja zdravnikovim navodilom. Tisti bolniki, ki so se smernic bolj držali, so imeli tlak zmerno povišan ali pa normalen, sladkor pa skoraj vedno v mejah normalnega.

Naslednja skupina bolnikov, ki je bila neprimerljivo bolj zastopana v mestu, pa so bili ljudje s psihičnimi težavami. Le-te niso bile omejene na določeno starost. Ločili so se le na tiste, ki so se zdravili že dalj časa, in na tiste, ki so prišli na novo. Slednji so prišli dostikrat na željo oziroma pobudo svojcev, partnerja ali partnerice. Največkrat so prišli zaradi slabega duševnega stanja, ki so ga povezovali z depresijo.

Ob tem so nekateri imeli tudi samomorilne nagibe, zaradi česar so bili napoteni k psihiatru. Vzroki za to so lahko bili očitni, kot na primer pritisk v službi, kjer so bolniki že kar sami navajali težavo. Pri drugih, ki pa niso bili tako zgovorni, se je dostikrat iz povedanega dalo razbrati, da so se podobni vzorci vedenja kazali že v njihovi družini. Prej sem omenil, da so razlike v zdravstvenih težavah primestnega in mestnega prebivalstva majhne. Ta meja je zabrisana tudi na področju odvisnosti od drog. Zdravniki družinske medicine v Franciji se lahko sami odločijo, ali bodo sprejemali bolnike, ki so odvisniki od drog. In prav vsi moji mentorji so bili na voljo tudi bolnikom s takimi težavami. Bolniki namreč prihajajo na določen čas k svojemu zdravniku, ki jim predpiše metadon ali subuteks. Tako zdravljenje je nemalokrat obsojano, vendar pa ga je treba postaviti v širši kontekst, saj je tem ljudem imajo tudi družine. Skratka dana jim je možnost za dostojno življenje. Vendar tega seveda ni pričakovati v vseh primerih, saj prihaja tudi do izkoriščanja takega načina zdravljenja. Ravno tako se mi je zdel nekoliko sporen primer nosečnice, ki je prejela omenjeno terapijo. Vendar me je mentor podučil, da se abstinenčni sindrom pri novorojenčkih razvije v polovici primerov in ga kasneje tudi uspešno zdravijo. Poleg tega je verjetnost večjih kongenitalnih nepravilnosti zelo majhna. Obenem pa se ognejo zapletom, ki bi jih na primer povzročilo jemanje heroina.



Mentor dr. Brumm Christophe (desno) in jaz

Upravičenost izostanka od dela, presodi zdravnik, ki določi tudi predvideno število dni odsotnosti. V obrazec tako izpolni ustrezne podatke o bolniku in napiše diagnozo, ki je vzrok za odsotnost od dela. Potrdilo zdravnika o upravičenem izostanku prejme tudi delodajalec, vendar na njegovem izvodu ni napisanega vzroka za izostanek, s čimer so tako bolniki zaščiteni.

Zadnje tri tedne sem preživel pod mentorstvom dr. Anny Zorn in dr. Claude Bronnerja. Njuna ambulanta se je nahajala v središču mesta in v skladu s tem se je spremenil tudi tip populacije in težave, zaradi katerih so prihajali. Toda opozarjam, da so primeri, ki jih bom opisoval v tem sklopu, sicer res bolj vezani na mestno prebivalstvo, vendar so se pojavljali tudi v prej opisanem delu. Edina razlika je, da so se tu pojavljali v večjem številu, sama meja med zdravstvenimi problemi prebivalcev mesta in podeželja pa je močno zabrisana.

Če sem na začetku stetoskop uporabljal predvsem za ocenjevanje delovanja pljuč, je bil tu namenjen predvsem za poslušanje srca in merjenje krvnega tlaka. In če sta prej med dejavniki tveganja izstopala predvsem nezdrava hrana in premalo gibanja, sta se jima tu pridružila še stres in razvade, kot sta kajenje in pitje alkohola. Eden prvih primerov pri dr. Anny Zorn je bil mlajši moški, z zbadajočo bolečino na levi strani prsnega koša, ki je trajala eno noč. Sledilo je par kratkih vprašanj in gospod je povedal, da že 15 let kadi in okoli pet let neprestano dela ponoči. Pregled



Medicinska fakulteta v Strasbourgu

Zdravnik družinske medicine je zadolžen tudi za cepljenje otrok, kjer bi izpostavil v Franciji pereč problem cepljenja proti papiloma virusu. Cepi se trikrat, en odmerek pa stane 130 evrov in je samoplačniško, zaradi česar postane nekaterim finančno nedostopen. Cepljenje proti tuberkulozi ni več obvezno, cepi pa se le ogrožene otroke.

Drugi del vaj je zajemal obiske na domu. Ponavadi jih opravljajo dvakrat, po potrebi pa tudi trikrat tedensko. Bolniki so predvsem starejši ljudje, ki imajo težave z gibanjem, kar pa ni njihov prvenstven problem, saj imajo ob tem ponavadi pridružene še druge bolezni. Pri mlajših bolnikih je šlo ponavadi za akutne težave, kot so prehlad ali nemalekkrat gastroenteritis.

Prej sem navedel cene po starosti, ki pa so za obiske nekoliko dražje. Vsaki kategoriji je potrebno prišteti 10 evrov. Za otroke od 0 do 23 mesecev je cena 37 evrov, od dveh do šestih let 35 evrov. Za bolnike od sedem let in naprej je cena enotna in znaša 32 evrov. Če pa zdravnik pregleda na domu dve osebi hkrati, se za enega bolnika šteje cena, ki velja za obiske, za drugega pa cena, ki velja za ambulantni pregled, ki je nekoliko nižja.

Največkrat smo torej obiskali starejše bolnike s kroničnimi težavami, nekateri od njih pa so bili večkrat operirani in je bilo njihovo zdravljenje bolj oblika paliativne nege. Tak je primer gospe, rojene leta 1928, ki so ji leta 1975 diagnosticirali rak maternice ter po radio- in kemoterapiji opravili histerektomijo. Leta 2002 so ji opravili holecistektomijo po ugotovitvi bazocelularnega epitelioma. Šest let kasneje je bila opravljena totalna pelvektomija zaradi kolovezikalne

fistule, nastale po radioterapiji. Zdravila se je tudi zaradi povišanega tlaka, osteoporoze in revmatoidnega artritisa. Poleg tega je bolnica zelo slabo prenašala bolnišnice, saj je ob vsaki hospitalizaciji zelo shujšala, tako da je bila uvedena parenteralna prehrana. Pri tej bolnici sva z mentorjem preverila delovanje stome oziroma rekonstruiranih izvodil. Zaradi srčnožilnih težav pa sva seveda vedno avskultirala srce, izmerila tlak ter poslušala pljuča zaradi morebitnih okužb, saj bi bila verjetno že najmanjša pljučnica lahko usodna. Poleg tega je bila

gospa alergična na peniciline in cefalosporine, zaradi česar je bila previdnost še večja. V času mojih vaj bi gospe morali opraviti biopsijo, vendar se je temu posegu močno upirala. Vse to bi se moralo zgoditi v času praznikov. Zaradi tega so se po skupnem posvetu z družino in nasvetu zdravnika odločili, da operacijo prestavijo na čas po božiču.

Naslednja gospa, rojena leta 1921, je imela opravljeno hemikolektomijo desno, paratiroidektomijo, leta 2009 pa je imela operacijo diskusa hernije na nivoju L2–L3. Temu je bila pridružena še prekomerna telesna teža, kar ji je še bolj otežilo gibanje. Njeno zdravljenje je bilo poleg redne terapije usmerjeno predvsem na lajšanje bolečin v križu in preprečevanje dihalne stiske, ki je nastala po nekaj metrih hoje z opornico.

Obiskovala sva tudi 79-letnega gospoda z ekstrapiramidnimi motnjami. Zdravljenje je potekalo predvsem v kombinaciji s fizioterapevtom, saj je gospod potreboval veliko pomoči predvsem na področju motorike. Recepti, ki se predpisujejo omenjenim bolnikom, spadajo v skupino t.i. receptov tridesetih bolezni, kar z drugimi besedami pomeni, da zdravila v celoti plača zavarovalnica. Mislim, da so vaje iz družinske medicine dosegle svoj namen, saj sem poleg širine tega poklica lahko opazoval na delu tudi antropologijo medicine, ker so bolniki prihajali iz najrazličnejših koncev sveta in s tem prinašali tudi delček svoje kulture. Vse to pa je doprineslo k večji zanimivosti, mene pa je obogatilo z izkušnjo, ki je ne bom nikoli pozabil.

Projekt »Biti zdrav je kul« na OŠ Beltinci

Ines Zamuda

V soboto, 10. aprila, se je v okviru dneva šole na OŠ Beltinci izvajal projekt »Biti zdrav je kul«, ki smo ga izvajali študentje Medicinske fakultete Maribor pod mentorstvom zdravnice družinske medicine, asist. mag. Erike Zelko, in s tem otrokom promovirali zdrav način življenja.

Sam projekt je bil sestavljen iz petih delavnic, ki smo jih sestavljali študentje Medicinske fakultete. Osredotočili smo se na glavna vprašanja, ki otroke zanimajo, in na probleme, s katerimi se ubadajo, a jih velikokrat zadržijo zase.

Delavnica o spolnosti

Delavnica je bila namenjena 8. in 9. razredom. Ker je to obdobje, ko se mladi začinjajo seznanjati s spolnostjo, smo jim predstavili teme, ki so za njih pomembne in jim bodo pomagale k pravim odločitvam. Pogovorili smo se o prvem spolnem odnosu, zaščiti, spolno prenosljivih boleznih ... Učence smo naučili tudi pravilne uporabe kondoma.

Delavnica o športu

V delavnici za šport so otroci najprej poslušali, kako pomembno je, da je človek dovolj telesno aktiven in kakšni so škodljivi učinki kajenja. Študentje smo pripravili tudi različne razgibalne vaje za hrbtenico in ude ter vaje za sproščanje, saj otroci danes veliko časa presedijo. Ni pa manjkalo niti zabave, otroci so skakali tudi s kolebnico in igrali različne igre z žogo.

Delavnica o zdravi prehrani

V tej delavnici je bil poudarek na osveščanju otrok o pomembnosti zdrave prehrane. Otroci so najprej poslušali, kakšna je zdrava prehrana, kako bi naj bil sestavljen zdrav krožnik, kaj vsebujejo naša živila, nato pa še, kakšni so vplivi prekomernih količin alkohola in kakšne so posledice. Prav tako smo za otroke pripravili več vrst sadja in zelenjave, da bi spet poudarili, kako pomembna je zdrava hrana.

Delavnica diagnostike

Tukaj so naši študentje otrokom merili višino, obseg pasu in krvni tlak ter jih tehtali. Skupaj so računali tudi indeks telesne teže. Otroci so bili tudi poučeni, kaj pomeni indeks telesne teže, zakaj se ga računa in zaradi česa je pomemben. Pri tej delavnici se je otrokom predstavljalo tudi, kaj pomeni visok krvni tlak in kakšne so posledice debelosti.

Kviz

Ta delavnica je otroke najbolj zanimala, saj so tukaj lahko pokazali svoje znanje, ki so ga že imeli ali pa so ga pridobili v teku našega projekta. Tisti z največ znanja so dobili nagrade, ki so nam jih podarili naši sponzorji. Ta delavnica je bila tudi preizkušnja za nas, saj nam je pokazala, koliko smo otroke zares naučili.

To je bila prva izvedba našega projekta »Biti zdrav je kul«, ki je vsekakor uspela, zadovoljni so po besedah pedagoških delavcev bili tako otroci, kot tudi mi. Polne roke dela smo imeli že od osmih zjutraj, pa vse do dvanajstih, ko se je dan šole tudi zaključil. Skupno nas je obiskalo 300 otrok, skoraj cela višja stopnja OŠ Beltinci.

Na koncu pa še velika zahvala našemu sponzorju **Lek d. o. o.**, ki je s sponzorskim denarjem prispeval k izvedbi projekta, ki sicer ne bi bil izveden, in **Krki**, ki je prispevala sponzorske nagrade. Hvala tudi vsem našim študentom, ki so si vzeli čas in sodelovali pri projektu, hvala tudi mentorici zdravnici družinske medicine, **Eriki Zelko**, ki je bila naš posrednik z OŠ in uredila vse potrebno, da je bil projekt dobro organiziran.

S kolegico in **sovodjo projekta Katjo Ivanšek** sva posvetili veliko časa in priprav sami izvedbi projekta in če sedaj pogledam nazaj, mislim, da smo dosegli svoj cilj, ki smo si ga zastavili, tj. poučiti otroke o zdravi prehrani, pomembnosti športa in telesne dejavnosti v našem življenju, o vseh škodljivih učinkih kajenja, alkohol, debelosti in visokega krvnega tlaka ter o spolnosti, ki jih še posebej zanima, le vprašati ne upajo nikogar. Tudi v prihodnje si želimo še več tako uspešno izpeljanih projektov. ●

V križišču dogajanj

Tonka Poplas Susič

26

POROČILA

Na hitro in brez večje zadrege bi v kontekstu demografskih gibanj lahko rekli, da je slovenski zdravnik družinske medicine v »izumiranju« zaradi izjemno slabe starostne strukture: 75 % zdravnikov, ki delamo po ambulantah, je starejših od 45 let in kar 33 % starejših od 55 let. Mlajših od 35 let je 2,7 %, ostali so v starostnem razponu med 35 in 45 let.

Prvič se je letos aprila tudi zgodilo, da razpis za specializantska mesta za področje družinske medicine ni zapolnil prostih mest niti v prestolnici ne, kaj šele na periferiji. Kjer ni podmladka, ponavadi ni razvoja. Pa je to res?

Družinska medicina je naredila v zadnjem desetletju, še bolj pa v zadnjem petletju ogromen napredek. Vendar predvsem na akademskem področju: to je tam, kjer politika ne vpliva, kjer sodelujejo in ustvarjajo kolegi, ki jim je plačilo nekje na koncu liste prioritet, jim pa zelo veliko pomeni stroka in to je hkrati tam, kjer se ni treba pogajati s plačnikom (ZZZS) o programu in ni treba biti odvisen od arbitraže na vladi, ki ponavadi odloči tako, da razlogov stroke ne upošteva.

Silovit vsebinski in kakovostni premik je porinil našo stroko med prepoznavne v mednarodnih okoljih. Nenazadnje se je v zadnjem letu tudi doma začelo govoriti, da je potrebno dati poudarek primarni zdravstveni dejavnosti. Razlogi so verjetno zelo preprosti, ne toliko iskreno vsebinske narave, kot pa finančno politične. Smo stroka, ki z najmanj tehnologije in z veliko osebne povezanosti z bolniki reši preko 80 % vseh zdravstvenih težav svojih bolnikov na vseh kliničnih področjih, kar pomeni, da smo izjemno poceni. In zato smo postali zanimivi.

Tudi sami se vedno bolj zavedamo, da kot zdravniki lahko bistveno več in bolje prispevamo k učinkovitosti zdravstvenega sistema, vendar ne brez ustrezne reorganizacije in razbremenitve; pristopiti moramo z novimi vsebinami našega dela in seveda ustreznim finančnim premikom sredstev v primarno zdravstveno dejavnost.

Celovit pristop k zdravljenju, partnerska obravnava bolnika, spremljanje kazalnikov kakovosti, zdravljenje na domu, celovita preventiva, sledenje cilju in ne posameznim korakom zdravljenja ter še marsikaj so predlogi, ki jih

kot stroka želimo uvesti pri svojem delu in so predstavljeni tako MZ kot tudi ZZZS.

Vzporedno ob tem je potrebno tudi vzbuditi različne načine komunikacije tako med kolegi kot z bolniki. Kot ena izmed možnih oblik take poenostavitve je tudi elektronska komunikacija in posredovanje zdravstvenih podatkov v e-obliki. Naneslo je, da ravno v tem trenutku vstopamo v projekt z naslovom **Možnosti uporabe sodobnih informacijskih tehnologij v komunikaciji z bolniki v družinski medicini**, ki ima namen preučiti možnosti uporabe različnih informacijskih tehnologij (interneta, spletnih forumov in elektronske pošte) v komunikaciji z bolniki v družinski medicini.

Pred nami se odpirajo razne dileme:

- kakšna je računalniška podpora zdravnikov,
- kakšna je njihova računalniška pismenost glede na starostno strukturo,
- kako bodo zdravniki uspeli časovno uvrstiti e-komunikacijo v svoje redno delo brez vzporedne razbremenitve
- ZZZS elektronskih storitev (še) ne upošteva kot enakovredne poti obravnave/komunikacije z bolniku
- kako kakovostni so podatki na spletnih forumih in internetu in podobno.

Na strani bolnikov, ki bi naj uporabljali omenjene poti komuniciranja, so verjetno dileme podobne, kot za zdravnike, če ne še intenzivneje izražene.

Ali bomo s praktičnimi koraki, vztrajnostjo, strokovnostjo in sledenjem cilju uspeli premakniti ovire in vzpostavili celovito obravnavo bolnikov na primarnem nivoju in vpeljati novo možnost informiranja bolnikov, bo sicer pokazal čas. Trenutno smo prepričani, da se da.

3. Zdravčevi dnevi

Erika Zelko

Tokratno tretje srečanje zdravnikov družinske medicine v Prekmurju bo obravnavalo sodelovanje družinskega zdravnika z različnimi nemedicinskimi inštitucijami, s katerimi se srečujejo naši bolniki v različnih življenjskih obdobjih. Predavatelji, ki so se prijazno odzvali našemu vabilu, nam bodo pomagali razjasniti nekatere dileme, zagotovo pa vzpodbuditi zanimivo in konstruktivno delo v delavnicah, kjer bomo naše znanje nadgradili v manjših skupinah. Z namenom, da aktiviramo udeležence in pripravimo kakovostno izobraževanje, je število omejeno na 60 udeležencev. Želeli bi, da srečanje ne bo samo sebi namen, ampak bi oblikovali tudi praktična navodila za delo v ambulanti. Dobrih navodil, ki bi pokrivala področja sodelovanja s sodstvom, z ZZZS-jem, z ZPIZ-om, z mediji, z Zavodom za zaposlovanje, z IRS-om, z društvi bolnikov, z zastopnikom bolnikovih pravic, je zelo malo, pri našem delu pa se vsakodnevno srečujemo z omenjenimi institu-

cijami. Društva bolnikov se bodo predstavila s posterji, nekaj idej bodo prispevali tudi študentje MF Maribor. Osnutek programa je priložen spodaj. Lahko vam zagotovim, da se bomo potrudili pripraviti zanimivo in kakovostno srečanje. Vsi, ki ste se udeležili katerega doslej, veste, da radi držimo naše obljube. Sodelovanje so potrdili tudi kolegi s Hrvaške, z Madžarske in iz Avstrije, ki bodo poskušali predstaviti dileme osnovnega zdravstva v njihovih državah, prof. Švab pa bo orisal idejo »novega zdravstvenega doma«, o kateri ste nekateri najbrž že veliko slišali. Spremenjena je le lokacija, saj se ne bomo srečali v Beltincih kot dvakrat doslej. Tokratno srečanje bo potekalo v hotelu VIVAT v Moravskih toplicah, predvsem zaradi lažje logistike za udeležence in organizatorje. Pristrčno vabljeni v pokrajino ob Muri.

Za organizacijski odbor asist. mag. Erika Zelko, dr. med.

**TUKAJ JE ŠE
PROSTOR ZA KAKŠNO
POLOVIČNO REKLAMO**

Spremljanje Creutzfeldt-Jakobove bolezni v Sloveniji

Nuška Čakš-Jager, Alenka Kraigher, Mara Popović



Od leta 1987 do 31. 12. 2009 je bilo v Sloveniji potrjenih 40 primerov sCJB in 1 primer GSS. Incidenca sCJB je v zadnjih petih letih 1,6 primera na milijon prebivalcev na leto. Do konca leta 2007 so v Sloveniji ugotovili 8 primerov BSE pri govedu, v letu 2008 nismo imeli nobenega pozitivnega primera BSE.

Etiopatogeneza prionskih bolezni

Prionske bolezni so redke nevrodegenerativne bolezni, ki nastanejo zaradi kopičenja prionov v osrednjem živčevju. Prion je leta 1982 opredelil Stanly B. Prusiner kot 'beljakovinski kužni delec brez nukleinske kisline'. Za številne dokaze, ki njegovo definicijo podpirajo, je prejel leta 1997 Nobelovo nagrado za medicino. Pri prionu gre natančneje za konformacijsko spremenjeno celično prionsko beljakovino (PrPC), ki pridobi lastnosti amiloida in se imenuje prionski protein scrapi ali PrPSc. Ta konformacijska oblika je delno odporna proti proteolizi, nagnjena k polimerizaciji in odlaganju v možganih. Prionske bolezni razlikujemo na osnovi različnih bolezenskih znakov, razporeditve in oblike patoloških sprememb v osrednjem živčevju, domnevnega vzroka nastanka in morebitnih genetskih razlik. Med prionske bolezni se, poleg CJB, uvrščajo še tri oblike bolezni, dve genetski, Gerstman-Straussler-Scheinkerjev sindrom (GSS) in smrtna družinska nespečnost (fatalna familiarna insomnia – FFI), ter že izkoreninjeno bolezen kuru, ki so jo

člani plemena Fore na Papui – Novi Gvineji prenašali med seboj z ritualnim kanibalizmom.

Glavne značilnosti

Creutzfeldt-Jakobove bolezni

Poznamo naslednje oblike CJB: sporadična (sCJB), variantna (vCJB), iatrogena (iCJB) in genetska oz. družinska oblika (g/dCJB).

- **sCJB** je najpogostejša in se pojavlja povsod po svetu s približno enako incidenco 0,5 do 1,7 primerov na milijon prebivalcev na leto ter predstavlja 85–90 % vseh primerov CJB. Vzrok je kopičenje PrPSc v možganih iz še nepojasnjenega vzroka. Bolniki zbolijo v povprečju v starosti 67 let (v razponu od 14 do 92 let) s hitro napredujočo demenco, ki jo običajno spremljajo mioklonizmi. Postopoma se ji pridruži poljuben skupek simptomov in znakov, ki kažejo na okvaro vida, malih možganov in piramidnega ali ekstrapiramidnega sistema ali obeh. V pozni fazi bolezni nastopi akinetični mutizem. Bolezen traja povprečno 6 mesecev.
- **vCJB** je nova bolezen, ki je bila prvič opisana marca 1996 v Veliki Britaniji. Prizadene predvsem mlade odrasle. Bolezen traja nekoliko dlje od sporadične oblike, v povprečju 14 mesecev. Kopičenje PrPSc v možganih je posledica vnosa PrPSc v telo z zaužitjem govejega mesa zbolelih živali za bovino spongiformno encefalopatijo (BSE), ali s transfuzijo krvi darovalca v predklinični fazi vCJB. Najpogosteje se začne z napredujočo psihiatrično simptomatiko, vključno z znaki depresije, halucinacij, osebnostne spremenjenosti in čustvene nestabilnosti. Značilne so bolečine obraza ali udov, disestezijske in ataksija. Demenca, mioklonus in akinetični mutizem so značilni za kasnejšo fazo bolezni. Povprečna starost ob pojavu prvih simptomov je 28 let. Inkubacija je neznano dolga.
- **iCJB** je posledica naključnega prenosa prionov v zdravstveni dejavnosti pri zdravljenju z ravnimi in gonadotropnimi hormoni, pridobljenimi iz kadaveričnih

hipofiz, s presadki roženice in kada-verične trde možganske ovojnice, z okuženim kirurškim materialom ob nevrokirurških posegih in s stereotaktičnimi elektrodami. Inkubacija je 1 do 30 let, glede na poti vnosa povzročitelja v telo. Klinična slika je podobna klinični sliki sCJB.

- **g/dCJB** se dedujejo avtosomno dominantno. Vzrok so točkovne mutacije ali oktapeptidne insercije v PRNP. Klinična slika je podobna kot pri sCJB.

Diagnostika

Zanesljiva diagnoza CJB v času življenja bolnika ni možna. Za potrditev sporadične oblike CJB bi bila potrebna biopsija možganov, ki pa se je ne izvaja zaradi nevarnosti iatrogenega prenosa povzročitelja bolezni na druge bolnike z nevrokirurškimi instrumenti. Prav tako se ne izvaja biopsija tonzil ali slepiča, ki bi omogočila zanesljivo diagnozo variantne oblike CJB še v času življenja bolnika. V primeru kliničnega suma na CJB se izpeljejo ustrezni diagnostični postopki: EEG, MR ter analiza likvorja z določenjem prisotnosti beljakovine 14-3-3 in koncentracije beljakovine tau.

V primeru smrti bolnika s sumom na CJB je obvezna obdukcija, ki sum na CJB potrdi ali ovrže. Čeprav so histopatološke spremembe v možganih umrlega zaradi sCJB dokaj značilne, zanesljiva diagnoza

CJB sloni na imunohistokemičnem dokazu prionov v možganih po bolnikovi smrti.

Diferencialna diagnostika

CJB je treba ločiti predvsem od drugih potencialno ozdravljivih bolezni, ki povzročajo hitro napredujočo demenco. To so hipertireoza, nekatere virusne bolezni osrednjega živčevja (herpetični encefalitis, HIV demenca), neoplastične in paraneoplastične bolezni osrednjega živčevja, pomanjkanje vitamina B12.

Razmejiti jo je treba tudi od nekoliko manj pogostnih neurodegenerativnih bolezni, z značilnimi kliničnimi slikami, ki povzročajo počasnejše napredujoče demence, kot je Alzheimerjeva bolezen.

Zdravljenje Creutzfeldt-Jakobove bolezni

Vse oblike CJB, kot tudi druge prionske bolezni, so neozdravljive. Zdravljenje je le simptomatsko.

Sistem obravnave CJB v Sloveniji

Pri Inštitutu za varovanje zdravja deluje Strokovna skupina za epidemiološko spremljanje CJB v Sloveniji. Po vzoru držav Evropske unije in navodilih EUROCDJ jo sestavlja tim zdravnikov s področij psihiatrije, nevrologije, nevropatologije, infektologije, transfuziologije in epidemiologije. Naloga skupine je

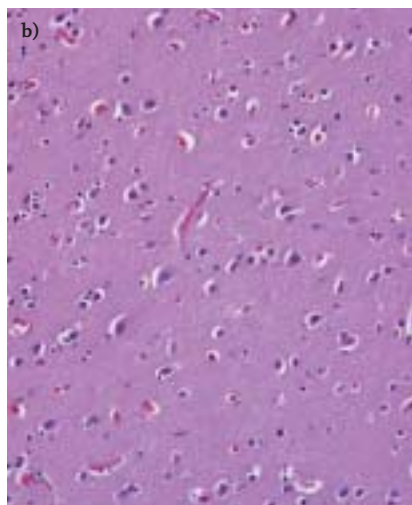
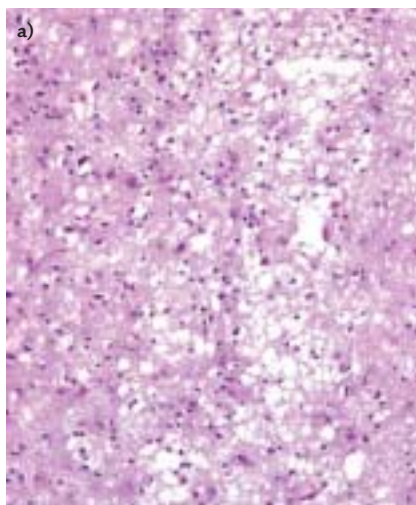
vzpodbujati ustrezno obravnavo bolnikov s kliničnim sumom na CJB, enovito in standardizirano diagnostično obravnavo, ustrezno klasifikacijo bolezni, pravočasno in popolno prijavo suma in epidemiološko poizvedbo o virih okužbe in poteh širjenja bolezni. Nevrolog in psihiater, člana SSCJBS, tudi koordinirata in usmerjata spremljanje bolnikov s sumom na CJB. Namen takega celovitega pristopa je zagotovitev kakovostne ocene stanja in ustreznih preventivnih ukrepov za zavarovanje javnega zdravja.

Pravna podlaga za prijavo in obvezno obdukcijo

Prijava je obvezna po **Zakonu o nalezljivih boleznih (Ur. l. RS št. 69/95; UPB1 št. 33/2006)**. Bolnika, pri katerem je med diagnostično obravnavo postavljen sum na TSE, je treba po **Pravilniku o prijavi nalezljivih bolezni in posebnih ukrepih za njihovo preprečevanje in obvladovanje (Ur. l. RS št. 16/1999)** prijaviti na Inštitut za varovanje zdravja na **Obrazcu za prijavo**, ki je dosegljiv na spletni strani Inštituta – www.ivz.si Po **Odredbi o preventivnih ukrepih v zvezi s transmisivnimi spongiformnimi encefalopatijami (Ur. l. RS št. 2/2001, 4. člen)** je obvezna obdukcija umrlega s sumom na katero koli obliko TSE na Inštitutu za patologijo Medicinske fakultete v Ljubljani (IP MF).

Postopek prijavljanja in spremljanje CJB – zdravnikove naloge ob stiku z bolnikom s sumom na prionsko bolezen

- Ob postavitvi suma na CJB zdravnik **izpelje ustrezno diagnostiko** v sodelovanju z nevrologom SSCJBS.
- **Pridobi vzorce krvi, CSF in seča in jih s spremnim obrazcem s spletne strani www.ivz.si**, naslovi na Inštitut za patologijo Medicinske fakultete v Ljubljani, Oddelek za molekularno genetiko, Zaloška 4, 1000 Ljubljana. Likvor za določanje beljakovine 14-3-3 opravi laboratorij v tujini.



Mikroskopske spremembe pri sCJB (a) spongiformna degeneracija nevropila (vakuole), zmanjšano število nevronov, reaktivna astrogliozna v primerjavi z (b) normalno skorjo možganov. Standardno barvanje HE.

- Po opredelitvi suma na možno ali verjetno CJB lečeči zdravnik **natančno izpolni Obrazec za prijavo bolnika** in ga pošlje na naslov: Center za nalezljive bolezni, Inštitut za varovanje zdravja, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, s pripisom **ZAUPNO**.
- IVZ, kot koordinator, obvešča člane strokovne skupine in pristojnega epidemiologa na območnem Zavodu za zdravstveno varstvo, ki opravi epidemiološko poizvedovanje in skupaj z lečečim nevrologom izpolni epidemiološko in nevrološko anketo.
- Zapis o postavitvi suma mora biti **vstavljen v zdravstveno dokumentacijo**, obvestilo pa posredovano izbranemu zdravniku oz. zdravniku DSO, v katerega je bil bolnik premeščen iz bolnišnice.
- V odpustnici iz bolnišnice in v kartoteki bolnika z možnim ali verjetnim sumom na TSE je treba navesti, da Odredba o preventivnih ukrepih v zvezi s transmisivnimi spongiformnimi encefalopatijami (Ur. l. RS št. 2/2001, člen 4) zahteva obvezno **obdukcijo na Inštitutu za patologijo Medicinske fakultete v Ljubljani**.

- Ministrstvo za zdravje krije stroške obojesmernega prevoza trupla. Ministrstvo svetuje kremacijo trupla, če ni etično moralnih ali verskih zadržkov pri svojih. Ministrstvo krije tudi razliko v ceni, če je kremacija trupla dražja od običajnega pokopa.
- **Izvid obdukcije IP MF posreduje IVZ in SSCJBS lečečemu in osebnemu zdravniku. Potrditev bolezni IVZ sporoči tudi v sistem EUROCD.**

Previdnostni ukrepi

Ukrepe za zagotovitev varnosti hrane predpisujeta slovenska in evropska zakonodaja. Za zagotovitev učinkovitega varovanja pred TSE mora imeti vsaka država nadzor za zagotovitev varnosti zdravil in hrane ter vzpostavljen učinkovit sistem sledenja transfundiranih krvnih pripravkov, ki zanesljivo dokazuje pove-zavo med dajalcem in prejemnikom. Običajni socialni stiki z bolnikom s sumom na CJB, neinvazivni, diagnostični testi ali postopki, ki segajo v nekužna tkiva, ne pomenijo dodatnega tveganja za zdravstvene delavce, negovalno osebje, sorodnike ali skupnost. Ni razloga, da bi bolniku s sumom na CJB odrekli

obravnavo v zdravstvenih ali negovalnih zavodih ali na domu in ni potrebna izolacija ob upoštevanju standardnih higienskih postopkov.

Zaključek

CJB je redka in še vedno premalo poznana bolezen. Na osnovi poglobljenega preučevanja kliničnih in epidemioloških značilnosti bolezni želimo, skupno s slovenskimi zdravniki in z drugimi zdravstvenimi delavci, oblikovati in uvesti standardizirano celovito obravnavo bolnikov s CJB, ki bo zagotovila prepoznavanje primerov, ustrezno diagnostiko, zdravstveno oskrbo bolnikov in dosledno izvajanje dobrih praks za varstvo prebivalstva pred prionskimi boleznimi.

Viri:

1. EUROCD. Dosegljivo na: <http://www.eurocd.ed.ac.uk/>
2. WHO manual for surveillance of human transmissible spongiform encephalopathies including variant Creutzfeldt-Jakob disease. 2003. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545887.pdf>.
3. Veterinarska uprava republike Slovenije. Letno poročilo 2006. Dosegljivo na: http://www.vurs.gov.si/si/letna_porocila_vurs
4. National Creutzfeldt-Jakob disease surveillance diagnostic criteria. The National Creutzfeldt-Jakob Disease Surveillance Unit protocol for CJD surveillance across the UK. <http://www.cjd.ed.ac.uk>
5. NAVODILA za obravnavo bolnika s Creutzfeldt-Jakobovo boleznijo [pripravila strokovna skupina za epidemiološko spremljanje Creutzfeldt Jakobove bolezni (CJB) v Sloveniji]. – Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2009. Dosegljivo: www.ivz.si.

Iritativni kontaktni dermatitis in beli špirit

Ana Fakin

Uvod

Iritativni kontaktni dermatitis (IKD) je nealergijska vnetna reakcija kože na zunanje agense. Klinična slika je izjemno raznolika in variira od kemičnih opeklin do različnih kroničnih oblik, ki so lahko zelo podobne alergijskemu dermatitisu (1). IKD je pomembna poklicna bolezen, predstavlja približno 11 % vseh poklicnih bolezni (preračunano po 2). Med najpogostejše povzročitelje IKD spadajo organska topila, to je skupina ogljikovodikov, ki raztapljajo organske snovi (3). Mednje spada tudi Beli špirit, ki je razširjen tako v industriji kot v domači uporabi.

Zgradba kože in njena zaščitna vloga

Kožo sestavljata debelejši dermis in tanjši epidermis. Najpomembnejšo zaščito pred snovmi iz okolice predstavlja pregrada v roženi plasti epidermisa, sestavljena iz tesno zbitih poroženelih keratinocitov, povezanih z lipidnim dvoslojem. Maščobe na površini kože so večinoma izločki lojnic. Omogočajo določeno prožnost rožene plasti in preprečujejo nastanek razpok in lusk. Skupaj s sestavinami znoja ter razgradnimi produkti rožene plasti predstavljajo zaščitno plast, ki lahko nevtralizira tudi manjše količine jedkih snovi. Rahko kisli pH (okoli 5,5) preprečuje razmnoževanje patogenih bakterij. Mehanski dejavniki, organska topila in detergenti okvarjajo pregrado in s tem povečajo prehodnost snovi iz okolice in izhlapevanje vode skozi kožo. Delovanje pregrade se običajno obnovi po nekaj dneh, proces pa je mogoče pospešiti s pripravki za nego kože, ki vsebujejo

določene količine nenasičenih maščobnih kislin (linolenske in linolne kisline), holes-terola in ceramidov (4).

Patogeneza

Iritativni kontaktni dermatitis (IKD) lahko nastane akutno ali kronično. *Akutni IKD* se razvije v nekaj urah po intenzivnem izpostavljanju iritantu. Iritant okvari kožno zaščitno plast, s tem omogoči sebi in drugim škodljivim snovem prodiranje v globino, kjer nato okvarjajo ali povzročajo celo nekrozo keratinocitov. Pri tem se sproščajo citokini, pride do kemotakse in aktivacije vnetnih celic v dermisu, zlasti limfocitov T. Tako se v razvoj iritativnega kontaktnega dermatitisa vpletajo tudi imunski mehanizmi. *Kronični IKD* se razvije po dolgotrajnem ali ponavljajočem se izpostavljanju kože iritantu, ki poškoduje lipidne dvosloje v pregradi rožene plasti. Pride do povečanega izhlapevanja vode, prizadeti deli kože se prekomerno izsušijo, razpokajo in vnamejo. Obolenje se hitreje razvije pri ljudeh, ki imajo že prej suho kožo zaradi drugih kožnih bolezni, npr. atopijskega dermatitisa ali ihtioze (4).

Beli špirit (White Spirit, mineralni spirit, Stoddard Solvent, Terpentin)

Beli špirit je prozorna, brezbarvna, neviskozna tekočina, značilnega vonja, netopna v vodi in je eno najpogosteje uporabljenih organskih topil (ogljikovodiki, ki raztapljajo organske spojine). Pridobivajo ga z destilacijo mineralnih olj, ki so produkt surove nafte oz. petroleja. Sestavljen je iz nasičenih alifatskih in alicikličnih C7–C12 ogljikovodikov

z največ 25 % vsebnostjo C7–C12 alkil aromatskih ogljikovodikov. Uporablja se kot ekstrakcijsko topilo, topilo za čiščenje, topilo za odmaščevanje in kot topilo v aerosolih, barvah, ohranjevalcih lesa, lakih in asfaltnih produktih. Je najbolj razširjeno topilo v industriji barvil. Kot vsa organska topila, tudi beli špirit deluje na kožo iritativno. Na koži raztaplja maščobe in maščobam podobne snovi in s tem znižuje odporne značilnosti kože, znižuje tudi pH kože. Na koži se delovanje špirta klinično izrazi kot iritativni dermatitis. Tako prizadeta koža je tudi bolj nagnjena k alergijskim reakcijam (5). Ljudje, ki delajo z barvami, pogosto razvijejo slabo navado, da si roke umivajo z istim topilom, s katerim čistijo čopiče. S tem se po nepotrebem izpostavljajo iritativnemu učinku topila, hkrati pa tudi dodatnim učinkom raztopljenih kemikalij (6).

Klinična slika

Za *akutni IKD* so značilna monomorfna žarišča eritematozne, včasih vezikulozno spremenjene ali celo povrhnje nekrotične kože. Na mestih vezikul ali povrhnjih nekroz kasneje nastanejo erozije ali izjemoma plitvi ulkusi. Žarišča so omejena izključno na predel kože, ki je bil noksi izpostavljen, to so najpogosteje odkriti predeli kože rok in podlahti. Prizadeta področja kože so pekoča. Pri obsežnih spremembah je možna povečana telesna temperatura. Za *kronični IKD* so neostro omejena žarišča pordele, infiltrirane in keratotično zadebeljene kože, ki se grobo lušči, na njej so pogosto ragade. Prizadeta koža bolnika peče, včasih tudi srbi. Spremembe se najpogosteje pojavljajo na rokah. Sistemskih znakov praviloma ni.

Diagnoza

Pomembni so anamnestični podatki o izpostavljenosti iritantu in klinična slika, značilna za IKD. V diferencialni diagnozi pomislimo na alergijski kontaktni dermatitis (AKD), pri katerem pa žarišča navadno močno srbi. Za izključitev uporabljamo epikutano

testiranje, ki pa ni vedno zanesljivo. V poštev pride tudi erizipel, erizipeloid, fototoksični kontaktni dermatitis, tudi sistemski lupus eritematozus in dermatomiozitis. Upoštevati moramo še palmo-plantarno psoriarzo, dermatomikoze in atopijski dermatitis (4).

Če sumimo, da je do IKD prišlo zaradi izpostavljenosti na delovnem mestu, uporabimo kriterije za opredelitev poklicne dermatoze (3):

1. Dokazana mora biti poklicna izpostavljenost in izključena izpostavljenost zunaj delovnega mesta.
2. Za vzročni dejavnik mora biti znano, da povzroča takšno bolezen.
3. Za kožno lezijo mora biti znano, da jo lahko povzroči tak agens.
4. Trajanje izpostavljenosti ustreza naravi sumljivega agensa in vrsti kožne lezije.
5. Lokalizacija primarne kožne lezije je identična z lokalizacijo maksimalne izpostavljenosti.
6. Dermatoza je v seznamu poklicnih bolezni.

Najpomembnejša je korelacija med izpostavljenostjo agensu in pojavom simptomov.

Zdravljenje

Prizadete predele zdravimo glede na klinično sliko. Na rosečih erodiranih mestih na začetku zdravljenja pogosto menjavamo hladne obkladke (npr. s fiziološko raztopino). Močnejše vnete predele do umiritve vnetja mažemo s kortikosteroidnimi kremami, nato preidemo na indiferentne kreme ter

mazila. Za lihenificirana žarišča so lahko uspešna mazila s katrani. Ljudje s kontaktnim dermatitisom lahko razvijejo dolgoročne težave s kožo, zato je pomembno bolnika poučiti o bolezni in o škodljivih dejavnikih ter priporočiti, da se jih izogiba oz. spremeni okolje (4).

Preventiva

Ukrepi na delovnem mestu zajemajo uporabo zaščitnih oblek in rokavic, uporabo bariernih krem ter umivanje rok s primernimi sredstvi. Pri uporabi iritabilnih tekočin je priporočena uporaba gumijastih ali plastičnih rokavic, ki pokrijejo vsaj tretjino podlakti, se tesno prilegajo in so obložene z materialom, ki absorbira znoj. Če jih delavec nosi cel dan, jih mora večkrat sneti z rok, da se koža »nadiha«. Če se strgajo ali umažejo od znotraj, jih je potrebno zamenjati. Slaba stran rokavic je, da lahko povzročijo različne kožne probleme, kot so srbenje, prekomerno potenje in izpuščaji. Rokavi delovne obleke morajo pokrivati cel zgornji ud, vključno z zapestji, in morajo segati čez vrhove rokavic, ne pa biti zatakneni v rokavice. Delovna obleka mora biti vsak dan oprana. Sredstva za umivanje rok so namenjena odstranjevanju umazanije, maščobe in nevarnih snovi iz kože. Na žalost lahko tudi ta sredstva delujejo kot iritanti. Dolgotrajna uporaba čistilnih sredstev lahko uniči zaščitno plast kože in jo izpostavi iritativnim učinkom drugih snovi, kar je pogosto skriti vzrok kožnih dermatoz. Nekatera čistilna sredstva

vsebujejo tudi abrazivne snovi. Abrazivna sredstva je najbolje uporabljati le na dlaneh, saj je na hrbtnišču in podlakti koža bolj občutljiva. Po uporabi čistilnih sredstev je na koncu dneva priporočljivo umiti roke z blagim milom in vodo. Brisače je potrebno pogosto menjati, še bolje pa je uporabljati brisače za enkratno uporabo. Na koncu je na roke priporočljivo nanesti vlažilno kremo, saj detergenti izsušujejo kožo. Barierne kreme so namenjene zaščiti kože pred škodljivimi snovmi. Uporabljajo se takrat, ko rokavice niso varne ali priročne. Krema, ki varujejo pred škodljivimi učinki topil, so osnovane na vodni osnovi, zato se z znojenjem lahko odstranijo. Ni še jasno dokazano, da barierne kreme zmanjšajo pogostnost kožnih bolezni, poleg tega pa dajejo lažen občutek varnosti, lahko zadržujejo nevarne snovi na koži in povečajo njihovo penetracijo ter vsebujejo konzervanse, dišave, mila in druge snovi, ki lahko delujejo kot iritanti ali argeni (7).

Zaključek

Iritativni kontaktni dermatitis je nealergijsko vnetje kože, ki predstavlja približno desetino vseh poklicnih bolezni. Med najpogostejše iritante spadajo organska topila, kamor uvrščamo tudi beli špirit. IKD zdravimo predvsem simptomatsko, ker pa ljudje z iritativnim kontaktnim dermatitisom lahko razvijejo dolgoročne težave s kožo, je ključnega pomena preventiva. Belega špirta nikakor ne smemo uporabljati za umivanje rok, pri njegovi uporabi je priporočljiva uporaba rokavic.

Literatura

1. Frosch PJ, Menne T, Lepoittevin JP. Contact Dermatitis. 4th ed. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2006
2. McCall BP, Horwitz IB, Feldman SR, et al. Incidence rates, costs, severity, and work-related factors of occupational dermatitis. Arch Dermatol 2005; 141: 713–718
3. Bilban M. Medicina dela. Ljubljana: ZVD – Zavod za varstvo pri delu; 1999.
4. Lunder T. Alergijske in reaktivne kožne bolezni. In: Kansky A. in sodelavci. Kožne in spolne bolezni. Ljubljana: Združenje slovenskih dermatovenerologov; 2002. p. 138–140
5. White spirit (Stoddard Solvent) Health and Safety Guide. World Health Organisation. Geneva 1996. Dosegljivo na: <http://www.inchem.org/documents/hsg/hsg/hsg103.htm>
6. Cone JE. Health hazards of solvents. In: State of the art reviews: Occupational medicine, 1986; 1(1): 69–87.
7. Mathias CGT. Prevention of occupational contact dermatitis. J Am Acad Dermatol 1990 Oct; 23(4 Pt 1): 742–8.

Katedra za družinsko medicino
Združenje zdravnikov družinske medicine
Zavod za razvoj družinske medicine

POPRAVITI IN DODATI TEKSTE!

organizirajo

REKLAMA 4

13. SCHROTTOVE DNEVE

19. in 20. marec 2010
Cankarjev dom – Linhartova dvorana

Sladkorni bolnik v prepletenosti bolezni in ukrepanj

- nevrobiologija depresije • atrijska fibrilacija napovednik možganske kapi • preventiva srčnih in žilnih bolezni z zdravili
- akutna možganska kap • parkinsonova bolezen • KOPB
- bolnik z AMI • zdravljenje kroničnih bolnikov • rak prostate
- bolezni kosti pri starejših • zdravljenje ishemične bolezni srca pri starejših • alergija na antibiotike • motnje dihanja v spanju
- nevropatska bolečina • kronična bolečina v križu • komunikacija z mediji • mediacijski procesi v zdravstvu • novi zdravstveni dom

tehnični soorganizator Cankarjev dom

Dom starejših Logatec – zanimivo delovno mesto

Andrea Turk-Šverko

34

PREDSTAVITEV ambulantne

Pred osmimi leti je bil v Logatcu zgrajen nov dom za starejše s štiriinšestdesetimi prostimi mesti. Istočasno je ob njem zrastle stavba s trideset varovanimi stanovanji. Prosta mesta so se hitro zapolnila in to je za krajanke pomenilo veliko pridobitev.

V privlačni trinadstropni zgradbi z lepo urejeno okolico in dovolj parkirališč so starostnike pričakale eno-, dvo- in triposteljne sobe, ambulanta, kuhinja, jedilnica, bife, manjša trgovina, dvorana za prireditve, telovadnica in prostor za fizioterapijo.

Dokler me pred sedmimi leti takratna direktorica Zdravstvenega doma v Logatcu ni vprašala, če bi imela kaj proti rednemu delu v ambulanti doma starejših, o tej možnosti sploh nisem razmišljala. Delo s starimi ... Hm, ali jih bom znala imeti rada? Kaj sploh vem o njih? Še preden sem lahko premislila o slabih platih in skritih pasteh ponujenega delovnega mesta, sem kar privolila. Takoj, ko sem sprejela ponujeno delovno mesto, so začela deževati dobronamerna opozorila, da je dela veliko, skoraj neobvladljivo veliko. Predvsem pa je krožilo nenavadno prepričanje, da delo v domu starejših za mlado zdravnico nikakor ne more biti sanjska služba.

Tako sem se nekega ponedeljkovega jutra znašla na novem delovnem mestu in se spoprijemala s tegobami in čarom prvega dne. Vseh varovancev ne morem pregledati v enem dnevu. Kako naj vem, kateri me potrebujejo danes. V ustanovi na pol podobni udobnemu hotelu, na pol bolnišnici, prepleskani s svežimi in z živimi barvami, sem se med vrvežem sester, strežnic in negovalk prvi dan počutila nekako čudno. Že prvega bolnika, ki sem ga pregledala, sem poslala v dobrih trideset kilometrov oddaljeni Klinični center. Naslednje tedne sem zjutraj s strahom prestopala prag domske stavbe in se spraševala, ali so vsi preživeli noč.

Potem se je začelo. Kar naenkrat sem ugotovila, da ves čas nekaj berem, študiram, si zapisujem, razmišljam, poskušam, imam nekaj v načrtu ... Vpisala sem specializacijo. Kroženje, delo z mentorjem in moduli, ki so me sprva motili, so sčasoma postali zakladnica uporabnih namigov za boljšo organizacijo dela. Kmalu sem v svoje delo začela vnašati drobne spremembe. Sestre so imele posluš za moje ideje. Pogosto so tudi same predlagale domiselne in praktične rešitve. Poslušali smo se in se pogovarjali. Ubadali smo se z iskanjem načina za najbolj pravilno in primerno razdeljevanje zdravil. Veliko časa smo namenili za informacije svojcem in konflikte z njimi preimenovali v sodelovanje z njimi.

Ker je bil Dom praktično čisto nov, je večini zaposlenih delo v njem predstavljalo prvo zaposlitev. Izziv je bil za vse zares velik. Varovance smo opazovali praktično povsod; po sobah, hodnikih, v jedilnici, na sprehodih in piknikih. Sestre, negovalke, stežnice, delovne terapevte in fizioterapevte, celo kuharice in hišnik so zavzeto ugotavljali, kateri varovanci se slabo počutijo, imajo vročino ali so kako drugače spremenjeni. Delo smo si počasi znali vse bolj organizirati. Uvedli smo sistematično pregledovanje akutno zbolelih, obdobjne preglede za kontroliranje stabilnih kroničnih bolnikov. Posebno skrb in nadzor smo namenili diabetikom, varovancem na antikoagulantnem zdravljenju, begavim dementnim, prešteli smo varovance z osteoporozo. Učili smo se

rehabilitacije bolnikov po možganski kapi in pri ortopedskih bolnikih. Že dolgo imamo vsak dan organizirano skupinsko telovadbo. Največ skrbi in nege namenjam nepokretnim varovancem, tistim z ranami in terminalno bolnim. Sami menjamo urinske katetre in nazogastrične sonde. V kuhinji pripravljamo hrano tudi za bolnike s posebnimi prehranskimi potrebami. V Dom dvakrat tedensko prihaja psihiatrinja, občasno nutricionistka, nekajkrat smo k sodelovanju pritegnili tudi fiziatrinjo.

Postali smo učni center, občasno prirejamo strokovna predavanja za svojce in občane, ki imajo bolne starostnike doma. S skupnimi močmi vseh zaposlenih domska stavba iz leta v leto postaja prijetno okolje, kjer skušamo starostnike razumeti, jim pomagati in jih včasih tudi malo razvajati.

Delo zdravnice družinske medicine v domu starejših sem zaradi sodelavcev, varovancev in dela doživela kot zelo prijetno, razgibano in polno ustvarjalne svobode. Skratka zanimivo delovno mesto.

Možnosti uporabe sodobnih informacijskih tehnologij v komunikaciji z bolniki v družinski medicini

Polona Selič

36

zanimivosti

Maja 2010 začne teči triletni aplikativni raziskovalni projekt, ki ga financira Agencija Republike Slovenije za raziskovalno dejavnost, izvaja pa Katedra za družinsko medicino MF in partnerja Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana in Zavod za razvoj družinske medicine. V projektu, ki ga vodi Josip Car, na Katedri za družinsko medicino sodelujemo Tonka Poplas-Susič, Rajko Vajd in Polona Selič. Namen raziskave je preučiti možnosti uporabe sodobnih informacijskih tehnologij (interneta, spletnih forumov, elektronske pošte, kratkih sporočil) v komunikaciji z bolniki v družinski medicini. To bomo dosegli tako, da bomo raziskali odnos bolnikov in zdravnikov do rabe sodobnih informacijskih tehnologij, analizirali delovanje obstoječih spletnih stičišč, povezanih s promocijo zdravja in svetovanjem, ter poskusno oblikovali projekt on-line ordinacije. Razvoj novih tehnologij prinaša nove možnosti za komunikacijo, hitrejši pretok informacij, ki je mogoč brez neposrednih (osebnih) srečanj, ter s tem povezane prihranke v času in uporabi drugih (tudi človeških) virov. Tradicionalne oblike komunikacije so bile v družinski medicini že dobro raziskane, vendar se družinska medicina spreminja, z novimi tehnologijami se spreminja tudi komunikacija, kar postaja predmet zanimanja raziskovalcev. Možnosti rabe sodobnih informacijskih tehnologij za vodenje bolnikov, svetovanje in druge načine celostne

obravnavе bolnika v družinski medicini v Sloveniji sploh še niso raziskane. Raba sodobnih informacijskih tehnologij (zlasti elektronske pošte) bi lahko razbremenila dnevno število obravnav v ambulantah družinske medicine, za to pa bi bila potrebna reorganizacija dela in delovnega časa družinskega zdravnika. Obisk spletnih stičišč vsako leto narašča, tovrstna komunikacija se je profilirala kot pomemben način pomoči bolnikom. Uporaba sredstev sodobne informacijske tehnologije terja ustrezno opremo (osebni računalnik, dostop do interneta, e-poštni naslov) in bi v prihodnosti lahko predstavljala eno od možnosti za obravnavo/vodenje bolnikov. Za implementacijo bi bilo potrebno opredeliti časovni interval dostopnosti zdravnika, temu primerno reorganizirati delo v ambulanti in vzpostaviti sistem spremljanja za evalvacijo. Vseevropska raziskava o uporabi elektronskih storitev v zdravstvu (e-zdravstvo) je pokazala, da 87 % evropskih zdravnikov uporablja računalnik, zato je prišel čas, da se razširi uporaba elektronskih storitev, ki lahko prinesejo izjemne prednosti bolnikom v Evropi. Večina evropskih zdravnikov se strinja, da IKT izboljšujejo kakovost njihovih zdravstvenih storitev (EU Commission 2008). Pri sodelovanju z bolniki v zadnjem času igrajo pri tem vse večjo vlogo računalniška tehnologija

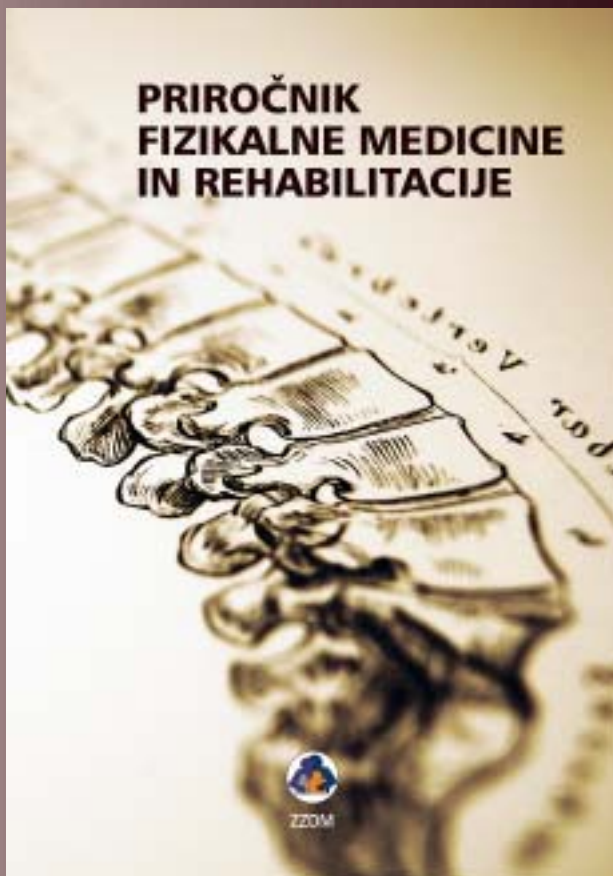
in sodobna komunikacijska sredstva, saj lahko doprinesejo k boljšemu zdravju prebivalstva, boljšemu razumevanju bolezni in sodelovanju pri zdravljenju. To področje je bilo v preteklosti manj raziskano, v Sloveniji pa sploh ne, čeprav se problema dobro zavedamo in smo si smernice zapisali tudi v zaključkih »E-health« konference v Portorožu leta 2008.

(EU Commission, Information Society and Media Directorate General. Benchmarking ICT use among general Practitioners in Europe. Final Report, Bonn 2008.)



REKLAMA 5





O pomenu dobrega znanja rehabilitacijske medicine za zdravnika družinske medicine ni vredno izgubljati besed. Bolezni lokomotornega aparata predstavljajo velik odstotek problemov, s katerimi se ukvarjamo in pri teh boleznih je uporaba metod fizikalne medicine velikega pomena. Zaradi tega je pomembno, da je ta veja medicine posebej vključena v specializacijo iz družinske medicine. Rezultat večletnega kakovostnega dela v okviru specializacije je tudi pričujoč priročnik, ki bodočim specialistom ponuja tisto znanje na tem področju, ki ga bodo potrebovali pri svojem bodočem poklicnem delu.

Na 117 straneh so predstavljene indikacije in kontraindikacije za postopke fizioterapije za posamezna področja, pri čemer je poudarek na racionalnem predpisovanju fizikalne terapije in rehabilitacije. Posebna poglavja pa so namenjena še komunikaciji zdravnika družinske medicine s fizioterapevtom, kliničnemu pregledu bolnika z okvarami lokomotornega aparata, obračunavanju delovnega naloga, patologiji in anatomiji križnega dela hrbtenice, infiltraciji mehkih tkiv v ambulanti zdravnika družinske medicine, predpisovanju pripomočkov za osebe z gibalno oviranostjo, ki so v domeni zdravnika družinske medicine, rehabilitaciji bolnika po možganski kapi, pritožnemu sistemu in vlogi bolnika v sistemu kakovostne fizioterapevtske obravnave ter oceni telesne okvare.

Gradivo pa ni namenjeno samo specializantom, pač pa tudi študentom dodiplomskega študija Medicinske fakultete v Mariboru in Ljubljani ter sekundarijem. V rokah zdravnika družinske medicine pa bo priročnik dragocen in vselej dobrodošli pripomoček pri njegovem vsakdanjem delu.

PRIROČNIK FIZIKALNE MEDICINE IN REHABILITACIJE

Učno gradivo – monografija

UREDNIKA
Ksenija Tušek-Bunc

IZDAJATELJ
Združenje zdravnikov
družinske medicine

ZALOŽNIK
Zavod za razvoj
družinske medicine

16 prispevkov

117 strani besedila

Cena priročnika je 25€.

Knjigo lahko naročite na naslovu:
Ana Artnak
Katedra za družinsko medicino
Medicinska fakulteta
Poljanski nasip 58, p. p. 2218
1104 Ljubljana

Telefon: 01/438 69 15
E-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si

Program strokovnih srečanj Združenja zdravnikov družinske medicine v letu 2010

Najnovejše programe in sporočila v zvezi s strokovnimi srečanji, ki jih organizira ali priporoča Združenje zdravnikov družinske medicine, najdete na spletni strani <http://www.drmed.org/index.php?k=5> v rubriki Koledar srečanj.

September 2010

KAJ 19. Mednarodni tečaj na Bledu Learning and teaching on appropriate use of e-learning in FM/GP

KDAJ 7.–11. 9. 2010

KJE Bled, Hotel Jelovica

KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike

KDO ORGANIZIRA

Katedra za družinsko medicine Univerze v Ljubljani

Katedra za družinsko medicine Univerze v Mariboru

Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD

Prof. dr. Janko Kersnik, dr. med.

Doc. dr. Marija Petek-Šter, dr. med.

Doc. dr. Mateja Bulc, dr. med.

Asist. mag. Nena Kopčavar-Guček, dr. med.

Mag. Leopold Zonik, dr. med.

Marko Kocijan, dr. med.

KONTAKTI Ana Artnak

Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 438 69 15,

faks: 01 438 69 10, kdrmed@mf.uni-lj.si,

<http://www.drmed.org/index.php?k=5&n=702>

KANDIDATI 60

KOTIZACIJA Ni

KAJ 3. Zdravčevi dnevi – Sodelovanje zdravnika družinske medicine z različnimi inštitucijami

KDAJ 17.–18. 9. 2010

KJE Moravske Toplice, Hotel Vivat

KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike

KDO ORGANIZIRA

Katedra za družinsko medicine Univerze v Ljubljani

Katedra za družinsko medicine Univerze v Mariboru

Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD

Zavod za razvoj družinske medicine

Zdravstveni dom Murska Sobota

Asist. mag. Erika Zelko, dr. med.

Dean Koveš, dr. med.

Srboljub Čurčić, dr. med.

Sabina Kuhar-Fujs, dr. med.

Asist. Zalika Klemenc-Ketiš, dr. med.

Asist. dr. Danica Rotar-Pavlič, dr. med.

Prof. dr. Janko Kersnik, dr. med.

KONTAKTI Ana Artnak

Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 438 69 15,

faks: 01 438 69 10, kdrmed@mf.uni-lj.si,

<http://www.drmed.org/index.php?k=5>

<http://www.drmed.org/index.php?k=5>

KANDIDATI 100

KOTIZACIJA 120 € (DDV ni vključen)

Oktober 2010

KAJ 12. Fajdigovi dnevi

KDAJ 22.–23. 10. 2010

KJE Kranjska Gora, Hotel Kompas

KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike, medicinske sestre, zdravstvene tehnike in patronažne sestre

KDO ORGANIZIRA

Katedra za družinsko medicine Univerze v Ljubljani

Katedra za družinsko medicine Univerze v Mariboru

Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD

Zavod za razvoj družinske medicine

Osnovno zdravstvo Gorenjske

Asist. Aleksander Stepanović, dr. med.

Asist. Zalika Klemenc-Ketiš, dr. med.

Prim. asist. Ksenija Tušek-Bunc, dr. med.

Nataša Kern, dr. med.

Mag. Renata Rajapakse, dr. med.

Katja Žerjav, dr. med.

Mihaela Strgar-Hladnik, dr. med.

Mag. Primož Kušar, dr. med.

Prof. dr. Janko Kersnik, dr. med.

KONTAKTI Jožica Krevh

Uprava Osnovnega zdravstva Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, tel. 04 208 25 23,

faks: 04 202 67 18, jozica.krevh@ozg-kranj.si

<http://www.drmed.org/index.php?k=5>

KANDIDATI 200

KOTIZACIJA 180 € (DDV ni vključen)

November 2010

KAJ 6. Mariborski kongres družinske medicine

KDAJ 26.–27. 11. 2010

KJE Maribor, Kongresni center Habakuk

KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike in medicinske sestre

KDO ORGANIZIRA

Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD,

Katedra za družinsko medicino MF Ljubljana in Maribor,

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

Asist. prim. Ksenija Tušek-Bunc, dr. med.

KONTAKTI Ana Artnak

Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 438 69 15,

faks: 01 438 69 10, kdrmed@mf.uni-lj.si,

<http://www.drmed.org/index.php?k=5>

KANDIDATI 250

KOTIZACIJA 200 € (DDV ni vključen)

Ugleden zdravnik je z ženo v gledališču.
 Med premorom pijeta šampanjček, ko se mimo njiju
 sprehodi fantastično dekle v tesni oblekici.
 Pogleda zdravnika in reče: »Pozdravljeni, gospod zdravnik!«
 Zdravnik v zadregi pogleda soprogo in se začne opravičevati:
 »Saj, razumeš, draga, da v tem poklicu spoznaš veliko ljudi.«
 Žena nezadržno: »Čigavem poklicu? Tvojem ali njenem?«

Mož in žena sta se sprehajala po mestu, ko sta zagledala slepega
 berača, ki je prosil za denar.
 Žena je pristopila k njemu in mu v posodico vtaknila dva evra.
 Ko sta nadaljevala sprehod je žena vprašala moža: »Pa misliš,
 da je res slep?«
 »Seveda je. Saj si slišala, ko ti je rekel: Hvala lepotica!«

Pride starejši gospod k zdravniku, in ko opravi s svojimi težavami, še potoži.
 »Še en problem imam, moja žena namreč slabo sliši in ne vem kako bi jo spravil
 k zdravniku.«
 Zdravnik ga vpraša s kakšne razdalje približno ne sliši, in ker ni točno vedel,
 mu predlaga da jo testira.
 Naj začne približno z razdalje 8 metrov in jo nekaj vpraša z normalno višino glasu.
 Naj se ji potem približuje vsakič za en meter z istim vprašanjem in ko mu odgovori,
 bo ugotovil, na kakšni razdalji ga je slišala.
 Ko pride domov, žena nekaj dela na vrtu. Umakne se za cca 8 metrov in jo vpraša:
 »Ljubica, kaj bo danes za kosilo?«
 Žena je tiho.
 Približa se ji za en meter in spet vpraša:
 »Ljubica, kaj bo danes za kosilo?«
 Žena spet nič ne odgovori.
 Isto se ponavlja vse do razdalje enega metra, ko jo spet vpraša:
 »Ljubica, kaj bo danes za kosilo?«
 Žena odgovori:
 »Ričet, bemti, sem ti že sedemkrat povedala!!!!«

Natakar je gostu prinesel juho.
 Ko je čez nekaj minut prišel zopet mimo gostove mize je opazil,
 da ta mirno sedi in se juhe še dotaknil ni.
 »Ali kaj morda ni v redu?« je vprašal natakar.
 »Poskusite juho!« je rekel gost.
 »Je prevroča ali prehladna?«
 »Poskusite juho!« je spet vztrajal gost.
 »Je preslana!«
 »Poskusite juho!« je zakričal gost.«
 »Aja, žlice nimate!« je ugotovil natakar.