

Prva stran

Tonka Poplas-Susič

Dan družinske medicine

Kdo ve zakaj med odraščanjem nisem bil pretirano naklonjen praznikom in praznovanju. Lahko je bilo temu krivo depresivno razpoloženje ali pa umikanje pred baročnimi in hrupnimi rituali, ki so za razliko od današnjih praznikov pred 40 leti spremljali vsako priložnost za »proslavljanje«. Tako smo imeli praznike za rdeče in črne, leve in desne, mlade in stare, zaslužne in preganjane. Predvsem pa je bila nekje od sredine obdobja prejšnje države jasna ikonografija državnih – naših skupnih proslavljanj, za katero je bil scenarij vedno enak in je postal obred državne religije. V zavesti večine je to predstavljalo temeljne mejnike koledarja z obiljem zapovedano najmanj dveh dela prostih dni, pompozni praznovanja z obveznim zaziranjem v preteklost, različnimi oblikami iniciacije mladih, grožnjami o negotovi prihodnosti v primeru amnezije preteklih dogodkov in obilico dobre volje ob različnih sindikalnih alko-kulinaričnih srečanjih. Nobenega problema ni bilo, če so si ob teh zapovedanih praznikih posamezne skupine izvolile praznovati tudi dodatne, sicer zavržne, praznike in takrat peči ovce ali potice, jesti šunko ali baklavo ... Ljubezen gre skozi želodec in skozi dobrote drugih smo tudi sami vedno bolj postajali kulinarični verniki ob številnih praznikih religij v našem okolju. Samo da se imamo lepo – predvsem pa, da imamo v službi prosto.

Leta prinesejo spremembe in dandanašnji skladno z večino sprejemam potrebo po praznikih kot sol v juhi; eno pravo mero, ki pa je kljub priporočenim odmerkom individualna. Človek potrebuje praznike že zaradi arhaično privzgojene ponotranjenosti cikličnega gibanja v vesolju in naravi. Z osamosvojitvijo smo opustili praznike, ki so bili povezani s prejšnjo državo, obdržali obče praznike, obnovili nekaj praznikov izpred prejšnje države in dobili nekaj praznikov, ki so povezani z novo državo. Ključni obrat pa ni v datumih ali imenih, temveč v ikonografiji obstoječih praznikov, ki se le počasi izoblikuje, saj za njo ne stoji močan totalitarni sistem, ki bi sistematično vcepljal, kaj je prav. Davek svobode misli je tudi to, da gre po Marxu pač za razmerje med ponudbo in povpraševanjem. Ob neskončnih možnostih in izjemni dostopnosti raznovrstne zabave večine svobodomiselnih državljanov ne more več fascinirati prav nobeno obredje več; niti holivudsko ni vedno uspešno.

Pa vseeno, prazniki so nam v življenju kot obcestni kamni na potovanju; merijo cilje za eno leto naprej in nas navdajajo z nostalgичnimi spomini nazaj vse do otroštva. Eden odgovorov družbeno odgovornih posameznikov, ki se spotikajo ob vsebinsko praznino nekaterih dela prostih praznikov, je uvedba različnih »dni«. Prednost tematskih dni naj bi bila v osredotočenosti na določeno skupino ljudi ali določen pomemben problem. Prizadetim naj bi omogočali verbalizacijo svojih hotenj, dosežkov in ovir na tej poti ter s tem pridobivanje simpatij ostale skupnosti za doseganje pozitivnih ciljev. Na žalost je različnih dni več kot je dni v letu. Vsi vemo, da je v taki poplavi potem dan enak dnevu, zato ne vzbudi več tiste zelene pozornosti, kot bi jo redkejši dogodek. Torej, ali ni potem dovolj, da »dela slavijo gospoda«.

Wonca je v Cancunu v Mehiki na dan otvoritve svetovnega kongresa razglasila 19. maj za dan družinske medicine. Lani se je veliko združenj odločilo za organizacijo različnih dogodkov, ki naj bi spodbujali solidarnost med zdravniki družinske medicine v različnih državah in afirmacijo specialnosti v državah sveta (<http://www.globalfamilydoctor.com/publications/woncanews/WN%20June%202011/WoncaNewsJune2011.pdf>). Nastal je tudi logotip tega dneva (http://www.globalfamilydoctor.com/images/FDD_5_family%20button.jpg). Naše Združenje se ob kopici različnih dogodkov, ki jih organiziramo, doslej še ni odzvalo na to pobudo. Samozaverovano smo si želeli, da dela sama zase govorijo o vlogi in pomenu družinske medicine. Dobro blago se samo (po)hvali. Na žalost pa so nam kolegi sami preko sindikata pokazali, kako nas cenijo, če uporabljamo ekspektativne metode našega upoštevanja – za več dela nižji plačni razred, za dodatno delo nižji PPD. Na zadnjem sestanku Upravnega odbora Združenja in letošnjem sprejemu novih specialistov družinske medicine in kolegov, ki so v lanskem letu končali doktorat, pa je dozorela ideja o zaznamovanju dneva družinske medicine v prihodnjih letih. Naj bo to zrno soli h kakovostni oskrbi naših bolnikov. Čestitke ob dnevu družinske medicine ob želji, da boste še naprej tako marljivo in vestno skrbeli za naše bolnike!

Družinska medicina



Bobu bob

3 Polemični komentarji • **Igor Švab**

Poročila

- 4 Strokovni svet za družinsko medicino • **Janko Kersnik**
- 4 Tiste decemberske noči • **Franci Bečan**
- 5 15. Schrottovi dnevi • **Mateja Kokot**
- 8 Skupen seminar kateder za družinsko medicino medicinske Fakultete univerze v Mariboru in Medicinske fakultete univerze v Zagrebu • **Zalika Klemenc-Ketiš**
- 9 Tretje srečanje EURIPA, Jakišnica – Pag, 11.–13. maj 2012 • **Darinka Klančar**
- 10 Predstavitve Zavoda za razvoj družinske medicine • **Danica Rotar-Pavlič**
- 13 Sestanek EURACT-a v Jeruzalemu • **Janko Kersnik**
- 14 Uporaba zbranih podatkov iz ambulant družinske medicine – poročilo s sestanka EQUIP-a v Stockholmu • **Zalika Klemenc-Ketiš, Janja Ojsteršek**
- 17 Zaposlovanje oseb z epilepsijo • **Živa Lebar**
- 21 Obvestilo Sekcije mladih zdravnikov družinske medicine • **Marko Drešček**
- 21 Učenje o kakovosti v družinski medicini – inovativni pristopi
Marija Petek-Šter, Zalika Klemenc-Ketiš, Janko Kersnik
- 22 Možnosti uporabe sodobnih IT v komunikaciji z bolniki v družinski medicini – predstavitev vprašalnika za zdravnike • **Polona Selič**
- 24 Srečanje raziskovalcev v družinski medicini EGPRN • **Marija Petek-Šter, Davorina Petek**

Strokovne teme

- 26 Arterijska hipertenzija in prekinitve dihanja (apneje) med spanjem
Katarina Lucija-Glas, Marko Kolšek, Leja Dolenc-Grošelj

Naše ambulante

- 28 Vloga družinskega zdravnika pri umirjajočem bolniku • **Monika Poznič**

Zanimivosti

- 32 Strokovna srečanja Združenja zdravnikov družinske medicine • **Rajko Vajd**
- 35 Strokovna srečanja – urnik srečanj
- 36 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 Littera picta d.o.o.

Izvodov / *Copies*
1300

Bobu bob

Igor Švab

Vedno prideta skupaj. On se komaj privleče skozi vrata. Ona vedno poskrbi, da se usede na stol za bolnike, sama pa obstoji za njim. Potem ona začne: »Veste, po zdravila sva prišla, nama jih je zmanjkalo, kajne, ljubček?«. Obrne se proti njemu, kot da bi pričakovala, da bo kaj spregovoril.

On poskuša kaj reči, pa je njegov govor po kapi komaj razumljiv, zato ona vedno povzame besedo:

»Veste, ponoči je tako hudo, spati ne moreva, potem pa tako grozno smrčiva. Pa tudi vode ne držimo več, kajne, ljubček? Pa je treba pleničko dati.«

On me osramočeno pogleda, rad bi kaj povedal, v očeh mu vidim, da ga je sram bolezni in njenih posledic. Še vedno čutim tisti bes, zaradi katerega je bil včasih strah in trepet cele družine, zaradi katere je ona večkrat jokala. Vem, da bi rad zaklel nad krivičnostjo usode in se razjezil nanjo, ki govori v njegovem imenu stvari, ki mi jih sam ne bi nikoli priznal. Vidim, da v mislih zbira besede in oblikuje stavke.

Vendar ne zmore spregovoriti, zato se že spet oglasi ona: »Veste, gospod doktor, vidiva, da imate polno čakalnico, nič vas ne bova zadrževala, kajne, ljubček?« reče žena in mi pomoli seznam zdravil, ki mu jih je zmanjkalo, in obenem pripomni, kako težko ji je zdaj, ko ima mož tak apetit, da se je močno zredil, ona pa, ubožica, ga mora sama predstavljati, skrbeti zanj, mu postiljati posteljo, prati ...

Napišem recepte, zaprem kartoteko, ona jo vzame in mu pomaga, da počasi vstane s stola. Z nasmehom se obrne proti meni in reče: »Kaj hočemo, gospod doktor, tako je življenje.«

Ko teoretično razglabljamo o zdravju negovalcev kroničnih bolnikov, nikoli ne pozabimo omeniti, da so zaradi te obveznosti zdravstveno ogroženi in da jim je zaradi tega treba nameniti posebno pozornost.

V vsakodnevni praksi pa pogosto opazimo, da je odnos med negovano osebo in negovalcem včasih zelo zapleten. Negovana oseba včasih daje negovalcu moč; na odnos vpliva tudi preteklost, ki je pri zakoncih pogosto zelo dolga in včasih polna neporavnanih računov. Zato nasilje nad negovano osebo ni nič nenavadnega. To nasilje se lahko kaže na najrazličnejše, včasih zelo subtilne načine (npr. z zasramovanjem in s poniževanjem), ki ga je tudi v tem primeru treba po možnosti čim prej zaustaviti.

KAJ LAHKO STORIMO?

- Opozorimo negovalca na to, da smo zasramovanje prepoznali kot nasilje.
- Spregovorimo v bolnikovem imenu.

Strokovni svet za družinsko medicino

Janko Kersnik

Tiste decembrske noči

Franci Bečan

Glavni strokovni svet SZD je na svoji redni seji 8. 5. 2012 soglasno sprejel sklep, s katerim je na predlog Združenja zdravnikov družinske medicine SZD v Strokovni svet za družinsko medicino (SSDM) potrdil predlagane člane. Našteti po abecednem vrstnem redu so to: prim. prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., prim. Dean Klančič, dr. med., doc. dr. Zalika Klemenc-Ketiš, dr. med., prim. doc. dr. Davorina Petek, dr. med., doc. dr. Tonka Poplas-Susič, dr. med., prim. doc. dr. Danica Rotar-Pavlič, dr. med., prof. dr. Igor Švab, dr. med., višji svetnik, asist. mag. Rajko Vajd, dr. med. in asist. mag. Erika Zelko, dr. med.

Posamezen strokovni svet (SS) je najvišje avtonomno strokovno telo določene stroke. SS je pri svojih odločitvah zavezano dosežkom znanosti, strokovno preverjenim metodam in razvoju stroke. Mandat člana SS je 4 leta z možnostjo ponovnega imenovanja. Vsak SS ima predsednika in njegovega namestnika, ki ju izberejo izmed članov. Mandat predsednika in njegovega namestnika je 2 leti z možnostjo ponovitve mandata.

Naloge posameznih SS so:

- spremljanje razvoja stroke ter zdravstvene politike in njenih ukrepov, ki se nanašajo na ožje strokovno področje SS-ja,
- usklajevanje in dokončno oblikovanje strokovnih smernic za njihovo strokovno področje,
- predlaganje novih metod diagnostike, zdravljenja in rehabilitacije s področja njihove dejavnosti, ki temeljijo na z dokazi podprti medicini (EBM),
- opredelitev kazalcev kakovosti s področja njihove dejavnosti,
- spremljanje normativov in standardov kadrovskih in materialnih virov,
- pripravljanje strokovnih stališč, analiz in ocen stanj za upravne organe, ustanove, organizacije in druge naročnike, s katerimi sklene sporazum o sodelovanju,
- sprejemanje stališč in ukrepov v primerih, ko prihaja do očitnega odstopanja od sodobnih strokovnih priporočil.

Ko se bo SSDM konstituiral, vas bomo o tem in delu proti obveščali v časopisu Družinska medicina.

Hiše ob reki, potopljene v črnino vlažno hladnega zadaha noči, se tiščijo druga druge. Tu in tam pogled mimoidočega zazna vrtove, skrite ob sivih zidovih, po katerih se plazi koprenasta, slabotna svetloba cestnih svetilk.

Staro hišo z umazaniam, odpadajočim ometom, z vegavimi polkni in s številnimi dimniki najdem na koncu zatišne ulice. Vonj po trohnobi me moteče spremlja, ko stopam po mračnem stopnišču, ki ga sramežljivo svetli luč v enem gornjih nadstropij. Glasovi stanovalcev se slišijo odmaknjeno in nerazumljivo, kot bi se od časa do časa zahihital slaboumnež.

Vrata mi odpre stara gospa v obledeli modri halji, nekoliko zgrbljena, redkih sivih las, koščenen rok. V osemdesetih letih je, obraz ji je otožen in posušen. »Tako trpi,« pravi, »že ves večer.«

Mukoma, počasnih drsajočih korakov me pelje v sobo. Stara lesena, stilno rezljana svetilka meče rumen soj po prostoru. Številne knjige z obledelimi platnicami in z rumenimi scefranimi robovi, neurejeno naložene po policah, dajo slutiti intelektualno nprav ostarelega para.

Gospod leži na zofi, dvignjenega vzglavja, skrčenih nog, polglasno toži. »Voda se mi je zaprla, imam raka na prostati. Neradi kličemo.«

Poipam suprapubično, trebuh je trd in boleč že ob rahlem tipu. Gospod je v poznih osemdesetih letih, dokaj izžet, blagih potez. Potrpežljivo čaka, da pripravim set. Ko vstavim kateter, priteče moten krvavkast urin. Močno mu odleže. Ostarela gospa sedi ob njem; občutek nemoči, ki ga daje slutiti, ko ga nežno drži za roko, je parajoč.

»Bil sem na ruski fronti, v nemški vojski. Hudo zimo smo preživeli, bil sem mlad. Vedno sem streljal v zrak, nikogar nisem ranil ali ubil. Potem sem bil ruski ujetnik, nekje v Zakavkazju sem delal na ruskem kolhozu. Šele po enem letu sem izvedel, da je vojne konec. Vračal sem se peš in s tovornimi vlaki, več mesecev.«

Turobno bolečino, podobno kot včasih skozi spomin nejasno zazvenijo že davno izzveneli občutki, zaznam v njegovih očeh. »Ko sem se vrnil domov, je bilo vse narobe. Bil sem na nepravi strani. Starše, mlajše brate in sestre bi Nemci izselili ali ustrelili, moral sem iti.«

15. Schrottovi dnevi

Mateja Kokalj-Kokot

V tihih počasnih besedah jasno zažari vse breme njegove odločitve in odhoda, ko mi govori o polstoletnem občutku krivde in življenju na robu družbe. »Precej let je bilo hudo. Potem sem spoznal ženo, učiteljica je bila.« Oživi. »V mladosti zorijo čustva kot tropski sadeži, zavrejo ti kri, vse naredijo lepše.«

Umolknje, kot bi se utrudil. Zrem v preprost lesen križ v kotu. Nežen rumen sij stare svetilke nejasno osvetljuje podobo na steni, mlado dekle s skrbno počesanimi lasmi in z nežnim skrivnostnim nasmehom. »Potem pride starost. Čas sanjarjenja o bogastvu prihodnosti je mimo. Pride bolezen, pride osamljenost, občutek nekoristnosti, odvisnosti.« Pogleda ženo. »Mleko in kruh nama prinesejo sosedje, sem gor v drugo nadstropje. Ne moreva sama dol. Tudi duhovnik prihaja, vsak mesec, na prvi petek.«

Potem so besede komaj slišne. »Hčerkica nama je umrla pri treh letih, neke zime, zdravniki so rekli, da zaradi pljučnice. Živelimo v kletnem stanovanju, plesnivem in majhnem.«

Zazre se v leseni križ. »V veri sva našla uteho. In moč.«

Mrakobna sivina zimskega dežja mu leže na obraz in ena sama velika solza mu polzi po licu, počasi, kot da se ji nikamor ne mudi in se ji ni treba nikomur sramovati.

Odhajam. Nočni hlad sveži. Dvorišča in ulice siromašnega primestja so puste in temne. Mesto nad polnočno reko blešči v tisočernih decembrskih lučeh.

Tudi letos smo se tradicionalno zbrali na že 15. Schrottovih dnevih, ki so potekali 16. in 17. marca. Ponovno smo skoraj napolnili Linhartovo dvorano Cankarjevega doma, ki je gostila tudi veliko razstavo farmacevtskih podjetij in podjetij, ki ponujajo medicinsko tehnične pripomočke in strokovno literaturo.

Petkovo jutro se je začelo s pomembno novostjo. Namesto dosedanjega uvodnega govorca, je letos Združenje zdravnikov družinske medicine prvič izbralo osebnost leta 2011, ki je zaznamovala področje družinske medicine. Ta častni naziv je bil podeljen upokojenemu zdravniku družinske medicine **prim. mag. Tonetu Koširju**. »Tri mandate je bil predsednik Združenja zdravnikov družinske medicine, spodbudil je sodelovanje z ljubljansko medicinsko fakulteto, je aktiven upokojenec, predvsem pa ga odlikujejo natančnost, delavnost, prijaznost in skromnost,« je o nagrajencu povedal prof. dr. Igor Švab. Mag. Košir mu je na koncu svojega govora simbolno predal v varovanje in skrb knjigo, ki jo je dotlej vodil sam in v kateri so bili ročno zavedeni vsi udeleženci strokovnih srečanj, ki jih prireja Združenje zdravnikov družinske medicine od leta 1974 naprej, pa vse do uvedbe računalnikov. Letos je bila tako pomembna sprememba tudi uvedba e-prijave na vsa srečanja, ki jih organizira Združenje zdravnikov družinske medicine.

Prihodnje leto bo slavnostni nagovor ob otvoritvi 16. Schrottovih dni imel zdravnik, ki ga bomo izbrali bralci časopisa Družinska medicina in uporabniki spletne strani www.drmed.org za osebnost, ki bo leta 2012 zaznamovala dejavnost družinske medicine.

Da so Schrottovi dnevi res namenjeni novostim na področju zdravljenja in pristopa do bolnika, z namenom obnavljanja in dograjevanja strokovnega znanja, ter problemom in organizacijskim novostim na področju družinske medicine, so pokazale tudi letošnje teme. Izdan je bil seveda tudi zbornik, katerega letošnja posebnost so dodane barvne slike.

Najprej smo se posvetili sladkornim bolnikom, vendar iz manjkra omenjene plati – diabetična ledvična bolezen, ogroženost srca, motena eksokrina, ne le endokrina,

funkcija pankreasa in nagnjenost k aterogeni dislipidemiji, ki vse pomembno prispevajo k povečani obolevnosti in umrljivosti sladkornih bolnikov.

Prikazani so bili rezultati raziskave o pogostosti in trajanju različnih bolezenskih simptomov pri slovenskih starostnikih in ponujen nov pogled na vnetje sluznice nosu, obnosnih votlin in srednjega ušesa, ki so povezane v celoto. Čeprav navadno mislimo na različna in ločena vnetja, gledano s funkcionalnega, kliničnega in praktičnega vidika, teh bolezni ne moremo tako strogo ločiti med sabo.

Naslednji sklop je bil namenjen obravnavi bolnika z benigno hiperplazijo prostate. Predstavljen je bil tudi protokol diagnostike, spremljanja in zdravljenja moških z BHP v referenčni ambulanti. Obnovili smo svoje znanje o postavitvi diagnoze sistemskega lupusa eritematozusa in se spoznali z zadnjimi priporočili za zdravljenje SLE.

Obširen sklop je bil namenjen neželenim učinkom protivnetnih zdravil, ki jih pogosto predpisujemo in ki jih naši bolniki še rajši jemljejo. Z nami so delili nova spoznanja o negativnih učinkih na celotna prebavila, na srčno-žilni sistem in kako se z njimi spopadamo zdravniški družinske medicine.

Zelo zanimiva so bila predavanja o pogostosti in preprečevanju pnevmokoknih okužb, ki so vodilni vzrok zbolelosti pri majhnih otrocih, pri starostnikih in osebah s kroničnimi boleznimi pa pomemben vzrok zbolevanja in smrtnosti. Na to se je navezalo predavanje o imunskem odzivu starejših, o smiselnosti in učinkovitosti cepiv. O nekaterih stvareh nikoli ne vemo preveč. Ena izmed takih tem je akutni koronarni sindrom, ki so ga zanimivo osvetlili.

Sobota se je začela s provokativnim vprašanjem Referenčne ambulante družinske medicine – ali so sposobne dosežati postavljene cilje? Zaključili smo s soglasnim navdušenjem, da so referenčne ambulante družinske medicine odgovor, ki smo ga čakali.

Najbolj razgreta debata je bila po predavanju o razkrivanju podatkov iz zdravstvene dokumentacije drugim zdravnikom, bolnikom in svojem, kar dokazuje, kako pereči so, ne le strokovni, temveč administrativni in organizacijski problemi, s katerimi se ukvarjamo zdravniki, posebej v luči prava.

Poseben sklop je bil namenjen tarčnim zdravilom, njihovi uporabi v onkologiji in pri zdravljenju osteoporoze ter njihovim stranskim učinkom, ki jih moramo pričakovati in obvladovati v svojih ambulantah. Poglobili smo znanje o multipli sklerozi, ki je na srečo redka, neozdravljiva kronična bolezen osrednjega živčevja, vendar je najpogostejši vzrok invalidnosti pri mladih.

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

organizirajo

15. SCHROTTTOVE DNEVE

16. in 17. marec 2012
Cankarjev dom – Linhartova dvorana

bolezni prostate • eritematozni lupus • tarčna zdravila • neželeni učinki protivnetnih zdravil • multipla skleroza in novosti zdravljenja • najpogostejša otorinolaringološka obolenja • akutni koronarni sindrom • srčno-ledvična ogroženost pri sladkornih bolnikih • aterogene dislipidemije • insuficienca pankreasa • svetovanje farmacevta pri predpisovanju zdravil • posredovanje medicinske dokumentacije • referenčne ambulante • pneumokokne okužbe • imunski odziv na cepljenje • neznanstvena družinska medicina



tehnični soorganizator
cankarjev dom

Zadnji sklop je bil namenjen sodelovanju s kliničnimi farmacevti, njihovemu svetovanju ob predpisovanju zdravil psihiatričnim bolnikom in starostnikom ter o samem interesu za zdravljenje z zdravili, ki je pri naših bolnikih večkrat nižji, kot se zavedamo.

Kot sladico po odličnem kosilu smo željno pričakali še tradicionalno "Zadnje predavanje" prof. Švaba, ki se začne z »Se spomnite, kje smo ostali zadnjič?« Tokrat je predstavil svoje razmišljanje o neznanstveni medicini in dilemah, pred katere nas postavlja.

Programski odbor z izbiro in predavatelji s svojimi predstavitvami so nas ponovno prepričali, da so Schrottovi dnevi najpomembnejše srečanje specialistov splošne in družinske medicine, kjer poleg znanja obnovimo tudi stike s kolegi iz stroke in z našimi sodelavci farmacevti. Zato vas vljudno vabim na 16. Schrottove dneve, ki bodo prihodnje leto 15. marca v Cankarjevem domu Ljubljana.

REKLAMA 1

Skupen seminar Kateder za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Mariboru in Medicinske fakultete Univerze v Zagrebu

Zalika Klemenc-Ketiš

V okviru mednarodnega sodelovanja med Katedro za družinsko medicino MF Maribor in Katedro za družinsko medicino MF Zagreb smo se študenti in učitelji 8. februarja 2012 udeležili skupnega seminarja na MF v Zagrebu. Seminar je bil namenjen aktivni izmenjavi znanja in izkušenj ter predstavitvi pouka obeh Kateder; tako s stališča študentov, kot tudi s stališča učiteljev.

Po uvodnih nagovorih predstojnice Katedre za družinsko medicino MF Zagreb prof. dr. Milice Katić, predstojnika Katedre za družinsko medicino MF Maribor prim. prof. dr. Janka Kersnika in prodekana za mednarodno sodelovanje MF Zagrebu prof. dr. Davorja Ježeka se je začel osrednji del seminarja. Doc. dr. Zalika Klemenc-Ketiš s Katedre za družinsko medicino MF Maribor je predstavila inovativen pristop k poučevanju družinske medicine – t.i. vajo iz virtualne ambulante. Le-ta je del pouka iz družinske medicine v 4. letniku programa Medicinske fakultete v Mariboru. Njen namen je praktičen prikaz učenja pristopa k bolniku v družinski medicini in učenje osnovno zdravstvenega pristopa k bolniku, ki je temelj dela v ambulanti družinske medicine. Celotna vaja poteka v virtualnem e-okolju spletne učilnice, ki jo omogoča Moodle.

Asist. Venija Cerovečki s Katedre za družinsko medicino MF Zagreb je predstavila uporabo virtualne učilnice v poučevanju družinske medicine. Tudi oni pri pouku uporabljajo e-okolje Moodle, ki nudi inovativne pristope k pouku iz družinske medicine. Ukvarjajo se predvsem z uvajanjem e-portfolia skozi sistem za upravljanje učenja (angl. Learning management System – LMS), ki predstavlja dodatno možnost izboljšanja kakovosti pouka iz družinske medicine.



Udeleženci skupnega seminarja Kateder za družinsko medicino MF Maribor in MF Zagreb.

Osrednji del seminarja je bil namenjen študentom. Najprej so bili na vrsti študenti 4. letnika MF Maribor, ki so predstavili raziskovalno nalogo z naslovom Okužbe spodnjih sečil v dežurni ambulanti (Milena Taskovska) in tri seminarske naloge: Klopni meningoencefalitis (Nejc Bukovnik in Anja Bizjak), Kašelj (Maja Štucin in Helena Vrečko) ter Erektalna disfunkcija (Jure Fluher). Študenti 6. letnika MF Zagreb predstavili štiri seminarske naloge: Vođenje kroničnog bolesnika u obiteljskoj medicini (Dejan Baljak), Hipertenzija (Nenada Šantalab), Bolno rame (Tamara Sabo) in Palijativna skrb u domu bolesnika (Zdravka Kucijan). Za razliko od Medicinske fakultete v Mariboru, kjer se predmet Družinska medicina poučuje v 4. in v 6. letniku, se na Medicinski fakulteti v Zagrebu poučuje le v 6. letniku.

Seminar smo zaključili z ogledom mesta Zagreba, kamor sta nas popeljali asist. dr. Zlata Ožvačić-Adžić in asist. Venija Cerovečki. Z željo, da tovrstna srečanja postanejo tradicionalna, smo se dogovorili za podoben seminar naslednje študijsko leto, ki ga bomo 17. decembra organizirali v Mariboru.

Zahvaljujem se Medicinski fakulteti v Mariboru za financiranje avtobusnega prevoza.

Tretje srečanje Euripe, Jakišnica – Pag, 11.–13. maj 2012

Darinka Klančar

Euripa je reprezentativna organizacija, ki so jo ustanovili zdravniki družinske medicine z namenom, da bi poudarili zdravstvene potrebe podeželja in profesionalne potrebe strokovnjakov, ki te potrebe oskrbujejo z zdravstvenimi storitvami. Predstavlja rastočo mrežo podeželskih praktikusov in organizacij, ki delujejo po vsej Evropi z namenom širjenja dobre prakse in raziskovalnega dela. Organizacija sodeluje s krovno organizacijo Wonca in se vključuje v njene mednarodne dogodke. Euripa je edinstvena prva podeželska zdravstvena organizacija na svetu. Raziskave podeželskega zdravstvenega varstva (BIOMED II research project) je pokazala podobne težave, s katerimi se srečujejo podeželske skupnosti in izvajalci zdravstvenega varstva v teh okoljih: izolacija, pomanjkanje informacij, omejen dostop do strokovnega izobraževanja in ovire pri osebni strokovni razvoju.



Temeljne vrednote, ki jih poudarja Euripa, so:

- partnerstvo, izmenjava izkušenj in razumevanje problemov,
- raziskave in razvoj,
- izobraževanje in obveščanje,
- tehnologija in inovacije,
- promocija zdravja in odprava neenakosti na področju zdravja.

V tem duhu je med 11. in 13. majem 2012 potekalo tretje srečanje Euripa (3rd Rural Health Invitational Forum) v Jakišnici na otoku Pagu z naslovom Profesionalizacija zdravstvenih delavcev na podeželju skozi izobraževanje in učenje. Prišli smo udeleženci z vsega sveta: Bosna in

Hercegovina (Republika Srpska), Francija, Grčija, Italija, Izrael, Japonska, Južnoafriška Republika, Kanada, Latvija, Litva, Madžarska, Norveška, Romunija, Velika Britanija, Slovenija, Španija.

Organizacijski in znanstveni odbor pod vodstvom predsednika Euripe dr. Johna Wynn-Jonesa sta pripravila bogat program, v katerem so predstavniki držav iz vse Evrope predstavili svoje izkušnje s področja izobraževanja, raziskovalnega dela in izgradnje programov za nadaljnji razvoj podeželske medicine.

Srečanje se je pričelo v četrtek popoldne v prijetni mediteranski klimi, sredi starodavnih oljk in impresivnega paškega kamenja. Hotel Luna nas je sprejel s svojo impozantno preprosto profesionalnostjo in z izredno vpludnim osebjem.

Po srečanju izvršilnega odbora je sledila otvoritvena ceremonija in uvodno plenarno predavanje, ki ga je imel prof. Ian Couper – profesor na Univerzi v Johannesburgu (Director at University of the Witwatersrand/North West Department of Health). Sledil je romantičen sprejem s koktejli ob prijetnem valovanju paškega morja.

Naslednja dva dneva sta bila zelo delovna. Program je bil razdeljen na dopoldanski in popoldanski del. Vsak sklop se je pričel s plenarnim predavanjem, ki je predstavljalo izhodišče za delo v skupinah.

Teme so bile: podeželska medicina kot arena za izobraževanje, izgradnja ustreznih strokovnih profilov za delo v podeželski medicini, dodiplomsko in podiplomsko izobraževanje o podeželski medicini, raziskovalna dejavnost v podeželski medicini. Izredno zanimivo je bilo predavanje norveškega predstavnika prof. Ivarja Aaraase, ki je predstavil poseben pristop pri novačenju zdravnikov za delo v podeželski medicini in prikazal izkušnje njihove Univerze v Tromsu, ki vpisuje zdravnike, ki so potencialni kandidati za delo na podeželju, ima specifičen program in dosega visoko stopnjo motiviranosti mladih zdravnikov za delo na podeželju.

Predsednik Euripe je nanizal precej pozitivnih izhodišč za usmerjeno izobraževanje mladih zdravnikov, da se navdušijo za delo v ruralnem okolju. Prof. Christos Lionis, grški predstavnik, je v svojem predavanju poudaril pomen raziskovalnega dela in predstavil veliko težo raziskav, ki temeljijo na dejanskih potrebah ruralnega okolja. Hrvaški predstavnik dr. Mario Malnar pa je nanizal nekaj pomembnih vprašanj, kaj je narobe z obstoječim izobraževalnim sistemom medicinskih fakultet, da mladi kolegi niso navdušeni za delo na podeželju.

V obeh delih dneva so vzporedno potekale delavnice, kjer so predstavniki iz cele Evrope predstavili lastne izkušnje

s tega področja. Mladi norveški zdravnik nam je potrdil odlične izkušnje izobraževalnega programa Univerze v Tromsu in svojo veliko empatijo do dela na podeželju. Slišali smo mnogo predstavitev, iz katerih je bilo veliko navdušenja za delo na podeželju, hkrati pa so se izkristalizirale ovire za to prakso. Postavilo se je bistveno vprašanje, ali je podeželska medicina najbolj originalna veja družinske medicine.

Iz Slovenije smo na srečanju aktivno sodelovali kar štirje predstavniki. Prof. dr. Janko Kersnik je v svoji prezentaciji poudaril vsebine, ki se jih je moč naučiti v ruralni praksi, doc. dr. Mateja Bulc je predstavila pomen preventivnih programov, asist. Marko Drešček je nanizal nekaj izkušenj mladega zdravnika in govoril o izzivih študentom za delo v podeželski praksi, sama pa sem predstavila nov projekt referenčnih in ruralnih ambulant družinske medicine v Sloveniji, kar je bilo sprejeto z velikim zanimanjem.

Delo v skupinah je bilo aktivno in zelo plodno; v končnih poročilih s posameznih delavnic je bilo zaznati veliko entuzijazma in pozitivnih sporočil, ki potrjujejo izjemen pomen družinske medicine na podeželju, saj tu pride do pristnega stika s skupnostjo, z njenimi potrebami in z zahtevami. Podeželska družinska medicina je idealno okolje za raziskovalno delo, ki naj najde dejanske kazalce potreb in omogoči odzivnost stroke na potrebe prebivalcev. Vse države naj si prizadevajo, da s svojimi izkušnjami prepričajo zdravstveno politiko, da je taka smer ekonomsko in strokovno optimalna. Velike napore pa je treba vložiti v animacijo mladih kolegov za tako prakso.

S Paga smo se sicer vračali v slabem vremenu, burji in dežju, vendar popolnoma prepričani o tem, da je slovenska družinska medicina z implementacijo ideje o referenčnih ruralnih ambulantah družinske medicine na pravi poti. Za vse kolege, ki jih zanima sodelovanje z Euripo, je možna prijava na njihov forum (list server). Obiščite njihovo spletno stran <http://www.euripa.org> ali kontaktirajte sekretarko združenja go. Jane Randall-Smith (janers@rural-health.ac.uk).

Predstavitev Zavoda za razvoj družinske medicine

Danica Rotar-Pavlič

Zavod za družinsko medicino je bil ustanovljen 19. 12. 2002 s sedežem na Pojanskem nasipu 58 v Ljubljani, kar pomeni da bo malo pred Božičem slavil desetletnico obstoja. Prvotni cilj, da je ključna opora organizatorjem evropskega kongresa WONCA Europe, ki je leta 2003 potekal v ljubljanskem Cankarjevem domu in požel nemalo pohval, se je kmalu razširil z novimi cilji. Kljub napredku družinske medicine so obstajala področja, ki bi jih Zavod kot samostojna pravna oseba lahko dodatno razvijal in pripomogel k razvoju naše stroke. V ta namen je vsako leto analiziramo stanje družinske medicine v Sloveniji in sprejememo letni načrt, ki ga vsebinsko opredeli Združenje zdravnikov družinske medicine. Aktivnosti izpeljemo s sodelovanjem vseh partnerjev na področju družinske medicine v Sloveniji, to sta poleg Zavoda in Združenja še obe Katedri.

Ustanovitelji zavoda prim. asist. Dean Klančič, dr. med., prof. dr. Igor Švab, dr. med., višji svetnik, prim. doc. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med., prim. prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., prim. prof. dr. Marko Kolšek, dr. med., doc. dr. Tonka Poplas Susič, dr. med., vsako leto o delovanju Zavoda poročamo upravnemu odboru Združenja zdravnikov družinske medicine. Upravni odbor Združenja se seznani z delovanjem Zavoda in predlaga aktivnosti za prihajajoče obdobje. Ustanovitelji niso lastniki sredstev Zavoda. Zavod ima nadzorni odbor, ki poslovanje preverja dvakrat letno.

Delovanje na strokovnem področju

Zavod soorganizira strokovna srečanja s področja družinske medicine (soorganizator Schrottovih dnevov, Kokaljevih dnevov, Srečanja delovnih skupin v osnovnem zdravstvu, Zadravčevih dnevov, Mariborskega kongresa družinske medicine, Majhnovega dneva, Učnih delavnic, Mednarodnega tečaja, mednarodnih srečanj organizacij s področja družinske medicine in nekaterih drugih dogodkov). Tehnična podpora pri organizaciji ter koordinacija sodelavcev, predavateljev in udeležencev so neprecenljivega pomena.

Zavod je omogočil izvedbo delovanja spletnega izobraževalnega portala e-medicina <http://www.e-medicina.si/sl>, ki predstavlja novost slovenskega medicinskega strokovnega izobraževanja. Namenjen je zdravnikom, ki si želijo pridobiti ali poglobiti svoje znanje. Za porabljen čas in uspešno rešen test smo na Zdravniško zbornico Slovenije podali vlogo za dodelitev kreditnih točk za podaljšanje zdravniških licenc. Uredniški odbor spletnega izobraževalnega portala, si prizadeva, da so predstavljene teme zanimive in uporabne. Nove vsebine uredništvo dodaja predvidoma na tri do štiri mesece.

Sodelovanje z organizacijami v Sloveniji

Poleg tesnega sodelovanja z Združenjem Zavod finančno podpira delovanje Katedre za družinsko medicino v Ljubljani in v Mariboru na področju podpore sodelovanja s tujimi katedrami, spodbuja raziskovalno dejavnost in omogoča nakup izobraževalne ter ostale opreme kateder.

Mednarodno sodelovanje

Zavod za razvoj družinske medicine v soglasju z Združenjem zdravnikov družinske medicine in Katedra omogoča udeležbo stalnih slovenskih predstavnikov družinske medicine v evropskih združenjih WONCA, EQUIP, EURACT, EGPRN, EFPC, EUROPREV, VdGM. v okviru ZRDM delujejo sekretariati združenj Wonca Europe, EURACT (predsednik prim. prof. dr. Janko Kersnik, dr. med), in EUROPREV (predsednica prim. doc. dr. Mateja Bulc, dr. med.).

Raziskovalna dejavnost

Poleg sofinanciranja raziskovalnih projektov obeh Kateder ima Zavod tudi svojo raziskovalno skupino, katere vodja je prim. doc. dr. Mateja Bulc. Podpira sodelovanje slovenskih zdravnikov družinske medicine v mednarodnih projektih, kot je na primer EpaCardio, in slovenske raziskovalne projekte, kot na primer Uspešnost zdravljenja herpes zostra in preprečevanje postherpetične nevralgije s peroralnimi antivirotopiki ali TENS-om. Trenutno je raziskovalna skupina partner v dveh Leonardo da Vinci projektih: Framework for Continuing Educational Development of Trainers in General Practice in Europe (CEDinGP) ter v Innovative lifelong learning of European General Physicians in Quality Improvement supported by information technology (inGPinQI Project)

Založništvo

Zavod za razvoj družinske medicine izdaja v sodelovanju s Katedro za družinsko medicino in z Združenjem zdrav-

nikov družinske medicine časopis Družinska medicina ter v okviru časopisa 5 do 7 suplementov letno.

Sodeluje pri izdaji priročnikov, kot so Na dokazih temelječe medicinske smernice, Diagnostične preiskave, Navodila za bolnike, Nujna stanja, in snopičev nastajajočega učbenika za specialistični izpit, kot sta Priročnik fizikalne medicine in rehabilitacije ter Otroci in mladina. Podpira izdajo zbornikov, ki so natisnjeni v sklopu strokovnih srečanj, kar v celoti pripomore k ponudbi strokovne literature in bogatjenju slovenskega medicinskega izrazja.

Vsaka publikacija pomembno prispeva k dostopnosti pomembnih strokovnih informacij, posebnega pomena pa so Na dokazih temelječe medicinske smernice za zdravnike družinske medicine, ki v obliki knjige predstavljajo prevod evropskih smernic iz angleškega jezika, ki so do sedaj izšle v devetih jezikih.

Pogled naprej

Če preteklost do družinske medicine ni bila »nežna«, je izboljšanje stanja, gledano iz današnje perspektive, za stroko in nosilce stroke še vedno velik izziv, ki se mu Zavod za družinsko medicino ne izogiba. Z zelo omejenimi sredstvi, ki jih je na začetku imelo na razpolago Združenje zdravnikov družinske medicine, povečanega obsega delovanja ni bilo mogoče pričakovati. To se je zgodilo šele po zaključku odmevnega kongresa WONCA Europe, ko se je tudi s pomočjo Zavoda razširilo delovanje zdravnikov družinske medicine, ki se danes kot specialnost lahko enakovredno postavijo ob bok drugim kliničnim specialnostim.

REKLAMA 2

Sestanek EURACT-a v Jeruzalemu

Janko Kersnik

Skupaj s predstavniki iz še drugih 28 evropskih držav sem se od 22. do 24. marca 2012 udeležil sestanka Evropskega združenja učiteljev (EURACT) v Jeruzalemu v Izraelu. Ker so navadno poročila za bralce na moč dolgočasna, sem se kljub temu, da je bilo sestankovanje naporno in produktivno in smo imeli le malo časa za ogled mesta, odločil, da vam Jeruzalem predstavim predvsem iz turistične perspektive.

Gostitelji so poskrbeli, da smo lahko poskusili raznolike arabske in judovske jedi. Nekateri so pogrešali vino v tipični arabski restavraciji v starem mestu in ob sobotni večerji, ker so nam stregli Arabci, saj se delo v soboto za mnoge Žide ne spodobi. Predvsem pa so nas presenetili z zanimivim vodenjem po mestu. Vodič je mitološka sporočila treh velikih svetovnih religij, ki imajo Jeruzalem (ime naj bi pomenilo »dediščina popolnosti oz. celovitosti«) za sveto mesto, primerjal z zgodovinskimi dejstvi. Čeprav trdnega verovanja prisotnost ali odsotnost zgodovinskih dejstev ne more niti okrepiti niti omajati, pa je med ljudmi očitna privrženost k čutnemu srečanju z mitološkimi točkami – vsaj tako kažejo trume posvetnih turistov in romarjev, ki smo jih srečevali v Jeruzalemu.

Čeprav so tod ljudje prebivali že v kameni dobi, so kraji okoli Jeruzalema postali pomembni zlasti v bronasti in kasneje železni dobi zaradi številnih rudišč in pridelave kovin, kar je skupaj s cvetočo trgovino na karavanskih

poteh med Egiptom, Malo Azijo in Mezopotamijo, lokalnim plemenom in vladarjem prineslo veliko bogastvo. Pod današnjim Jeruzalemom so pred 3000 leti zgradili prvo mestno naselbino in nad mitološko skalo na griču nad njim zavidanja vreden lep tempelj, ki je kazal na bogastvo lokalnih veljakov. O pomembnosti lokacije v judovski puščavi govori vodovod, ki je mesto oskrboval iz enega redkih virov pitne vode. Blišč in strateški položaj med velikimi državami starega sveta je pritegnil vpade različnih vojsk, ki so v slogu človeške zgodovine večkrat zavzele in oropale bogastvo vztrajnih Davidovih naslednikov, da so mesto in tempelj vedno znova obnovili in naredili še lepšega. Tako je kralj Herod pred dobrimi 2000 leti majhen grič umetno povečal tako, da ga je obdal z do 35 m velikimi mogočnimi opornimi zidovi, vrh griča nekoliko izravnal in dal nasuti manjkajoči del griča ter na vse to postaviti t.i. drugi tempelj in svojo palačo, kar je predstavljalo eno svetovnih čudes tistega časa. Tako je Zid objokovanja samo manjši del zahodnega zidu tempeljskega griča, in še ta je dve tretjini zasut. To je najbolj vidno, če se podamo v globoke prehode v podnožju zahodnega zidu.

V rimskem obdobju se je mesto razširilo na zahodno stran tempeljskega griča v predel današnjega Jeruzalema, kjer se je odvila Pilatova obsodba Kristusove herezije kot domnevne želje po judovski kroni in ne nazadnje, kjer je tekla njegova zadnja pot, ko so ga po rimskih manirah kaznovali s križanjem na drugem svetem griču Golgoti, ki je bil takrat izven mesta. Po velikem judovskem uporu so Rimljani porušili Herodovo palačo, tempelj in požgali mesto, zato je točne lokacije mogoče pokazati le z izkopavanjem izpod današnjega starega Jeruzalema, ki je nastal kot tipično srednjeveško otomansko mesto po izgradnji rimskega mesta, zasedbe s strani Perzijcev, ponovne osvojitve s strani Bizanca, prihoda Arabcev, večkratnih



Trg pred Zidom objokovanja in svetleča kupola »Dome on the rock« v ozadju.



Skupinska slika pod Jeruzalemom ob vznožju zahodnega obzidja.

arabskih in križarskih osvajanjih in menjavi oblasti šele pod Sulejmanom Velikim v 16. stoletju, ki je Jeruzalem obzidal v današnjem obsegu. Poskrbel je tudi, da svetovno čudo in veličina opornega zidu v Židih ne bi vzbujala močnejših občutkov. Celotno dolino med rimskim mestom in tempeljskim gričem je dal pozidati s številnimi opornimi arkadami, da so bili temelji zgradb nove muslimanske četrti v isti višini kot prej močno nad mesto dvignjeni tempeljski grič. S tem je v mesto vključil tudi dele mesta, ki so bile v času rimskega Jeruzalema v času Kristusa izven obzidja. Verjetno je najbolj fascinantna ilustracija borbe za duhovno dediščino krščanstva, ko različne verske ločine tekmujejo in sobivajo v isti cerkvi Svetega groba, zgrajeni v 4. stoletju našega štetja. Ne glede na to, trume turistov mimo različnih slogov in cerkvenih dostojanstvenikov prehodijo vijugaste hodnike in stopnice do svetih mest v skladu s svojim prepričanjem.

Z razmahom islama, ki svoje temelje podobno kot krščanstvo tudi črpa iz judaizma, delno pa tudi iz zgodnjega krščanstva, je skala na tempeljskem griču mitološko mesto, od koder se je prerok Mohamed dvignil v nebesa k Alahu po navodila o molitvah. Na tem mestu je zgrajena najmarkatnejša zgradba Jeruzalema Kupola na skali (Dome on the rock), ki tudi za muslimane predstavlja enega od svetih mest, čeprav ne gre za mošejo. Mošeja stoji na mestu nekdanje Herodove palače in je poleg Meke in Medine ena izmed treh romarskih mošej, ki naj bi jih verni muslimani obiskali vsaj enkrat v svojem življenju. Za navadne smrtnike vstop v to mošejo ni mogoč, saj se moraš izkazati z versko izkaznico in s citiranjem izbrane sure iz glave.

Kaj od vsega sodobni turist lahko vidi in doživi v Jeruzalemu? Predvsem je to muzej na prostem, kjer se v živo srečamo z utripom lepo ohranjenega in še vedno živahnega srednjeveškega mesta ter obiljem arabskih izdelkov, prilagojenih različnim okusom. Verni se lahko dotaknejo svetih mest in si napolnijo duhovne baterije. Kljub očitnim izzivalnim zunanjam podobam najbolj vnetih privržencev vseh treh religij pa se le-ti mirno gibljejo drug mimo drugega in se pod budnim očesom do zob oboroženih policistov zbirajo okoli svojih osrednjih svetišč. Novi Jeruzalem je zgrajen okoli starega obzidja, pri čemer je opazna velika razlika med vzhodnimi in zahodnimi predeli. Na ulicah je običajna mestna gneča ljudi. Na hribih blizu Jeruzalema se vije novodobni berlinski zid, ki razdvaja nepomirljive strasti v preteklost usmerjenih narodov. Napenjanja mišic na nevalgicnih in čustvenih točkah različnih skupin ljudi, ki živijo v tem okolju, očitno še dolgo ne bo konec. Kjer ni volje za kompromis, izgublajo vsi.

Uporaba zbranih podatkov iz ambulant družinske medicine – poročilo s sestanka EQUIP-a v Stockholmu

Zalika Klemenc-Ketiš, Janja Ojsteršek

Prvi letošnji sestanek EQUIP-a, sicer pa že 41. po vrsti, je potekal v mrzlem in zasneženem Stockholmu, od 12. do 14. aprila 2012. Tudi tokrat smo nadaljevali v Zagrebu začeto tradicijo z odprtim delom sestanka za širšo javnost; tokratna tema je bila uporaba zbranih podatkov iz ambulant družinske medicine.

Nekatere evropske države na nacionalni ravni rutinsko ali manj rutinsko zbirajo podatke o obravnavi kroničnih bolnikov v ambulantah družinske medicine. Na Danskem računalniški program sam zajema podatke iz e-kartonov bolnikov in jih vsaki dve uri pošilja v nacionalno podatkovno bazo, ki je z geslom dostopna tudi na spletu. Zbirajo se podatki o predpisanih zdravilih, laboratorijskih parametrih, diagnozah ipd. Zbiranje podatkov je usmerjeno predvsem v kronične bolnike. Primer je obravnava sladkornega bolnika, pri katerem se vsako leto na ekranu zdravnikovega računalnika odpre pojavno okno, v katerega zdravnik (prostovoljno) vnese podatke obravnave (vrednost glikoliziranega hemoglobina, krvnega tlaka, rezultate pregleda nog ipd.). Če zdravnik vnese podatke za vsaj 30 %



Podpis!!!!????



Podpis!!!!????

svojih bolnikov, mu nacionalna podatkovna baza nudi povratne informacije, zdravnik pa lahko rezultate primerja s povprečjem celotne države. Posebnost je dostop do lastnih podatkov, ki je omogočen bolnikom z geslom; bolnik si lahko tako ogleda večino podatkov iz svojega e-kartona, dobi pa tudi navodila glede samooskrbe in prilagajanja življenjskega stila. Trenutno ta sistem prostovoljno uporablja 53 % zdravnikov družinske medicine in okoli 100.000 bolnikov. Na Finskem imajo podoben sistem – zdravniki za bolnike z izbranimi boleznimi izpolnijo podatke v pojavnem oknu, le-ti pa se avtomatsko prene-sejo v nacionalno bazo podatkov. Uvajajo tudi t.i. sistem



Podpis!!!!????

podpore odločanja, ki zdravniku nudi na dokazih temelječe smernice za odločanje glede ukrepanja pri individualnih bolnikih, npr. sistem lahko iz podatkov o bolniku zazna, da bolnik potrebuje uvedbo določenega zdravila, na kar zdravnika opozori s pomočjo pojavnega okna ter mu ponudi tudi obstoječe dokaze, ki njegovo odločitev olajšajo. Na Nizozemskem so leta 2004 uvedli sistem akreditacij ambulant družinske medicine, leta 2010 pa organizirano obravnavo sladkornih bolnikov. Imajo več računalniških programov, ki omogočajo ekstrakcijo podatkov neposredno iz e-kartonov. Podatke redno obdelujejo in spremljajo skozi leta. Zdravniki podatke uporabljajo za izvajanje lastnega izboljševanja kakovosti. V Kataloniji (Španija) prav tako poteka avtomatsko zbiranje podatkov iz e-kartonov. Zbirajo podatke o bolniku, podatke o diagnozah, predpisanih zdravilih, cepljenjih, laboratorijskih vrednostih ipd. Uveden imajo e-recept, do katerega lahko dostopajo vsi farmacevti v Kataloniji. S tem je večja pozornost na kombinaciji zdravil in stranskih učinkih. E-karton z vsemi podatki, tudi s slikami preiskav (npr. rentgenske slike) je dostopen vsem profilom zdravnikov, ki obravnavajo določenega bolnika. Do svojih podatkov lahko preko spleta dostopajo tudi bolniki, ki lahko portal uporabljajo v obliki socialnega omrežja, npr. za iskanje stikov z drugimi bolniki, za iskanje informacij ipd. Na Portugalskem iz e-kartonov v nacionalno bazo pošiljajo podatke o bolnikih in o nekaterih kazalcih kakovosti: odstotek bolnikov, ki obišče zdravnika družinske medicine, odstotek bolnikov, ki je pri zdravniku družinske medicine pregledan vsaj enkrat na leto, odstotek hišnih obiskov, odstotek žensk z opravljenim brisom materničnega vratu in mamografijo, odstotek sladkornih bolnikov z vsaj dvema določitvama glikoliziranega hemoglobina na leto ipd.

Čeprav se na ta način zbere ogromno podatkov iz ambulant družinske medicine, je vprašanje, kako takšne podatke koristno uporabiti. Prednosti zbiranja podatkov so povečevanje odgovornosti zdravnika za obravnavo bolnikov in promocija stalnosti ter kakovosti obravnave bolnika v družinski medicini. Slabosti takšnega zbiranja so etične dileme, nevarnost razvoja obravnave bolnika, ki bo temeljila na kazalcih kakovosti, in ne na holističnem pristopu, prav tako pa obstaja velika nevarnost napačne interpretacije podatkov oz. uporaba podatkov za napačne namene. Zaključek odprtega dela sestanka je tako bil, da je zbiranje podatkov lahko koristno, vendar pa se morajo podatki o bolnikih zbirati zgolj z namenom izboljševanja kakovosti njihove obravnave. Prav tako morajo biti vsi kazalci kakovosti, ki se zbirajo, validirani in potrjeni s strani strokovnjakov.



Podpis!!!!????

Na zaprtem delu sestanka smo pozdravili novo članico – Makedonijo (predstavnik Dimitar Stojmenovski). Andree Rochfort je predstavila projekt »Chronic Condition Patient Self-Management (CCPSM) in General Practice«, ki je zmagal na natečaju projektov za Wonca Anniversary Fund. O projektu sva slovenski predstavnici podrobneje razpravljali tudi v okviru dela v skupinah. Projekt je sestavljen iz

treh delovnih paketov: analiza literature na področju samooskrbe bolnikov s kroničnimi boleznimi, priprava izobraževalnega orodja za zdravnike družinske medicine in pilotska raziskava uporabnosti tega orodja, ki se bo izvedla v več evropskih državah.

Večino časa smo namenili spremembi ustave EQuIP-a. EQuIP je namreč postal pravna oseba, zato smo se odločili skupino odpreti za zunanje člane – za sedaj v obliki možnosti individualnega članstva s plačilom letne članarine. Razmišljali smo tudi o možnosti članstva več organizacij – t.i. organizacijsko članstvo; včlanila bi se lahko vsaka organizacija, ki dela na področju izboljševanja kakovosti v družinski medicini. Nekateri so podali idejo, da bi sedanji sistem imenovanja dveh predstavnikov države zamenjali s sistemom, kjer bi enega predstavnika države volili individualni člani, drugega pa organizacija članica. Zaradi nasprotovanja nekaterih delegatov pa za sedaj ostaja obstoječi sistem.

Naslednji sestanek bo v Turčiji, predvidoma od 22. do 24. novembra 2012.



kapljica svetlobe...

latanox

latanoprost

kapljice za oko 0,005%
Pakiranje: 1 plastenka × 2,5 ml

Kakovostna in količinska sestava: 1 ml raztopine kapljic za oko vsebuje 0,005g latanoprost. Ena kapljica vsebuje približno 1,5 mikrograma latanoprost. Pomožna snov: benzalkonijev klorid 0,2 mg/ml. **Terapevtske indikacije:** Znižanje povišanega očesnega tlaka pri bolnikih z glavkomom z odprtim zakotjem in očesno hipertenzijo. **Odmerjanje in način uporabe: Priporočljivo odmerjanje za odrasle** (vključno s starejšimi): Priporočljiv odmerek je ena kapljica v obolelo oko (oboleli očesi) enkrat na dan. Najboljši učinek dosežemo, če se zdravilo Latanox uporabi zvečer. Zdravila Latanox se ne sme uporabiti več kot enkrat na dan, ker je bilo dokazano, da pogostejše dajanje zmanjša njegov učinek na zniževanje očesnega tlaka. V primeru, da je bil izpuščen en odmerek, je treba zdravljenje nadaljevati z naslednjim odmerkom kot običajno. Kot pri vseh kapljicah za oko, je za zmanjšanje možnosti za sistemsko absorpcijo priporočljivo, da se solzni mešiček za eno minuto pritisne ob notranji očesni kotiček (točkovna okluzija). To je treba narediti takoj po vkapanju vsake kapljice. **Kontaktne leče** je treba pred uporabo kapljic za oko odstraniti, po 15 minutah pa se jih lahko ponovno vstavi. Če bolnik uporablja več kot eno lokalno zdravilo za oči, mora med uporabo posameznih zdravil preteči vsaj pet minut. **Otroci:** Varnost in učinkovitost uporabe pri otrocih nista bili dokazani. Zato uporaba zdravila Latanox pri otrocih ni priporočljiva. **Neželeni učinki:** Večina neželenih učinkov je povezana z očmi. Najpogostejši neželeni učinki so: povečana pigmentacija šarenice; blaga do zmerna hiperemija veznice, draženje očesa (pekoč občutek prisotnosti peska, srbenje, zbadanje in občutek prisotnosti tujka); spremembe trepalnic in puhatih dlačic (povečanje dolžine, debeline, pigmentacije in števila).

Posebna opozorila in previdnostni ukrepi: Zdravilo Latanox lahko postopoma spremeni barvo oči, ker poveča količino rjavega pigmenta v šarenici. Pred začetkom zdravljenja je treba bolnike seznaniti z možnostjo, da se jim lahko barva oči trajno spremeni. Zdravljenje enega samega očesa lahko povzroči trajno heterokromijo. Sprememba barve šarenice je v večini primerov neznačajna in pogosto ni klinično opazna. Latanox je potrebno previdno uporabljati pri vnetnem in neovaskularnem glavkomu, očesnih vnetjih, prirojenem glavkomu, pri akutnih napadih glavkoma z zaprtim zakotjem, pri kroničnem glavkomu z zaprtim zakotjem, pri glavkomu z odprtim zakotjem pri psevdofakičnih bolnikih in pri pigmentnem glavkomu. Zdravilo Latanox je treba uporabljati previdno pri afakičnih bolnikih, pri psevdofakičnih bolnikih s pretrgano zadnjo lečno ovojnico ali lečami v srednjem prekatu ali pri bolnikih z znanimi dejavniki tveganja za cistoidni makularni edem, pri bolnikih z znanimi predispozicijskimi dejavniki tveganja za iritis/uveitis, pri bolnikih med perioperativnim obdobjem operacije katarakte in pri astmatikih. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost za latanoprost, benzalkonijev klorid ali katerokoli pomožna snov. Medsebojno delovanje z drugimi zdravili in druge oblike interakcij: Poročali so o paradoksnih povišanih intraokularnega tlaka po sočasni oftalmični uporabi dveh analogov prostaglandina. Zato uporaba dveh ali več prostaglandinov, analogov prostaglandina ali derivatov prostaglandina ni priporočljiva. **Način izdajanja:** Zdravilo se izdaja samo na zdravniški recept.

Imetnik za dovoljenje: Jadran-galenski laboratorij,d.o.o. Ljubljana, Litostrojska cesta 46 A, SI - 1000 Ljubljana



Jadran Galenski Laboratorij d.o.o., Litostrojska 46 A, Ljubljana

Zaposlovanje oseb z epilepsijo

Živa Lebar

Epilepsija je ena izmed najpogostnejših nevroloških bolezni, z njo naj bi bolevalo približno 1 % vseh ljudi. V Sloveniji imajo v povprečju v enem dnevu 3–4 osebe epileptični napad, vsega skupaj naj bi bilo okoli 20.000 oseb z epilepsijo, vsako leto na novo zboli 1000 oseb. Sicer je v svetu 40 milijonov bolnikov, od tega v Evropi 6 milijonov. Pojavi se lahko v kateremkoli starostnem obdobju, pogostost pri moških in ženskah je enaka. Najpogosteje za epilepsijo zbolijo mladi, pri več kot polovici bolnikov se bolezen razvije pred 18. letom starosti. Bolezen se pogosto pojavi tudi šele po 60. letu starosti.

Gre za bolezen, pri kateri se zaradi nenadne nepravilne dejavnosti možganskih celic (nevronov) pojavijo epileptični napadi. Nastane nenormalen izbruh električnih impulzov v možganih, ki se navzven kažejo na različne načine, odvisno od tega, kje v možganih je prišlo do nepravilnosti. Če se epileptični napad pojavi le enkrat, še ne pomeni, da ima človek epilepsijo. Za epilepsijo je značilno, da se epileptični napadi ponavljajo. Ob tem je bolnik lahko velikokrat ogrožen (npr. plavanje, vožnja ...), zato mora sprejeti nekatere življenjske omejitve, ki njemu in okolici omogočijo, da se izogne tveganju za nesrečo. V nadaljevanju prispevka pa se posvečam problematiki zaposlitve oseb z epilepsijo.

Prikritje bolezni?

Zakon o nediskriminaciji delodajalca prepoveduje, da bi uslužbenca spraševal o njegovem zdravju. Dolžan je pridobiti mnenje zdravnika specialista medicine dela in upoštevati njegove sklepe. Ob tem pa se je potrebno zavedati dejstva, da bolniki zdravniku medicine dela velikokrat zamolčijo, da imajo epilepsijo, saj jih je strah, da jih bo označil »za delo nezmožnega« in ne bodo dobili službe. Seveda se velikokrat resnično dogaja, da specialisti medicine dela osebe z epilepsijo označijo, da so delavci z omejitvami, čeprav ti že več let niso imeli napadov in je njihova bolezen povsem kontrolirana. Vzrok za to je, da ne želijo tvegati, da bi se napad ponovil na delovnem mestu, saj bi s tem tudi oni morali prevzeti odgovornost za svojo odločitev. Zato se jih da razumeti, kljub vsemu pa za osebe z epilepsijo, ki so že leta brez napadov, ob takih odločitvah

ostaja grenak priokus, zato se jih veliko odloči, da bodo bolezen preprosto zamolčali.

Ob tem, če se oseba z epilepsijo odloči, da bo bolezen zamolčala, se sproži vrsta polemik, od tega, če je to sprejemljivo ali celo nezakonito, do tega, kaj sploh lahko naredimo. Na vprašanja lahko odgovorimo le v vsakem primeru posebej, koristno pa je upoštevati nekatera splošna načela. Načelo nediskriminacije pravi, da nikogar ni moč izključiti iz delovnega procesa iskanja zaposlitve in da nobenega zaposlenega ni moč kaznovati ali odpustiti zaradi njegovega zdravstvenega stanja ali invalidnosti, razen v primeru, da ga je za delo nezmožnega opredelil specialist medicine dela. Le-ta pa tega seveda ne more narediti, če mu bolnik prikrije bolezen. Deontološki kodeks omejuje zdravnike družinske medicine in nevrologe, da bi specialistu medicine dela posredovali bolnikovo dokumentacijo, saj določa varovanje medicinske tajnosti v odnosu do drugih zdravnikov, ki ne sodelujejo v procesu zdravljenja. Specialist medicine dela ne sodeluje neposredno v procesu zdravljenja, saj je njegova naloga primarno preventiva. Vsekakor pa ne smemo pozabiti na to, da če želita zdravnik družinske medicine ali nevrolog odvrniti bolnika, da bi specialistu medicine dela prikriji svojo diagnozo, velikokrat to dosežeta s pogovorom, kjer bolniku razložita, da lahko na določenem delovnem mestu ogroža sebe ali druge, zato to zanj ni primerno. Velikokrat pa se zgodi, da bolniki dobijo mnenje od specialista medicine dela za delo z omejitvami, kljub temu, da realno gledano na delovnem mestu, za katerega se potegujejo, ne bi nikogar ogrožali in bi delo opravljali tako dobro kot zdrave osebe brez epilepsije.

Ko se bolnik odloči, da bolezen prizna

Velika večina poklicev je primerna za osebe z epilepsijo, seveda, če imajo primerno izobrazbo in delovne izkušnje (tako kot pri vseh ostalih). Žal pa velikokrat prihaja do diskriminacije, ki osebam z epilepsijo otežijo zaposlovanje ali vodijo celo v izgubo službe, če se epilepsija pojavi na novo oz. delodajalec naknadno izve zanj. Čeprav bi naj tudi pri delih, ki predstavljajo veliko tveganje za telesne poškodbe posameznega delavca ali drugih, prvo preučili organizacijo delovnega mesta in zmanjšali tveganje na sprejemljivo raven. Šele nato, če ne bi bilo mogoče tega doseči, bi bili upravičeni do omejitve zaposlovanja oseb z epilepsijo. Vse to pa je možno doseči le ob sodelovanju delodajalca, ki mu prilagoditve delovnega mesta predstavljajo dodaten strošek in se zato velikokrat ne odloči za to, ampak raje zaposli delavca, ki teh prilagoditev ne potrebuje.

Na splošno bi se naj delodajalec že v razgovoru osredotočil na zmožnosti osebe z epilepsijo, a ne na njene resnične ali namišljene omejitve; ravno tako naj bi dober delodajalec o bolezni izobrazil sodelavce in jih naučil, kako ukrepati ob napadih. V primeru novonastalih napadov pa bi delavcu omogočil ustrezno zdravljenje in primerno premestitev, če bi bila le-ta potrebna. Resnično stanje sicer velikokrat ni niti senca napisanega.

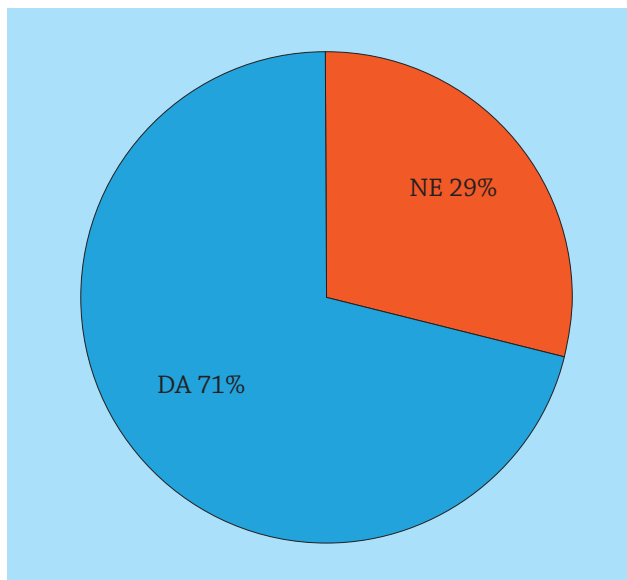
Glede na napisano nas ne preseneča, da je odstotek nezaposlenih med ljudmi z epilepsijo višji kot pri zdravih. Ocenjuje se, da naj bi bilo v Sloveniji zaposlenih manj kot 50 % oseb z epilepsijo, ki so v aktivni dobi. V Angliji je odstotek nezaposlenih oseb z epilepsijo 46 % (kontrolna skupina 19 %), na Irskem 34 % (kontrolna skupina 13 %), v Nemčiji 24 % (kontrolna skupina 9 %) in na Nizozemskem 48 % (kontrolna skupina 20 %). Po teh podatkih (l. 2001) vidimo, da je problem zaposlovanja oseb z epilepsijo globalen in se z njim soočajo tudi bolj razvite države Zahodne Evrope.

Anketa pri delodajalcih

Zaradi težav pri pridobivanju osebnih podatkov bolnikov z epilepsijo sem se odločila, da anketo izvedem pri delodajalcih. Tako sem v naključna slovenska podjetja razposlala 100 anket in analizirala rezultate 76 vrnjenih anket.

1. VPRAŠANJE

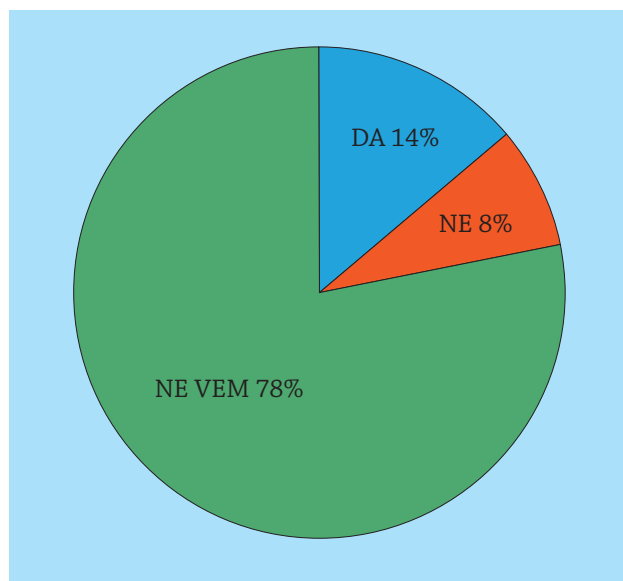
Ali poznate bolezen epilepsijo?



Na vprašanje o poznavanju epilepsije je 54 delodajalcev odgovorilo z da in 22 z ne.

2. VPRAŠANJE

Ali menite, da je epilepsija duševna bolezen?



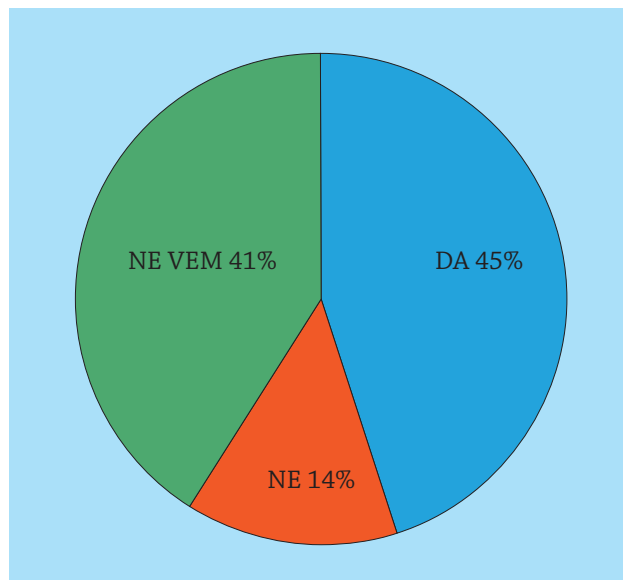
59 vprašanih je na vprašanje o tem, če menijo, da je epilepsija duševna bolezen, odgovorilo ne vem, 11 z da in 6 z ne.

3. VPRAŠANJE

Če bi izvedeli, da ima Vaš prijatelj epilepsijo, bi se še naprej družili z njim? Na to vprašanje so vsi odgovorili z da.

4. VPRAŠANJE

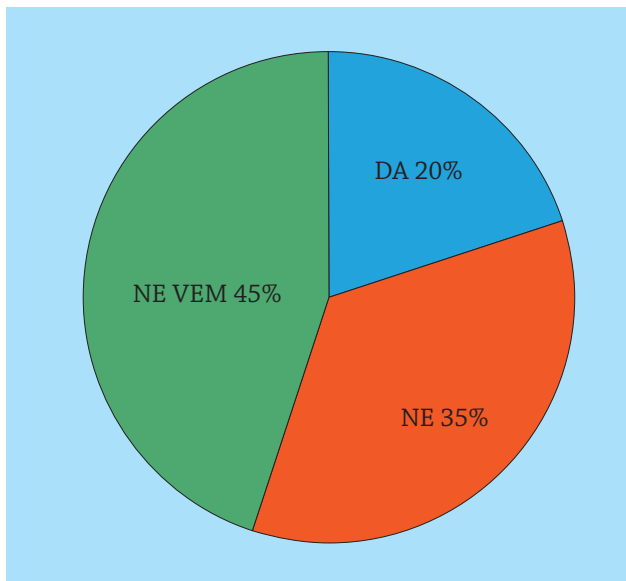
Ali bi zaposlili osebo z epilepsijo?



Na vprašanje, če bi zaposlili osebo z epilepsijo, je 34 oseb odgovorilo z da, 11 z ne in 31 z ne vem.

5. VPRAŠANJE

Ali menite, da osebe z epilepsijo slabše opravijo delo kot zdrave osebe?



Na vprašanje o kvaliteti dela je 15 oseb odgovorilo, da bi osebe z epilepsijo slabše opravljale delo, 27 jih meni, da ne bi bilo razlik, 34 oseb pa je odgovorilo z ne vem.

Komentar ankete

71 % vprašanih pozna bolezen epilepsijo. 78 % ne ve, če bi jo uvrstilo med duševne bolezni, 14 % bi jo uvrstilo tja, 8 % pa ne. Izpostavila bi to, da so vsi vprašani odgovorili, da jih ne bi motilo, če bi bil njihov prijatelj oseba z epilepsijo. Ta odgovor kaže na veliko strpnost v privatnem življenju, ki pa žal ni tako velika, ko pride do poslovnih zadev. Le 45 % vprašanih bi brez zadržkov zaposlilo osebo z epilepsijo, 41 % je odgovorilo z ne vem, 14 % z ne.

Delodajalci v tujini

Leta 2005 so trije raziskovalci (Ann Jacoby, Joanne Gorry, Gus A. Baker) na Liverpoolski univerzi v Združenem kraljestvu naredili raziskavo z naslovom *Employers' Attitudes to Employment of People with Epilepsy: Still the Same Old Story?*. Namen je bil raziskati možnosti zaposlitve oseb z epilepsijo v očeh delodajalcev. V naključna podjetja na območju Združenega kraljestva so poslali 560 vprašalnikov. Vrnilo se jih je 204 (41 %). 26 % sodelujočih delodajalcev je že imelo izkušnjo pri zaposlovanju osebe z epilepsijo. 16 % jih je menilo, da v njihovem podjetju ni službe, ki bi bila primerna za osebe z epilepsijo, 21 % pa je ostalo neopredeljenih. Delodajalci so si bili enotni (100 %), da bi naj bolniki pred vstopom v službo razkrili svoje stanje, pa

čeprav je bolezen v remisiji. Ravno tako so bili enotnega mnenja, da so moč, frekvenca in možnost kontrole napadov pomembni podatki za delodajalca. Polovica delodajalcev bi občutila veliko skrb za povzročitev morebitnih nesreč, če bi se odločila za zaposlitev osebe z epilepsijo. Večina jih je bila pripravljena sprejeti določene prilagoditve delovnega mesta, npr. prerazporejanje nalog, prožni delovni čas ... Sicer pa so na odgovore vplivale tudi morebitne prejšnje izkušnje pri zaposlovanju oseb z epilepsijo in velikost podjetja. Zaključek raziskave je bil, da imajo osebe z epilepsijo še vedno obilo težav pri zaposlovanju, da pa se zadeve vseeno premikajo na bolje.

Hitro se zgodi, da bolezen vodi v socialno izključenost

Življenje oseb z epilepsijo že tako ni lahko, če pa njihova bolezen vpliva na možnost zaposlitve, se vsem težavam pridružijo še ekonomske, kar velikokrat vodi v slabšo samopodobo in prinaša tudi težave v medosebnih odnosih. Včasih pride celo tako daleč, da bolniki ne želijo zapustiti svoje hiše. Ko se oseba sooča s takimi težavami, je izjemno pomembno, da ima podporo svojcev in prijateljev; če so težave hujše, pa poišče pomoč pri strokovnjakih. V Sloveniji deluje tudi društvo LIGA, tj. strokovno-humanitarna organizacija, ki vključuje medicinske strokovnjake s področja epileptologije in ljudi z epilepsijo, njihove svojce in prijatelje. Njen namen je izboljševati kakovost življenja ljudi z epilepsijo in preprečiti socialno izključenost le-teh. Stigma pri zaposlovanju je prisotna tako v tujini kot pri nas, delodajalcih, sodelavcih in tudi bolnikih samih. Iz tega lahko povzamem, da so epileptični napadi le vrh ledene gore oseb z epilepsijo, veliko več težav pa je skritih pod gladino.

REKLAMA 4

Obvestilo Sekcije mladih zdravnikov družinske medicine

Marko Drešček

Januarja 2013 bodo ponovno volitve v organe Združenja zdravnikov družinske medicine Slovenskega zdravniškega društva. Voli se upravni odbor (UO) Združenja. UO je organ, ki sprejema pomembnejše odločitve glede delovanja Združenja.

Člane Sekcije mladih zdravnikov družinske medicine (SMZDM) obveščam, da so člani UO na zadnji seji sklenili, da morajo biti v UO najmanj trije predstavniki mladih zdravnikov (specializanti ali specialisti do 5 let po izpitu). Ravno tako so člani sedanjega UO omejili možnost kandidiranja vsem, ki so bili člani UO trikrat ali več.

Torej bo prišlo do menjave generacij, s čimer sedanji UO Združenja želijo dati nov zagon Združenju in pripeljati v družinsko medicino novo energijo. Mladi pa moramo s svojo aktivnostjo poskrbeti, da bo do tega tudi dejansko prišlo. Torej, moramo kandidirati in biti izvoljeni.

Kandidacijski postopek vodi kandidacijska komisija; postopek pa poteka na dva načina. Kandidata za volitve članov UO lahko predlaga vsak član Združenja, kandidat pa da pisno privolitev v kandidaturo, ali pa se kandidat javi sam in drug član Združenja da pisno podporo h kandidaturi. Natančnejša pravila za kandidaturo bodo objavljena na spletni strani www.drmed.org.

Zato vas vabim, da premislite, ali se vidite v vlogi novih predstavnikov ZZDM, ki bi aktivno sooblikovali dogajanje na področju slovenske DM. Ko boste ugotovili, da ste pravi, sledite nadaljnjim obvestilom.

Lep pozdrav.

Učenje o kakovosti v družinski medicini – inovativni pristopi

(inGP in QIP Project,
No. 2010-1-PL1-LEO05-11473)

Marija Petek-Šter, Zalika Klemenc-Ketiš,
Janko Kersnik

Na področju zdravstvenega varstva je zagotavljanje kakovosti in varnosti bolnikov ključnega pomena. Na primarnem nivoju zdravstvenega varstva je kakovost opredeljena kot kakovost kliničnega dela oskrbe, kakovost odnosa (empatija) ter dostopnost, poleg tega pa moramo izpolnjevati načelo enakosti in finančne vzdržnosti. Da bi lahko uspešno obvladovali različna področja kakovosti, potrebujemo znanje. Znanje lahko pridobivamo na različne načine, v zadnjem času pa klasične oblike izobraževanja zamenjujejo sodobni in interaktivni pristopi, ki vključujejo tudi samostojno učenje z uporabo sodobnih informacijskih tehnologij.



Education and Culture DG

Lifelong Learning Programme

Leonardo da Vinci



V sklopu projekta vseživljenjskega učenja Leonardo da Vinci z naslovom Inovativno kontinuirano izobraževanje evropskih zdravnikov družinske medicine na področju izboljševanja kakovosti s pomočjo informacijske tehnologije, ki ga podpira Evropska komisija Leonardo pod vodstvom poljskega združenja zdravnikov družinske medicine poleg Zavoda za razvoj družinske medicine iz Ljubljane sodelujejo še štirje partnerji: Univerza v Maastrichtu iz Nizozemske, Projekt HOPE s Češke in

Skupina za kakovost v družinski medicini EQuiP. Namen projekta je razviti inovativne pristope k učenju na področju kakovosti. Cilji projekta so naslednji:

- izboljšati trenutne izobraževalne programe za zdravnike družinske medicine in učitelje v družinski medicini,
- vpeljati inovativne oblike učenja na področju izobraževanja za kakovost,
- vpeljati inovativne oblike učenja na področje izobraževanja na področju srčno-žilnih bolezni in sladkorne bolezni.

Projekt je zastavljen iz devetih sklopov, s pomočjo katerih bodo razvita orodja za učenje o kakovosti na inovativen način: vprašalnik za samooceno izobraževalnih potreb na področju kakovosti, učenje preko spleta, interaktivna delavnica o poučevanju o kakovosti in priročnik za učenje o kakovosti. Projekt ima tudi svoj aplikativni del, ki je vezan na oceno stanja srčno-žilne preventive v državah članicah projektne skupine ter izdelavo smernic za hipertenzijo in diabetes na Poljskem.

Projekt se je začel 1. 1. 2011 in se bo predvidoma zaključil konec letošnjega leta. Rezultat do sedaj opravljenega dela in načrt aktivnosti do zaključka projekta smo pregledali na 4. partnerskem sestanku, ki je bil 19. in 20. marca 2012 v Kranjski Gori. Ugotovili smo, da je projekt že prinesel prve rezultate, glede na v začetku zastavljanje cilje, ki smo jih razdelili v delovne pakete (WP-work package). Ugotovili smo, da mnoge izobraževalne ustanove v svojih učnih programih na dodiplomskem in podiplomskem študiju medicine nimajo programa za poučevanje o kakovosti.

Ocenili smo kakovost srčno-žilne preventive, ki je pokazala priložnosti za izboljšave; razvito je bilo orodje za samooceno izobraževalnih potreb na področju kakovosti, ki je na razpolago uporabnikom, pripravljajo se vsebine za spletno izobraževanje ter interaktivna delavnica za učitelje in zdravnike družinske medicine. Zbrane so vsebine za priročnik o poučevanju o kakovosti, ki bo izšel v vseh jezikih sodelujočih držav še pred koncem projekta, v katerem smo slovenski udeleženci avtorji nekaterih poglavij. Med 10. in 13. oktobrom 2012 bomo predstavniki Slovenije s pomočjo češkega partnerja organizirali delavnico o poučevanju o kakovosti v Pragi s priznanimi učitelji s področja kakovosti. Vsaka od držav partnerk ima v sklopu projekta možnost, da povabi do pet udeležencev iz države, ki bodo nato pridobljeno znanje širili med zdravniki. Projekt je preko objav in predstavitev na domačih in tujih strokovnih srečanjih postal prepoznaven in odmeven v strokovni javnosti.

Za doseganje kakovosti se je potrebno neprenehoma učiti in verjamemo, da bodo rezultati tega projekta, v kate-

rem bomo k učenju kakovosti pristopili na inovativen način, obrodili sadove in pripomogli k razumevanju bistvenih prvin na področju izboljševanja kakovosti.

Ta projekt je finančno podprla Evropska komisija v okviru programa Vseživljenjsko učenje. Ta članek vključuje poglede, ki so lastni zgolj avtorju članka, zato Evropska komisija ni odgovorna za kakršnokoli uporabo podatkov, ki jih vsebuje.

Možnosti uporabe sodobnih IT v komunikaciji z bolniki v družinski medicini – predstavitev vprašalnika za zdravnike

Polona Selič

V aplikativnem projektu ARRS L3-3647 Možnosti uporabe sredstev sodobne informacijske tehnologije (IT) v komunikaciji z bolniki v družinski medicini, ki poteka od leta 2010 na Katedri za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, preučujemo možnosti uporabe sodobnih IT (interneta, spletnih forumov in elektronske pošte) v komunikaciji z bolniki. Pri tem raziskujemo odnos

bolnikov in zdravnikov in analiziramo delovanje obstoječih spletnih stičišč, povezanih s promocijo zdravja in s svetovanjem.

Vprašalnik za zdravnike družinske medicine smo sestavili na podlagi pregleda relevantne znanstvene literature ter preskusili pri 30 zdravnikih družinske medicine od oktobra 2010 do januarja 2011. Pilotska verzija vprašalnika je bila sestavljena iz pretežno odprtih vprašanj (o uporabi osebnega računalnika, socialnih omrežjih, najpogosteje obiskanih spletnih straneh in spletnih straneh z zdravstvenimi informacijami); iz odgovorov smo v nadaljevanju oblikovali možne izbire.

Končna verzija vprašalnika obsega 56 vprašanj (sklopov), ki vključujejo podatke o splošnih demografskih značilnostih zdravnika(-ce) – starost (v letih), spol, stan, kraj bivanja (mestno, primestno ali vaško), število oseb v skupnem gospodinjstvu in število otrok v skupnem gospodinjstvu. Drugi sklop predstavljajo vprašanja o delovnem stažu v družinski medicini, zaposlitvi in lokaciji ambulante glede na velikost kraja (večje ali manjše mesto, primestno naselje ali podeželje).

Vprašanja o rabi sredstev sodobne IT se nanašajo na oceno dnevne uporabe računalnika (v urah) in namena (zasebne zadeve/hobiji, administrativne potrebe službe, izobraževanje, zabava, informiranje), število računalnikov v gospodinjstvu in njihovi morebitni souporabi in na vključenost v socialna omrežja. V nadaljevanju so zdravniki ocenjevali pogostnost uporabe osebne računalnika za razvedrilo in zabavo, izobraževanje, urejanje zasebnih zadev, urejanje službenih zadev, informiranje; pogostnost uporabe interneta in rabo interneta za pregled novic, izobraževanje, informiranje, zasebne zadeve, službene zadeve, razvedrilo in zabavo, socialna omrežja; pogostnost uporabe elektronske pošte in rabo e-pošte za službene zadeve in osebne stike; pogostnost uporabe mobilnega telefona za pogovore in rabo mobilnega telefona za osebne, službene ali družinske zadeve; pogostnost uporabe mobilnega telefona za pošiljanje sporočil (SMS) in rabo SMS za osebne, službene ali družinske zadeve; pogostost obiska spletnih mest s splošnimi informacijami in spletnih mest, ki ponujajo zdravstvene nasvete in namene obiskovanja teh spletnih mest.

Odnosu do uporabe sredstev IT v vsakdanjem življenju sledijo vprašanja o sprejemljivosti komunikacije z bolniki po telefonu, z uporabo e-pošte in SMS sporočil ter preko internetnih forumov za nujni nasvet, krajši posvet, naročanje receptov, za pogovor v zvezi s trenutnim stanjem (zdravjem), če je zdravnik sicer nedosegljiv, za naročanje ali obveščanje.

Zdravniki družinske medicine so ocenjevali tudi možne posledice rabe sodobnih IT: zlorabo podatkov, spremenjeno zaupnost, možna nesoglasja ali nesporazume, brezosebno komunikacijo in hiter potek komunikacije. Posebej pri uporabi elektronske pošte in telefona so ocenjevali, kakšen pomen ima zanje hitrejši prenos sporočil, ceno, prihranek časa, možnost, da drugače organizirajo svoje delo, možnost, da posredujejo nasvet tudi tistim bolnikom, ki redko obiskujejo ambulanto in/ali bolniki s posebnimi potrebami ali z gibalnimi omejitvami ali njihovimi svojci, ter možnost posveta za bolnike, ki so prostorsko (začasno) oddaljeni.

Pri uporabi e-pošte, telefona in SMS sporočil nas je zanimalo, kolikšen pomen v komunikaciji z bolniki pripisujejo zdravniki elementom, kot so potrditev prejema sporočila – dokazilo/potrdilo izmenjave sporočil(a); hranjenje/arhiviranje; bolj posredna komunikacija v primerjavi s komunikacijo po telefonu; dvom o zasebnosti tovrstnih izmenjav; vprašljivost zaupnosti postopka; velike možnosti zlorab; potrebna dodatna zaščita zaradi varnosti e-pošte (kriptiranje); drugačna oblika medosebne interakcije; različna dostopnost interneta in elektronske pošte; ranljivost računalniških omrežij; tehnološki izpadi; človeška napaka – preobrazbe vsebine ali pošiljanja te vsebine nepravilnim prejemnikom.

V zadnjem delu vprašalnika so zdravniki odgovarjali na vprašanja, ali bi bilo za uvajanje rabe e-pošte in telefona kot rednih načinov komunikacije med zdravnikom in bolnikom potrebno opredeliti časovni interval dostopnosti in časovni interval odzivnosti zdravnika, reorganizirati delo v ambulanti (povečati obseg dela in to ustrezno ovrednotiti, spremeniti glavarino in/ali spremeniti ordinacijski čas), vzpostaviti sistem spremljanja (arhiviranje, potrebna programska oprema v ambulanti) in ali bi na za uvedbo rabe e-pošte in mobilnega telefona pri komunikaciji s svojimi bolniki pristali.

Pri predstavljenih sklopih vprašanj so imeli anketirani na voljo za ocenjevanje 5-stopenjske lestvice Likertovega tipa, z ocenami od 1 do 5 za pogostost (*nikoli, enkrat mesečno, enkrat tedensko, do trikrat tedensko, vsak dan*), pomembnost (*povsem nepomembno; nepomembno; nevtralnno; dokaj pomembno; zelo pomembno*) in sprejemljivost (*nesprejemljivo/v celoti odklanjam; nevtralnno/sam(a) ne uporabljam; v določenih primerih; sprejemljivo v večini primerov; nadvse dobrodošlo*) posameznih postavk.

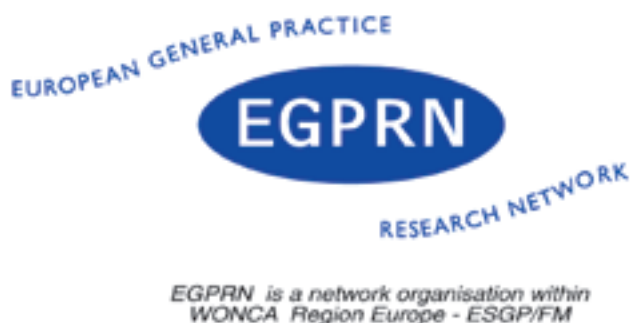
Notranjo konsistentnost sklopov vprašanj smo preverili z izračunom Cronbach Alpha (Cronbach α) koeficientov, ki so bili večji od 0,7.

Srečanje raziskovalcev v družinski medicini EGPRN

(European General Practice Research
Network) v prostorih Domus medica
med 10. in 13. majem 2012

Marija Petek-Šter, Davorina Petek

Slovenija je nekaj dni gostila najvidnejše evropske raziskovalce na področju družinske medicine, ki se povezujejo v mrežno organizacijo EGPRN. Mreža raziskovalcev EGPRN deluje v okviru Evropskega združenja družinske medicine Wonca že vse od zgodnjih sedemdesetih let prejšnjega stoletja. Srečanje je potekalo v čudovitem okolju skupnega doma vseh slovenskih zdravniških organizacij Domus medica na Dunajski 162 v Ljubljani.



V predavalnici.

Tema letošnjega spomladanskega srečanja je bila posvečena obravnavi bolnikov s kroničnimi boleznimi v družinski medicini, s poudarkom na pomenu raziskovanja in izobraževanja za doseganje visoke ravni kakovosti in varnosti obravnave kroničnih bolnikov. V Sloveniji smo lani začeli s pomembnim projektom za izboljševanje kakovosti obravnave kroničnih bolnikov, s projektom Referenčnih ambulant družinske medicine, zato nas je prav to dejstvo spodbudilo k odločitvi za temo srečanja.

Prvi dan srečanja je vedno namenjen sestankom predstavnikov izvršilnega odbora ter nacionalnih predstavnikov EGPRN in predkonferenčnim delavnicam. Letošnji sestanek nacionalnih predstavnikov je bil daljši kot običajno, saj smo veliko časa namenili prihodnosti mreže EGPRN in novim pristopom za še učinkovitejše delo organizacije, za katero želimo, da bi bila zanimiva tako za udeležence iz držav s tradicijo na področju raziskovanja v družinski medicini, kot tudi za udeležence iz držav, ki so se mreži pridružile šele v zadnjih letih.

Predkonferenčna delavnica je bila letos le ena; dopoldanski kot tudi popoldanski del delavnice pa je bil namenjen poučevanju o kakovosti v družinski medicini. Delavnico smo v sklopu Evropskega projekta Leonardo Da Vinci pod naslovom In General Practice in Quality improvement (InGPIInQI) pripravili in vodili udeleženci iz Slovenije: Janko Kersniki, Zalika Klemenc-Ketiš in Marija Petek-Šter. Udeležilo se jo je 15 udeležencev iz različnih držav.

Srečanje je oblikovano tako, da po plenarnih, vabljenih predavanjih, sledijo predstavitev raziskav in raziskovalnih idej udeležencev. Veliko časa je namenjeno razpravi, ki raziskovalcem pomeni pomoč pri dokončanju raziskovalnih projektov ali pripravi objave. Srečanja EGPRN so znana tudi po predstavitvah plakatov, ki so vodene na način, da



Janko Kersnik z udeleženci iz jugovzhodne Evrope.



Organizatoriki srečanja.

eden izmed udeležencev skupine predstavi plakat raziskovalca, ki ga je pripravil, sledijo vprašanja ter vedno živahna za avtorja in prisotne koristna razprava. Udeleženci se pri pripravi plakatov potrudijo, saj se izbira najboljši plakat, ki je nagrajen z denarno nagrado.

Srečanje predstavlja tudi možnost za delovne sestanke in načrtovanje mednarodnih raziskovalnih projektov. Letos je bilo delo v delovnih skupinah še posebno aktivno, saj so imele svoje sestanke skupine WoManPower, Family practice Depression and Multimorbidity, REP-GP Research Interest Group.

Vabljen plenarni govorca sta bila ob prof. Michaelu Wensingu iz Nizozemske, ki je govoril o pomenu raziskovanja na področju kakovosti za izboljšanje obravnave bolnikov, tudi predstojnika slovenskih kateder za družinsko medicino prof. dr. Igor Švab in prof. dr. Janko Kersnik. Prof. Igor Švab je predstavil mesto slovenske družinske medicine v evropskem prostoru, prof. Janko Kersnik pa je kot predsednik Akademije učiteljev v družinski medicini (EURACT) poudaril pomen izobraževanja za doseg visoke stopnje kakovosti obravnave bolnikov.

Pri izvedbi srečanja EGPRN smo organizatorji aktivno sodelovali z Zdravstvenim domom Ljubljana. Prof. Švab je med drugim v svojem plenarnem predavanju predstavil tudi projekt referenčnih ambulat družinske medicine kot model sistematičnega strukturiranega vodenja kroničnih bolezni z namenom izboljšanja kakovosti našega dela. Udeleženci so si kasneje lahko nekaj ambulant družinske medicine tudi ogledali in se pogovorili z zdravniki. Zdravniki so goste prijazno sprejeli in jim razkazali Zdravstveni dom Ljubljana in zasebne ambulante ter odgovarjali na številna vprašanja o organizaciji in načinu dela. Hkrati so lahko izmenjali izkušnje z udeleženci iz držav, ki so podobne programe uvedle pred leti in imajo z njimi že prve izkušnje. Referenčne ambulante družinske medicine kot



Prof. Igor Švab in prof. Eva Hummers-Praddier, predsednica EGPRN.

nova organizacijska oblika so vzbudile veliko pozornost pri udeležencih iz držav, kjer še nimajo izkušenj s sledenjem kakovosti dela na primarnem nivoju.

Srečanja se udeležilo 120 raziskovalcev, med katerimi je bilo tudi deset slovenskih udeležencev, ki so predstavili svoje raziskovalne projekte; mnogi med njimi ideje za svoje raziskave ali pa že preliminarnе rezultate doktorskih nalog. Srečanje je bila priložnost za domače raziskovalce, da s pomočjo izkušenih raziskovalcev iz tujine izoblikujejo svoje raziskovalne projekte in pripomorejo k dvigu kakovosti raziskovanja v Sloveniji. Aktivni udeleženci iz Slovenije so bili naslednji: Janez Rifel, Eva Cedilnik-Gorup, Irena Makivić, Tatjana Cvetko, Suzana Kert, Aleksander Stepanovič, Davorina Petek in Marija Petek-Šter.

Srečanje je odlično uspelo, strokovno in organizacijsko. Mnogi udeleženci so se nam osebno zahvalili za odlično organizacijo in prijetno druženje ob ogledu naših ambulant ter večerni zabavi s plesom v prijetnem okolju turistične kmetije Fajdiga na obrobju Ljubljane.

Srečanje smo organizirali ob podpori in pomoči številnih sodelavcev in organizacij, med katerimi velja še posebej omeniti osebje Zdravniške zbornice Slovenije, Zdravstveni dom Ljubljana, Zavod za razvoj družinske medicine, Združenje zdravnikov družinske medicine, Medicinsko fakulteto Univerze v Ljubljani ter farmacevtske sponzorje, in sicer Pfizer, Boehringer Ingelheim, Krko, Bayer HealthCare in AstraZeneca, ki so nam finančno pomagali pri organizaciji srečanja

Arterijska hipertenzija in prekinitev dihanja (apneje) med spanjem

Katarina Lucija Glas, Marko Kolšek, Leja Dolenc-Grošelj

tijo in druge facio-kranialne nepravilnosti. Avskultatorno pregledamo tudi pljuča in srce. Bolniku izmerimo telesno višino in težo za določitev indeksa telesne mase (ITM) in obseg vratu.

Preiskave

- Polisomnografija (PSG) je »zlati standard« za diagnozo sindroma OSA. Sindrom OSA je definiran z indeksom AHI (število apnej in hipopneji na uro spanja). Normalna vrednost AHI je do 5, od 6 do 15 govorimo o blagi apneji, od 16 do 30 zmerni, pri AHI > 30 pa o hudi apneji med spanjem. Vrednosti AHI nad 20 imajo nedvomno škodljive posledice za zdravje in počutje človeka⁽⁷⁾.
- Poligrafija (PG) ali prenosno monitoriranje v domačem okolju je možnost za diagnosticiranje sindroma OSA, ki omogoča, da ostane manj sindromov apneje nediagnosticiranih. Vključuje merjenje pretoka zraka, dihalnega napora in pulzno oksimetrijo ali tudi 24-urno merjenje EKG (Holter) ter EEG (preiskava je možna v Bolnišnici Golnik ali na Inštitutu za klinično nevrologijo – IKN)⁽¹¹⁾.

SMISELNI UKREPI PRI BOLNIKI S SINDROMOM OSA (2, 10-12)

- Spodbuda k odstranjevanju dejavnikov tveganja za srčno-žilne bolezni in k zdravemu načinu življenja. Priporočamo:
 - znižanje prekomerne telesne teže (ITM pod 25),
 - redno telesno aktivnost (vsaj pol ure dnevno),
 - prenehanje kajenja,
 - izogibanje pitju alkohola (zlasti pred spanjem) ali vsaj upoštevanje meje »manj tveganega pitja alkohola« (za moške ne več kot 2 merici alkohola na dan, za ženske pa pol manj, to je ne več kot eno merico alkohola na dan);
- Higiena spanja – pozicijska terapija (spanje na boku; tisti, ki so navajeni spati na hrbtu, si lahko pomagajo tako, da si na hrbtni del pižame naši jejo predmet, ki otežuje spanje na hrbtu);
- Nosni dekongestivi – terapija ob prehodnih težavah z nosno sluznico;

Arterijska hipertenzija ali zvišan krvni tlak je pomemben dejavnik tveganja za srčno-žilne bolezni, ki so najpogostejši vzrok smrti. Pri primarni oz. esencialni obliki vzrok ni znan, sekundarno obliko pa lahko povzročajo različne bolezni ali motnje (npr. bolezni ledvic, endokrinih/hormonskih, živčevja, žilja). Pri večini sekundarnih oblik hipertenzije vzroke zanjo lahko zdravimo ali odpravimo⁽¹⁾. Med sekundarnimi vzroki imajo lahko pomembno vlogo motnje dihanja med spanjem – apneje, ki po podatkih v literaturi v 20–30 % prispevajo k razvoju arterijske hipertenzije^(2,3). Najpogosteje gre za obstruktivno apnejo med spanjem (obstructive sleep apnea – OSA). V času kratkih prebujanj ob OSA pride do vzburjenja simpatičnega živčnega sistema in dviga krvnega tlaka. Kronično to vodi v razvoj arterijske hipertenzije⁽⁴⁾. Čeprav vpliv apnej na dvig krvnega tlaka ni velik (apneja lahko povzroči trajni dvig krvnega tlaka za 5–10 mmHg⁽⁵⁾), je OSA pomembna entiteta zaradi povezave z naslednjimi kroničnimi boleznimi in akutnimi stanji: sladkorna bolezen^(4,6,7), miokardni infarkt, možganska kap in srčne aritmije⁽⁴⁾, debelost⁽⁸⁾, depresija^(4,6), GERB⁽⁸⁾ in metabolični sindrom⁽⁸⁾. Obstruktivna apneja med spanjem (OSA) je pogosto spregledan dejavnik tveganja za arterijsko hipertenzijo (v 80–90%)⁽⁹⁾, čeprav se po raziskavah lahko ob pravočasnem odkritju in ukrepanju OSA krvni tlak normalizira⁽¹⁰⁾. Zato je smiselno pri vsakem bolniku (z novoodkritim povišanim krvnim tlakom in tudi pri bolnikih

z že znano arterijsko hipertenzijo) v diagnostiko poleg že uveljavljenih vprašanj, pregledov in preiskav v skladu s smernicami vključiti tudi usmerjena vprašanja, ki pomagajo odkriti OSA.

SIMPTOMI IN ZNAKI OSA

Najpogostejši simptomi in znaki za apneje v spanju **pri odraslih** bolnikih so: glasno smrčanje, prekinitev dihanja, nikturija, zbujanje z izrazito suhimi usti ali jutranjimi glavoboli, težave s koncentracijo in posledična pretirana dnevna zaspanost^(4,11).

DIAGNOSTIKA OSA

Anamneza

Ob simptomih in znakih, ki govorijo o motnjah dihanja med spanjem, je med najpomembnejšimi anamnestičnimi ali heteroanamnestičnimi podatki smrčanje, ponavljajoče se prekinitev dihanja med spanjem (s trajanjem več kot 10 s) in posledična prekomerna dnevna zaspanost. V tem primeru bolnik izpolni Epworthovo lestvico zaspanosti – nad 10 točk kaže na OSA.

Vprašalnik je dosegljiv na www.zaspan.si, vključen je tudi v poglavje o Motnjah dihanja med spanjem v slovenskem učbeniku Interna medicina⁽²⁾.

Klinični status

Pomemben je natančen pregled zgornjega dela dihalne poti, s katerim iščemo deviacijo nosnega pretina, nosno polipozo, povečane mandlje in/ali žrelnico, nizko položeno mehko nebo z dolgo uvulo, ki sega za koren jezika, mikro- ali retrogna-

- Ustrezne napotitve glede na ugotovljene spremembe:
 - V primerih sovpadanja OSA z astmo, KOPB ali Mb. Pickwick je smiselna napotitev k specialistu internistu pulmologu (Bolnišnica Golnik).
 - K specialistu nevrologu (Ambulanta za motnje spanja, IKN) napotimo tiste bolnike, pri katerih obstaja sum na kardiovaskularne motnje zaradi možnih centralnih apnej med spanjem.
 - K otorinolaringologu napotimo bolnike s spremembami v področju nosu in žrela, nekatere s facio-kranialnimi spremembami pa lahko k maksilo-facialnemu kirurgu ali ortodontu.

Klinični specialisti lahko na različne načine zmanjšajo težave ali celo preprečijo nočne apneje s pomočjo:

- oralnih aparatov – pripomočki za potiskanje spodnje čeljusti navzpred (pri anatomskih nepravilnostih – predpisujejo jih specialisti ortodonti);
- kirurških posegov (opravljajo jih specialisti otorinolaringologi, maksilo-facialni kirurgi);
- predpisa aparata za pomoč pri dihanju med spanjem: CPAP (predpisujejo specialisti internisti pulmologi in nevrologi).

Bolniki s prekomerno dnevno zaspanostjo po Zakonu za voznike (v veljavi od 1. 7. 2011) ne smejo upravljati

motornih vozil. Te bolnike je po 81. členu tega Zakona potrebno napotiti k pooblaščenemu specialistu medicine dela, prometa in športa (MDPŠ) ter opraviti usmerjeno diagnostiko. Če so bolniki z OSA zdravljeni in redno uporabljajo dihalni CPAP aparat med spanjem, na Inštitutu za klinično nevrofiziologijo (IKN) opravijo kontrolne objektivne teste prekomerne dnevne zaspanosti. Nato na podlagi rezultatov testov specialist MDPŠ opredeli, ali je bolnik sposoben za vožnjo z motornimi vozili ali ne⁽¹¹⁾.

LITERATURA

1. Bulc M, Žagar NA, Jeranko KM. Arterijska hipertenzija. V: Družinska medicina. Ljubljana; 2002. Str. 348–58.
2. Gabrijelčič J, Fležar M. Bolezni zaradi motenj uravnave dihanja med spanjem. V: Košnik M, Mrevlje F, Koželj M, Černelč P. Interna medicina. 4. izd. Ljubljana; 2011. Str. 495–9.
3. Pialoux V, Glen E, Foster GE, Ahmed SB, Beaudin AE, Patrick J, Hanly PJ, Poulin MJ. Losartan abolishes oxidative stress induced by intermittent hypoxia in humans. *The Journal of Physiology*. 2011. 589. Str. 5529–5537.
4. Obstructive sleep apnea (editorial). *International classification of sleep disorders*. American academy of Sleep medicine; 2005. Str. 51–5.
5. Harrison's online. Diseases of the respiratory system – Sleep apnea. Dosegljivo 7. 4. 2012 na <http://accessmedicine.com/resourceTOC.aspx?resourceID=4>
6. Sleep apnoea and type 2 diabetes (editorial), International diabetes federation. Dosegljivo na: <http://www.idf.org/sleep-apnoea-and-type-2-diabetes>
7. Gabrijelčič J, Motnje dihanja med spanjem in sladkorna bolezen, Golniški simpozij; 2010. Str. 12–3. Dosegljivo na: www.klinika-golnik.si/uploads-klinika-golnik-files-gs_2010_zbornik.pdf.
8. Wolk R, Somers VK. Cardiovascular consequences of obstructive sleep apnea. *Clin Chest Med*; 2003. 24:195–205.
9. Phillips BG, Somers VK, Hypertension and Obstructive Sleep Apnea, *Current Hypertension Reports*; 2003. 5:380–5.
10. Silverberg D, Iaina A, Oksenberg A. Treating Obstructive Sleep Apnea Improves Essential Hypertension and Quality of Life, *Am Fam Physician*; 2002. 15; 65(2):229–37.
11. Glas KL, Dolenc GL, Kolšek M. Nezdravljene prekinitve dihanja med spanjem (apneje) lahko vodijo v kronične bolezni. *Isis*. V tisku 2012.
12. Pickering TG. Sleep apnea and hypertension: epidemiology of sleep apnea and hypertension. Dosegljivo na: http://www.medscape.com/viewarticle/445179_2.
13. Wadden T, Pories W, Blair S, Hubbard VS. National Heart, Lung, and Blood Institute. Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. NIH Publication number 00-4084; 2000. Str. 16–7.

Vloga zdravnika družinske medicine pri umirajočem bolniku

Monika Poznič

86-letni bolnik Ž. Z. s stanjem po pljučni emboliji leta 2008, s primarno tromboprofilakso na varfarinu (Marevan) zaradi fibrilacije atrijev, z arterijsko hipertenzijo, s kroničnim pljučnim srcem in z znano kronično respiratorno odpovedjo s trajnim zdravljenjem s kisikom na domu 1–2l/ minuto je prišel 19. 3. 2012 v spremstvu žene Ž. N. v ambulanto zdravnika družinske medicine. Povedal je, da je prejšnji dan nenadoma zbolel, izmeril si je temperaturo 39 °C, tresla ga je mrzlica, počutil se je oslajljeno, težje je dihal. V ambulanti je bil izmerjen RR 151/93 mmHg, pulz 102/min, SpO₂ 86% z dodanim kisikom preko BNK 2l/min, TT 38,6 °C, avskultatorno je bilo dihanje malo tišje. Bolnik je bil pod sumom na pljučnico z rešilnim vozilom napoten v Urgentno ambulanto za nalezljive bolezni in vročinska stanja. Glede na klinično sliko in opravljene preiskave (laboratorij, RTG pljuč) so menili, da bi bila potrebna hospitalizacija, vendar jo je bolnik odklonil, s tem se je strinjala tudi žena. Predpisan mu je bil antibiotik moksifloksacin (Avelox 400 mg tbl.) in oseltamivir (Tamiflu 75 mg 2 × 1 tbl.), saj bi lahko klinična slika govorila tudi za gripo (proti gripi ni bil cepljen). Ob prihodu žene v ambulanto je le-ta povedala, da bolnik ne želi prejemati predpisanih zdravil. Po pogovoru in posvetu z ženo zdravnik družinske medicine predpiše bolniku tramadol (Tramal sol. a 96 ml 3 × 4/dan) ter kasneje tudi morfin (Sevredol 10 mg tbl./4 h + 10 mg p. p.) za lajšanje bolečin in trpljenja. Ves čas je prejemal kisik preko BNK 1–2l/min, na domu ga je večkrat obiskala patronažna sestra. Bolnik je doma preminil 28. 3. 2012.

UVOD

Smrt je sestavni del človekovega življenja, kljub temu pa težimo k temu, da bi jo preprečili ali preložili. Umiranje zajema obdobje človekovega življenja od končane diagnostične obdelave, s katero zdravnik ugotovi neozdravljivo bolezen, ki bo v kratkem povzročila smrt, pa vse do smrti. Čeprav sta huda bolezen in smrt del našega življenja, bolniku in njegovi družini vselej prinašata veliko stisko. Tu igra pomembno vlogo tudi zdravnik družinske medicine. Le-ta je lahko bolniku s terminalno boleznijo in njegovi družini v veliko pomoč in oporo, če poleg strokovnega znanja dobro obvlada večšine sporazumevanja pri sporočanju slabe novice, načrtovanja zdravstvene oskrbe, sporočanja o smrti ljubljenе osebe in svetovanja v obdobju žalovanja.

Dolžnost zdravnika je, da neozdravljivo bolnega ne zapusti; mu priskrbi ustrezno strokovno oskrbo (telesno in duševno), svetuje družini umirajočega in spoštuje bolnikovo samostojnost in pravico, da sam izbere način zdravljenja. Umirajoči prav gotovo ne potrebuje zahtevnih in agresivnih preiskav ali aktivnega zdravljenja ogrožajoče bolezni. Zdravnik je dolžan lajšati bolečine in trpljenje.

PALIATIVNA OSKRBA

Paliativna oskrba je aktivna in celostna oskrba, nega in spremljanje bolnikov od trenutka, ko se njihova bolezen ne odziva več na kurativno zdravljenje ali pa le-tega posameznik ne želi več. Ta se osredotoča predvsem na obvladovanje bolečine, utrujenosti, slabosti, kot tudi na psihološke, socialne in duševne stiske. Ne usmerja se samo na bolnika in njegove potrebe, temveč tudi na oskrbo bolnikove družine in vseh žalujočih.

Bolnik, ki potrebuje paliativno oskrbo, predstavlja za zdravnika družinske medicine izzive, ki se nanašajo na več področij njegovega dela:

- ustrezno klinično znanje (strokovni članki in priporočila s tega področja),
- organizacija dela (uskladitev celotne ekipe: klinični specialisti, patronažna medicinska sestra, fizioterapevt, delovni terapevt, psiholog, socialni delavec, prostovoljci),
- spoštovanje človeškega dostojanstva in sporazumevanje z bolnikom,
- podpora družinskim članom.

SPORAZUMEVANJE Z UMIRAJOČIM IN NJEGOVO OKOLICO

Sporočanje slabe novice zahteva primerno okolje, čas, aktivno poslušanje, sposobnost vživljanja v bolnikovo stisko in poštenost, saj na vsa vprašanja ne vemo odgovorov. Kadar bolniku grozi smrt, je zdravnikova dolžnost, da o tem obvesti njegovo družino, če se bolnik sam ni odločil drugače. Bližajoča se smrt je velik stresor za družino. Zelo je pomembno, da zdravnik prisluhne težavam svojcev, jim nudi čustveno oporo jim pomaga pri prilagajanju na spremembe, saj lahko s tem prepreči razvoj morebitnih psihičnih ali telesnih simptomov pri svojcih. Zdravnik družinske medicine, ki pozna bolnika in družino, razume družinske težave in potrebe, lažje najde pravi način sporočanja.

V pomoč so mu naslednja priporočila:

- Vzame naj si čas za odkrit pogovor z bolnikom o diagnozi, zdravljenju in napovedi poteka bolezni. Nikar naj ne prikriva resnice. Biti mora čim bolj jasen.
- Odkriti mora, koliko bolnik že ve o bolezni in koliko še želi izvedeti. Nikoli naj mu ne pove več, kot želi izvedeti.
- Poskuša naj odkriti, kakšna so bolnikova čustva, strahovi in skrbi.
- Informacij o bolnikovi bolezni in prognozi ni zdravnik upravičen dajati nikomur drugemu kot bolniku. Na privolitev bolnika, pa lahko zdravnik obrazloži zdravstveno stanje svojcem.
- V pogovoru z umirajočim ali s sorodniki sta pomembni tako besedna kot čustvena raven sporazumevanja (telesna govorica, dotik, stik z očmi).
- Svojce je treba opogumljati in jim dati možnost, da spregovorijo tudi o svoji stiski.
- Pusti naj ljudem upanje. Skupno naj odkrijejo razlog za optimizem, npr. upanje na smrt s čim manj bolečinami.
- Svojcem in bolniku naj zdravnik nikoli ne napoveduje, kako dolgo bo še živel.
- Ne sme pristati na prikrivanje resnice, če jo od njega zahteva družina.
- Zdravnik naj se nauči prepoznati znake zanikanja pri družinskih članih in bolniku. Nekateri ljudje nočejo sprejeti dejstva o naravi bolezni, zato je zanikanje njihov obrambni mehanizem.
- Nikoli ne sme pristati na spodbujanje neresničnih pričakovanj.
- Zdravnik naj aktivno posluša in naj ohrani čustveno stabilnost.
- Jasno naj sporoči svojo pripravljenost pomagati.
- Prepozna naj ranljive družinske člane, ki bi utegnili razviti psihične ali telesne simptome, ter jim s pogovorom in prerazporeditvijo nalog poskuša pomagati.
- Sporočilo o smrti ljubljene osebe je najbolje sporočiti v neposrednem stiku in to čim prej. Sporočati je treba čuteče, izrečemo sožalje, a ne uporabljamo besed »žal mi je«, ker zvenijo kot opravičilo.

- Družini da priložnost, da se poslovi od umrlega.
- Pojasni vzrok smrti in najbližjim odgovori na morebitna vprašanja. Dopusti, da pridejo na dan tudi močnejša čustva. Svojcem rutinsko NE daje pomirjeval.

VODENJE NAJPOGOSTEJŠIH ZDRAVSTVENIH TEŽAV UMIRAJOČEGA BOLNIKA

Umirajočega bolnika najpogosteje pestijo hude bolečine. Bolečina močno vpliva na duševno stanje bolnika, s tem pa tudi na njegove odnose in stike z okolico, zato je včasih smiselno dodati medicinskemu zdravljenju tudi podporno psihološko terapijo.

Za lajšanje bolečin uporabimo čim preprostejšo obliko dajanja zdravila. Izbira analgetika je odvisna od jakosti bolečine. Ker je izrazito subjektiven simptom, bolnik oceni bolečino na vizualni analogni lestvici (VAS) SZO, ki je vodilo za uporabo analgetikov:

1. zmerna bolečina: periferni analgetiki (NSAID, paracetamol),
2. srednja bolečina: dodamo blage opiatne analgetike (kodein, hidromorfon, tiamadol),
3. močna bolečina: močni opiatni analgetiki (morfin, metadon).

Pri vseh stopnjah bolečine lahko dodajamo še triciklične antidepressive ali kortikosteroide, ki okrepijo učinek analgetikov.

Pri bolniku, ki je zaradi bolezni dihal zdravljen s kisikom na domu, le-to zdravljenje nadaljujemo. Zdravljenje s kisikom na domu je trajno dodajanje kisika vdihanemu zraku v trajanju več kot 30 dni izven bolnišnice. Cilj takšnega zdravljenja je zmanjšanje dispneje, zboljšanje nevropsihičnih funkcij, preprečevanje hipoksemičnih okvar organov in preprečevanje popuščanja kroničnega pljučnega srca.

NALOGE ZDRAVNIKA, KO ČLOVEK UMRE

Pred odhodom na mrliški ogled si je dobro ogledati medicinsko dokumentacijo umrlega. Pri mrliškem ogledu mora zdravnik ugotoviti smrt, njen čas in osnovni vzrok, neposredni vzrok in način smrti ter izključiti samomor ali nasilno dejanje. Ogled običajno opravi dežurni zdravnik in ga ne more odkloniti. Opraviti ga je treba praviloma na kraju smrti. Po opravljenem ogledu je treba poskrbeti, da je truplo v spoštljivem in dostojnem položaju, z zaprtimi očmi in usti. Pokop mrliča je dovoljen šele takrat, ko je zdravnik izpolnil Zdravniško potrdilo o smrti in poročilo o njenih vzrokih. Pred upepelitvijo je treba obvezno opraviti še kontrolni mrliški ogled. Potrebna je prijava smrti za vpis v Knjigo umrlih na pristojnem matičnem uradu na upravni enoti.

LITERATURA

1. Zdravstveni karton splošne prakse bolnika Ž. Z.
2. Kersnik J. Osnove družinske medicine. Maribor: Medicinska fakulteta; 2007.
3. Zalika Klemenc-Ketiš et. al. Praktikum družinske medicine. Maribor: Medicinska fakulteta; 2011.
4. Zbornik predavanj; Obravnava bolnika s kronično internistično boleznijo v ambulanti zdravnika splošne medicine. Ljubljana: Medicinska fakulteta; 1995.
5. Mazej B, Palipenko K, Kersnik J. Umirajoči bolnik in zdravnik družinske. Med razgl 2008; 47: 403–10.

REKLAMA 5

Strokovna srečanja Združenja zdravnikov družinske medicine

Spletni portal www.e-medicina.si

Rajko Vajd

32

Združenje zdravnikov družinske medicine vsako leto prireja številna strokovna srečanja, ki so namenjena zdravnikom, medicinskim sestram in tudi farmacevtom, ki se srečujejo z bolniki, ki so obravnavani na primarni ravni zdravstvene oskrbe. Strokovna srečanja si sledijo v stalnem zaporedju in približno v istih terminih, tako imamo tradicionalno najpomembnejše srečanje Schrottove dneve okoli tretjega tedna v marcu, prvi ali drugi

teden v aprilu so Kokaljevi dnevi in Strokovno srečanje timov zadnji teden v maju. Po poletnih mesecih in dopustu so na sporedu: manjše srečanje v Pomurju, septembrski Zadravčevi dnevi, oktobrski Fajdigovi dnevi, na dve leti se novembra izmenjujeta Majhnov dan in Mariborski kongres družinske medicine. Poleg naštetih šestih srečanj Združenje organizira še štiri učne delavnice za mentorje specializantom družinske medicine od decembra

do marca vsakega leta in mednarodno EURACT-ovo delavnico za učitelje družinske medicine na Bledu. Zdravniki specialisti družinske in splošne medicine se zavedamo pomena stalnega obnavljanja znanja in pridobivanja novih informacij s področja medicine in farmakoterapije, ki jih potrebujemo za vsakodnevno delo s svojimi bolniki. Le malokdaj gledamo na obisk srečanja za pridobivanje obveznih 75 licenčnih točk za podaljšanje licence, saj le-te zlahka dosežemo z enim oz. dvema obiskoma na omenjenih srečanjih letno. To dokazuje tudi dober obisk na kongresih in srečanjih zdravnikov družinske medicine v zadnjem času, ko v marsikaterem zavodu varčujejo tudi na račun sredstev za izobraževanje. Vse do letošnjega leta in skozi desetletja smo morali zdravniki za vsa zgoraj omenjena srečanja čakati na objave v zborničnem glasilu ISIS in na vabila, ki so jih pošiljali organizacijski odbori posameznih srečanj. Slednji so se pogosto izgubili med množico bolj ali manj zaželene pošte v naših ambulantah. Med vsemi novicami smo jih našli na spletni strani www.drmed.org.

www.e-medicina.si

Ker se na področju informatike v zadnjih dvajsetih letih vse vrsti bolj ali manj okoli interneta, smo se v Združenju odločili, da obstoječi spletni izobraževalni portal www.e-medicina.si nadgradimo v eno in edino vstopno točko za vsa naša srečanja. Omenjeno spletno mesto je sedaj bogatejše in ponuja informacije o srečanjih in

The screenshot shows the homepage of the e-medicina portal. At the top, there is a navigation bar with links for 'domovna stran', 'kontakti', 'registracija', and 'prijava'. Below this is a main banner with the text 'Izšla je nova številka Družinske medicine' and a background image of autumn leaves. To the left of the banner are five menu items: '1. str. Zakaj (p)ostati mentor?', '2. str. Nov učbenik družinske medicine', '3. str. Zaprte', '14. str. Miša mirenčna ambulanta', and '25. str. Novosti na temo e-medicina.si'. Below the banner are three main sections: 'SPLETNO STROKOVNO IZOBRAŽEVANJE' with a 'Registriraj se' button, 'AKTUALNO' with a 'Prejeto' button, and 'STROKOVNA SREČANJA ZDZM' which contains a table of events.

Naziv srečanja	Datum	Kraj
28. Učne delavnice za mentorje družinske medicine – Obsej in poslušanje v profesionalnem v DM	13. - 14.01.2012	Ljubljana
28. Učne delavnice za mentorje družinske medicine – Obsej in poslušanje v profesionalnem v DM	10. - 11.02.2012	Štore
15. Schrottovi dnevi – Novosti v zdravstvu	16. - 17.03.2012	Ljubljana
12. Kokaljevi dnevi	13. - 14.04.2012	Ljeto
26. Strokovno srečanje timov 2012	25. - 26.05.2012	Ljubljana
3. Zadravčevi dnevi – Sodelovanje strovnika družinske medicine z različnimi institucijami	17. - 18.09.2012	Mariborska Toplica
21. Mednarodni (EURACT) tečaj na Bledu	18. - 22.09.2012	Bled
14. Fajdigovi dnevi	19. - 20.10.2012	Kranjske Gore
7. Mariborski kongres družinske medicine	23. - 24.11.2012	Maribor

Projekt je omogočil Zavod za razvoj družinske medicine ©2012 E-Varni

Vstopna stran www.e-medicina.si.

je še vedno pomemben del sistema strokovne izobraževalne teme. Na spletni strani se lahko prijavimo in prebiramo različne strokovne teme; najdemo tudi zadnjo številko časopisa Družinska medicina. Pod tem delom za prijavo so na osnovni strani v tabeli našeta vsa strokovna srečanja. S klikom na zelenega, dobimo o njem natančnejše informacije. Te so razdeljene na tri poglavja, in sicer Splošne informacije, Strokovni program in Prijava na srečanje. Na ta način lahko po novem zdravniku preko celega leta pridobimo informacije o prihajajočih tradicionalnih srečanjih. Informacije so zapisane kratko in jedrnatno v enotni obliki, kar poenostavi informiranje naših uporabnikov in udeležencev srečanj.

Elektronska prijava

Glavna novost je popolna avtomatizacija in poenostavitev prijave na srečanje. Do letošnjega leta smo morali pošiljati prijave po pošti na tajništvo posameznega srečanja. S tem smo tvegali številne nevšečnosti, od tega, da se je pošta založila do banalnega, a ne tako nepomembnega, napačnega pretipkanja Vašega priimka ali imena. Uvedena je enostavna in enotna prijavnica za srečanja, ki se razlikuje le v tem, pri katerem srečanju na spletni strani jo oddamo, v glavi se loči le po barvi menijev in imenu srečanja. Tovrstna oblika je edina možnost prijave na srečanje pred njegovim pričetkom, seveda pa je še vedno možna prijava na mestu registracije na dan srečanja. Do danes smo z omenjenim novim sistemom izpeljali vsa tri pomladanska srečanja brez večjih težav. Menimo, da se je sistem že dobro prijel med našimi zdravniki. Seveda pa smo na tej poti imeli posamezne težave, ki pa smo jih do danes poizkušali rešiti. Opravičili bi se radi dvajsetim zdravnikom, ki so se na Schrottove dneve morali prijaviti dvakrat, ker smo imeli en dan izpad

5. ZADRAVČEVI DNEVI
14. IN 15. SEPTEMBER 2012, MORAVSKE TOPLICE
POLIFARMAKOTERAPIJA IN DOPOLNILNE METODE ZOBRAVLJENJA V MEDICINI

Splošne informacije
Srečanje je namenjeno zdravnikom družinske medicine in farmaceutom. S pomočjo dolo po skupinah bomo skušali obogatiti naše znanje in odgovoriti na dileme, s katerimi se srečujemo pri obravnavi različnih bolnikov.

Organizator
Ana Artnak
Katedra za družinsko medicino
Medišinska fakulteta Ljubljana
Mojstevski most 58, a. p. 2218
SI-1004 Ljubljana
E-pošta: kabros@mf.uni-lj.si
Internet: www.e-medicina.si/
Telefon: 01/438 69 15
Faks: 01/438 69 12

Organizator
Hotel Ajda – Sava Hotels & Resorts
Kranjske ulice 12
SI-8226 Moravske Toplice
E-pošta: info@ajda.com
Internet: www.ajda-hotels-resorts.com
Telefon: 07/ 512 22 00
Faks: 07/ 548 06 07

Udeležba na srečanju

Zdravniki	100 €
Študenti, pripravniki, upokojeni zdravniki ¹	100 €
Študenti, pripravniki, upokojeni zdravniki ¹	Brezplačno

Cena ne vključuje ZON DDV-ja.
¹ Brezplačno udeležbo na predavanjih. Na vojo je omejeno število mest, zato priporočamo zgodnjo prijavo.

V ceno vključuje:

- udeležbo na predavanjih
- zbornik predavanj
- prigrizov med sedenji
- parkirnino kolesa
- potnilno 22% o balnih

Registracija udeležencev bo v avli Poslovnega centra hotela Ajda petek, 14. septembra 2012, od 7.30 do 9.00. Registracijski pult bo v sklopu sedenja v petek do 18. ure in nato v soboto, 15. septembra 2012, od 8.00 do konca srečanja.

Projekt je omogočil Zavod za razvoj družinske medicine ©2012 Elson

Splošne informacije.

5. ZADRAVČEVI DNEVI
14. IN 15. SEPTEMBER 2012, MORAVSKE TOPLICE

Strokovni program

14.09.14.00 – 14.09.14.05 Otvoritev srečanja

14.09.14.05 – 14.09.14.10 Kdaj in kako zdraviti, da ne bošrdi?
Neva Artnak

14.09.14.10 – 14.09.14.15 Samozdravljenje v Sloveniji, razčlenitev in oblika
Janko Kavcic

14.09.14.15 – 14.09.14.20 Komplementarne metode zdravljenja, njihova uporaba bolniki v Sloveniji
Petra Čuč, Alenka Zdravac, Mojca Maršič

14.09.14.20 – 14.09.14.25 Je razpisovanje alternativnih metod zdravljenja (zahki) h-Dnev Fizekovih pravi ali pomni? Je razpisovanje kladne medicine?
Zvezka Čučulac Prizma

14.09.14.25 – 14.09.14.30 Odmor

14.09.14.30 – 14.09.14.35 Polifarmacija – strokovni in javni izvidni izrazi?
Anja Farič, Jana Blah

14.09.14.35 – 14.09.14.40 Razloženje farmakoterapije
Marta Zvejan

14.09.14.40 – 14.09.14.45 Pomen poznavanja interakcij med zdravili predpisanimi na recept in zdravili brez recepta ali prehransko dopolnila
Alenka Prerad Maršič

14.09.14.45 – 14.09.14.50 30 sodržnih zdravilnih substanc – primeri iz prakse
Irena Brožič, Zvezka Čučulac Prizma

14.09.14.50 – 14.09.14.55 Odmor

14.09.14.55 – 14.09.15.00 Prizem bolnika
Ana Artnak

14.09.15.00 – 14.09.15.05 Motivacija za spremembe – za odločanje pri zdravljenju in jemanju predpisane terapije
Olga Babec Zdravac

Strokovni program.

5. ZDRAVČEVI DNEVI
14. IN 15. SEPTEMBER 2012, MORAVSKE TOPLICE

Prijava na srečanje

VARNOSTNA PRAVILA

Vrsta udeleženca:
 Udeleženec
 Predavatelj

RESULTE E-POSREDOVANJE

Ime: _____
 Priimek: _____
 Ulica: _____
 Poštna številka: _____
 Kraj/Mesto: _____
 Datum rojstva: _____
 E-naslov udeleženca: _____

Status udeleženca:
 Zdravnik
 Specializant DM
 študent
 Farmacevt
 Ostalo
 SMS/XT
 VMS/DMS

RESULTE E-POLNOMOČENJE

Naslov: _____

INSTRUKCIJE ZA PRAVILNO PRAČANJE

Uporabite prijavnico na vaši levi in potrdite vnos s klikom na tipko **Oddaj prijavo**. S tem boste uspešno prijavljeni na kongres, o čem boste po uspešni potrditvi na vaš elektronski naslov prejeli potrdilo.

Po končanem kongresu bomo plačnika izstavili račun za plačilo kotizacije.

Prijavnica.

delovanja sistema. Slednja napaka je bila odpravljena.

Največ problemov nam povzroča to, da uporabnik ne dobi potrditve o oddani prijavi na srečanje. Najpogosteje se zgodi, da je dostavljena pošta v mapi neželene pošte ali pa nam jo prestrežejo varnostni mehanizmi za obrambo, nameščeni na službenih strežnikih za elektronsko pošto. Naši programerji se trudijo, da bi potrditvena pošta bila sestavljena iz elementov,

da jih zgoraj omenjena varnostna sistema ne bi prepoznala kot nezaželeno pošto.

Prosimo vse, ki potrditve niso prejeli, da nam pišejo na elektronski naslov info@e-medicina.si in sporočili vam bomo, če ste prijavljeni. Nič pa ni narobe, če se pomotoma ali namenoma prijavite še enkrat, saj bo upoštevana le ena prijava.

Vabimo vse, da se nam z vprašanji, s komentarji in s pobudami javijo na

elektronski naslov info@e-medicina.si, z veseljem bomo odgovorili. V primeru hujših težav vam nudimo tudi telefonsko pomoč.

Vabljeni na spletni portal www.e-medicina.si, trudili se bomo, da bo imel čim več koristnih informacij za naše zdravnike.



Program strokovnih srečanj Združenja zdravnikov družinske medicine v letu 2011

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 2012

KAJ 5. Zdravčeve dneve – Polifarmacija in dopolnilne metode zdravljenja v medicini

KDAJ 14.–15. 9. 2012

KJE Hotel Ajda, Moravske Toplice

KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine in specializante družinske medicine

KDO ORGANIZIRA

Medicinska fakulteta Maribor,
Medicinska fakulteta Ljubljana,
Združenje zdravnikov družinske medicine,
Asist. dr. Zalika Klemenc-Ketiš, dr. med.
Asist. mag. Erika Zelko, dr. med.
Prof. dr. Janko Kersnik, dr. med.
Prim. doc. dr. Danica Rotar-Pavlič, 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

KANDIDATI 60

KOTIZACIJA 100 € (DDV ni vključen)

KAJ 21. mednarodni EURACT tečaj na Bledu: Učenje in poučevanje o obvladovanju težavnih situacij v družinski medicini

KDAJ 18.–22. 9. 2012

KJE Bled, Hotel Jelovica

KOMU Strokovno izobraževanje za učitelje in mentorje družinske medicine

KDO ORGANIZIRA

Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani

Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru

Zavod za razvoj družinske medicine
OZG – Zdravstveni dom Bled

Prim. doc. dr. Mateja Bulc, dr. med.

Prim. prof. dr. Janko Kersnik, dr. med.

Doc. dr. Marija Petek Šter, dr. med.

Asist. mag. Nena Kopčavar-Guček, 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, euract_bled_course@yahoo.com, kdrmed@mf.uni-lj.si

KANDIDATI 60

KOTIZACIJA Ni

Oktober 2012

KAJ 14. Fajdigovi dnevi

KDAJ 19.–20. 10. 2012

KJE Kranjska Gora, Hotel Kompas

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

KDO ORGANIZIRA

Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani

Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru

Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD

Zavod za razvoj družinske medicine

Osnovno zdravstvo Gorenjske

Asist. Aleksander Stepanović, dr. med.

Asist. dr. Zalika Klemenc-Ketiš, dr. med.

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

Asist. Marko Drešček, 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 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

KANDIDATI 200

KOTIZACIJA 180 € (DDV ni vključen)

November 2012

KAJ 7. Mariborski kongres družinske medicine

KDAJ 23.–24. 11. 2012

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,

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

KANDIDATI 250

KOTIZACIJA 200 € (DDV ni vključen)

Star zakonski par se je sprehajal po parku in nenadoma je rekla žena:
»Poglej tisto klop! Tam si mi prvič ukradel poljub!«
»Saj se spominjam. Zaradi te tatvine sem še danes v zaporu!«

Mož in žena se pogovarjata:
»Žena, kako ti pereš moje gate?«
»Enostavno, dam jih v pralni stroj.«
»A daš še kaj zraven?«
»Dodam še prašek.«
»A morda še kaj?«
»Ja, dodam še mehčalec ...«
»Evo, pa to je to.«

Janezek gre k zdravniku in se mu končno zaupa:
»Veste, gospod doktor ... imam samo en problem ... nihče me ne jemlje resno...«
Pa pravi »dohtar«: »A dejte, Janezek, no, ne se hecat!«

Mož: »Zakaj pa nosiš nedrček? Saj nimaš nič notri!«
Žena: »Zakaj pa potem ti nosiš hlače?«

Janezek pride v drogerijo in že na vratih na ves glas vpije:
»Dajte mi škatlo kondomov, dajte mi škatlo kondomov!«
Ko pride na vrsto, mu prodajalka pravi: »Poslušaj, Janezek!
Prvič, ne vpij na glas. Drugič, to ni za otroke, in tretjič,
naj pride ponje očka sam!«
Janezek takoj odgovori nazaj: »Poslušajte! Prvič, v šoli
so nas učili, da govorimo jasno in glasno. Drugič, to ni
za otroke, ampak proti otrokom, in tretjič, to ni za očka,
ampak za mamico, ki gre za dva tedna sama na morje!«

Jože in Janez gresta v igralnico na roletu,
a ne vesta, na katero številko bi stavila.
Pa se Janezu posveti: »Jože. Kolikokrat
na mesec seksaš?«
Jože: »5-krat.«
Janez: »Jaz pa 8-krat.« In stavita na 13.
Roleta se ustavi na 2.
Janez žalostno reče: »Če bi govorila
po resnici, bi bila sedaj bogata.«