Družinska medicina

Združenje zdravnikov družinske medicine • številka 21 • leto 2013 • letnik 11

7 str. Nov upravni odbor Združenja zdravnikov družinske medicine SZD

8 str. Prenovljeni program specializacije iz družinske medicine

10 str. www.e-medicina.si - dodeljene točke Zdravniške zbornice Slovenije

28 str. Zakaj sem postala zdravnica družinske medicine?

Prva stran

Danica Rotar-Pavlič

Specialisti z znanjem in s človečnostjo

Mojo prvotno odločitev, da se po napornem dopoldanskem delu v ambulanti zvečer v miru lotim pisanja tega uvodnika, v katerem sem zaradi nedavnega svetovnega dneva zdravnikov družinske medicine nameravala navesti nekaj najpomembnejših mejnikov tega področja pri nas, so nepričakovano spremenili nujni telefonski klici in nenačrtovani poznopopoldanski hišni obiski mojih hudo bolnih varovancev. Najprej sem se napotila k umirajočemu moškemu, ki ga bolezen pesti že pet let, prav v zadnjem mesecu pa je zelo hitro napredovala. Po pregledu in oceni domačega stanja (soproga skrbi še za mamo z demenco) smo se dogovorili za pomoč negovalca, patronažni sestri pa sem sporočila informacije o stanju bolečin in drugih težavah umirajočega bolnika. Ker se je ob njem zbrala vsa družina, smo spregovorili tudi o iztekanju življenja in prizorih, ki se jim ne bodo mogli izogniti.
Moj naslednji obisk je vključeval oskrbo bolnika z napredovalo obliko raka črevesja, kot tretjo pa sem šla pogledat bolnico s politravmo in z dvojnim vidom.

Morda se tole moje opisovanje hišnih obiskov, ki poleg tega vključuje še prizore trpljenja in smrt, komu ne zdi primerno ali smiselno. Tudi prav; vendar se tej za marsikoga neprijetni temi preprosto ne morem izogniti, če hočem predstaviti vsakdanjik zdravnika družinske medicine, ki je pester mozaik človeških zgodb, med katerimi so tudi številni uspešni izidi zdravljenja in seveda rojstva otrok (ponosni starši mi pogosto že kar iz porodnišnice pošljejo fotografijo svojega korenjaka). V tem uvodniku želim izpostaviti poglavitno držo zdravnika družinske medicine, s katero je vedno najprej zavezan pomagati bolnikom. Zaradi njih odhaja od doma med svojim pičlo odmerjenim prostim časom, prihaja predčasno v ambulanto, med posveti z drugimi kolegi išče najprimernejše rešitve. Zdravnik družinske medicine tudi nima na voljo sobe na kliniki, za katero bodo v primeru njegove odsotnosti poskrbele medicinske sestre, specializanti in pripravniki.

Ko že ravno omenjam hišne obiske, naj opozorim na nekatere banalnosti, ki jih zdravniki družinske medicine srečujemo v birokratsko-administrativni ureditvi primarnega zdravstva. Tako med drugim ne moremo beležiti dveh ali treh obiskov v enem dnevu, ki so potrebni v zadnjem obdobju življenja našega bolnika. Obisk na domu je tako slabo ovrednoten, da nas je o tem naravnost sram spregovoriti s katerim koli obrtnikom, ki nam pride popravit kakšno malenkost v stanovanju. Neredko med hišnim obiskom bolnika tako rekoč spotoma pregledamo še kako drugo osebo, npr. onemoglega partnerja ali ostarelega starša, vendar dveh hišnih obiskov na enem naslovu ne smemo zabeležiti. To je namreč v nasprotju s prakso na oddelkih na klinikah, kjer se stroški ne vodijo po številu sob, temveč po številu bolnikov, ki so v njih nameščeni. Nekateri naši kolegi prav zaradi tovrstnega razvrednotenja družinske medicine naznanjajo, da bodo začeli vse bolnike napotovati k specialistom in v bolnišnico, saj bodo le s takšno obliko protesta odgovorne morda pripravili do tega, da nam bodo naposled vendarle prisluhnili in poiskali rešitve, ki bodo sprejemljive za vse.

Na tiskovni konferenci, ki je bila 19. maja letos ob svetovnem dnevu zdravnikov družinske medicine, so poleg članov sindikata Praktik-um o problemih v naši stroki spregovorili tudi člani Odbora za osnovno zdravstvo pri Zdravniški zbornici Slovenije ter predstavniki obeh kateder za družinsko medicino in Združenja zdravnikov družinske medicine. Ker bomo le z združenimi močmi lahko dosegli nujno potrebne premike, vas, dragi kolegi, specialisti družinske medicine, želim povabiti k članstvu v Združenju zdravnikov družinske medicine. To storite tako, da nam pošljete izpolnjeno prijavnico, ki je objavljena v tem časopisu. Število članov namreč nikakor ni nepomembno. Kadar koli se z zahtevami obračamo na Ministrstvo za zdravje ali ZZZS, nas najprej vprašajo po številu članov. S tem namreč presojajo, kako vplivna organizacija smo.

Čeprav so časi težki, vseeno menim, da jih lahko izkoristimo tako, da bomo iz njih izšli kot zmagovalci.

Družinska medicina

Bobu bob

3 Polemični komentarji • **Igor Švab**

Poročila

4 Tonka Poplas-Susič – predlog nominacije zdravnice leta 2012 • **Igor Švab**
4 Nagovor ob izboru zdravnice leta na Schrottovih dnevih 2013 • **Tonka Poplas-Susič**
6 Mnenje Strokovnega sveta za družinsko medicino o dolžini specializacije iz družinske medicine • **Janko Kersnik, Zalika Klemenc-Ketiš, Dean Klančič, Davorina Petek, Tonka Poplas-Susič, Danica Rotar-Pavlič, Igor Švab, Rajko Vajd, Erika Zelko**
7 Nov upravni odbor Združenja zdravnikov družinske medicine SZD **Zalika Klemenc-Ketiš**
8 Prenovljeni program specializacije iz družinske medicine • **Marija Petek-Šter, Marko Kolšek**
10 www.e-medicina.si – dodeljene točke Zdravniške zbornice Slovenije • **Rajko Vajd**
12 Pod kakšnimi pogoji bi slovenski zdravniki družinske medicine pristali na redno uporabo e-pošte in mobilnega telefona za stike s svojimi bolniki? • **Polona Selič**
13 Poplave v Spodnjem Dupleku • **Vojislav Ivetić**
15 Učenje iz napak: delavnica za mentorje družinske medicine • **Zalika Klemenc-Ketiš**
16 Kokaljevi dnevi – udeležba dveh študentk medicine • **Urša Lužovec, Tanja Masnik**
17 Vaje iz družinske medicine – Reykjavik, Islandija • **Maša Premzl**
19 Sestanek EQuiP-a v Parizu • **Zalika Klemenc-Ketiš**
20 3. konferenca asociacije zdravnikov družinske medicine Beograd 2013 **Ksenija Tušek-Bunc**
21 Srečanje Evropske mreže raziskovalcev v družinski medicini EGPRN v Turčiji – tvegano vedenje v družinski medicini • **Davorina Petek, Marija Petek-Šter**

Strokovne teme

24 Bolnik z globoko vensko trombozo in dispnejo • **Maja Dolanc, Suzana Kert**

Naše ambulante

28 Zakaj sem postala zdravnica družinske medicine? • **Danica Rotar-Pavlič**

Zanimivosti

30 Draagle.com in stalna terapija bolnika ter preverjanje interakcij med zdravili • **Rajko Vajd, Tadej Kotnik**
31 Orodja za lažje vrednotenje informacij o jemanju prehranskih dopolnil kot dela anamneze **Martina Puc**
34 Strokovna srečanja – urnik srečanj

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*
Pavla 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*
1400

Bobu bob

Igor Švab

Tole zgodbo sem od svoje bolnice slišal večkrat: poročila se je mlada, iz ljubezni, čeprav so ji starši in prijatelji to odsvetovali. Bila je zaljubljena in ni ubogala njihovih nasvetov: fant je bil prijeten, zabaven, vedno dobre volje. Bil je priljubljen, rad je zahajal v družbo. Zaljubila sta se in poročila. Kmalu so prišli otroci. Po rojstvu prvega otroka se je spremenil. Izgubil je zanimanje zanjo in za družino. Vse več je pil in se pritoževal nad svojo usodo. Takrat se je prvič zgodilo, da ji je zagrozil, da jo bo udaril. Čeprav tega ni storil in se ji je opravičil, se ga je od tedaj bala. Vse več obveznosti, ki mu jih je nalagala družina, ni zmogel, začenjal se je jeziti nanjo, ker je bilo denarja premalo. Delo v službi je zmogel vse teže, doma ji ni nič pomagal, vse breme gospodinjstva in skrbi za družino je obležalo na njenih plečih. Nase je morala prevzeti skrb za dom, delala je v službi, da so lahko shajali iz meseca v mesec.

O svojih težavah ni govorila okoli, bilo jo je sram. Takrat se je začela pogosteje oglašati v ambulanti. Povedala je, kako se mož pritožuje, da mu je zapravila življenje, čemu vsemu se je moral odreči zaradi nje in družine. Nič več je nima rad, pogledovati je začel za drugimi ženskami. Od mene je želela, da ji prisluhnem, da ji povem kakšno toplo besedo, nič dosti več od tega. O njenih težavah sem obvestil tudi center za socialno delo, ker sem posumil, da gre za nasilje v družini.

Ob najinih pogovorih sem ji večkrat rekel, da je tak odnos nesprejemljiv in da ga ne sme prenašati. Vedno je tiho prikimala, vendar ni ničesar ukrenila. Zdelo se je, kot da ji je dovolj, da ima komu potožiti, da česa drugega ne rabi. Tako so minevala leta: otroci so odšli od hiše, ostala sta sama. Zaradi starosti in bolezni je bilo obiskov vse več. Njega nisem videl nikoli, čeprav sem ji večkrat rekel, naj ga pripelje v ambulanto, da se z njim pogovorim. Rekla je, da noče.

Nekega dne se je le oglasil, ker je zamenjal zdravnika. Povedal mi je, da se je poročil mlad, iz ljubezni, čeprav so mu starši in prijatelji to odsvetovali. Bil je zaljubljen in ni ubogal njihovih nasvetov: dekle je bilo prijetno, lepo in zabavno, vedno dobre volje. Rad je bil z njo v družbi. Zaljubila sta se in poročila. Kmalu so prišli otroci. Po rojstvu prvega otroka se je spremenila: izgubila je zanimanje zanj, vso pozornost je posvečala samo otrokom. Počutil se je odrinjenega in včasih je tudi preveč popil. Enkrat samkrat ji je zagrozil, da jo bo udaril. Takoj mu je bilo žal in se ji je opravičil, vendar to ni ničesar spremenilo. Potem je zbolel. Delo v službi in doma je zmogel vse teže. Denarja je začelo primanjkovati. Žena je morala nase prevzeti veliko dela, da so lahko shajali iz meseca v mesec. Vedno se je pritoževala, da ni za nobeno rabo in da ji je žal, da se je poročila s tako zgubo. Zdaj, ko so jima otroci pobegnili od doma, naveličani njenega večnega pritoževanja, sta ostala sama, stara in bolna, naveličana eden drugega.

Tonka Poplas-Susič – predlog nominacije zdravnice leta 2012

Igor Švab

Doc. dr. Tonka Poplas-Susič je v preteklih nekaj letih uspela s svojim prizadevanjem na Ministrstvu za zdravje doseči, da je Ministrstvo začelo izvajati projekt referenčnih ambulant v Sloveniji. Projekt, ki krepi timsko delo na področju družinske medicine, predstavlja prvo resno investicijo v osnovno zdravstveno dejavnost v Sloveniji po dolgih desetletjih. Prvi rezultati projekta kažejo, da je z njim dosežena višja kakovost oskrbe bolnikov na osnovni ravni. Razen tega so to novo obliko organiziranja zdravstvene oskrbe na primarni ravni zelo dobro sprejeli tudi bolniki. Tudi s spremembo oblasti se projekt ni ustavil, tudi zato, ker z njim enotno soglaša in ga podpira stroka družinske medicine. Vizija stroke je, naj bi tak način v prihodnosti prevzele vse ambulante družinske medicine v Sloveniji. Slovenija je na tak način ponovno dokazala, da ima moderno vizijo osnovne zdravstvene dejavnosti, ki je v skladu z modernimi trendi na področju osnovne zdravstvene dejavnosti, ki poudarja timsko delo.

Za doseganje tega uspeha je zaslužna predvsem doc. Tonka Poplas Susič, ki je s svojo zagnanostjo in strokovnostjo prepričala slovensko strokovno javnost, da začne sodelovati na projektu, kjer je bilo potrebno veliko medsebojnega sodelovanja med različnimi strokami. Ko je bil ta cilj dosežen, ji je uspelo pridobiti soglasje oblasti o potrebnosti projekta, ki brez ustrezne politične podpore ne bi mogel biti izveden.

Zaradi tega predlagam, da se doc. Tonko Poplas-Susič imenuje za zdravnico družinske medicine leta 2012.

Nagovor ob izboru zdravnice leta na Schrottovih dnevih 2013

Tonka Poplas-Susič

Zahvaljujem se za nominacijo, za izbor zdravnice leta in za predstavitev.

Razmišljala sem, kaj nas definira kot osebnost, ko korakamo skozi življenje. Zagotovo so to okoliščine in situacije ter možnosti, v katerih rastemo, se razvijamo, jih sooblikujemo. Če se omejim na naš poklic, srečujemo zdravniki mnogo tovrstnih različnosti. Sama sem od 6. razreda osnovne šole naprej prepričana, da je poklic zdravnika družinske medicine eden najlepših. Najbolj pristno, tenkočutno posegajoč v delček osebnosti svojih bolnikov. Ne da se ga sprevreči v koristoljubje ali zaslužkarstvo. Ker tako po svojem bistvu ni.

Ko sem dalje razmišljala o možnostih uspeha zdravnika, so se mi nekako ponudili trije nivoji: ambulanta, delavno okolje in širše okolje, v katerem funkcioniramo.

Zagotovo je zdravniku najlaže biti zdravnik: s svojim znanjem, z izkušnjami, z empatijo; včasih s srečo rešuje zdravstvene težave svojih bolnikov, se z njimi pogovarja, odloča o diagnostičnih in terapevtskih ukrepih, predpisuje zdravila ... Dela sam, odloča sam. Sam je odgovoren za dejanja in uspeh. Ne potrebuje ekipe, ker so bolniki izbrali njega, da jih zdravi.

Mnogim kolegom je ponujena priložnost in sprejmejo vodenje oddelka, službe, enote ali celo zdravstvenega doma. Njihov način dela se spremeni: ne odločajo več čisto sami, ker morajo koordinirati mnenja in stališča ostalih kolegov, sester, drugih zaposlenih in naenkrat se izkaže, da je zelo pomembno imeti ekipo pravih ljudi, da lahko dosegajo rezultate.

Ko pa gre za spremembe v vsebini ali organizaciji dela družinske medicine, gre za nacionalni pristop. Partnerjev in soodločevalcev je toliko, da včasih niti ne veš, kdo so vse. Takšen je projekt referenčnih ambulant. Čeprav smo vsebino s kolegi temeljito pripravili, smo prvič ostali pred vrati zavarovalnice in med vrati na Ministrstvu. Vztrajnost in potrpljenje sta lastnost družinskih zdravnikov, zato smo obisk ponovili. In z vsebino prepričali politiko in plačnike. Pa se je pojavila Zbornica zdravstvene nege; očitali so nam, da delamo mimo njih. Pa pravzaprav ni bilo res, samo do tega še nismo prišli. Potem smo se zedinili, dogovorili, da je naš cilj bolnik, timska in aktivna skrb zanje. Oglasili so se kasneje kolegi na sekundarnem nivoju, ki so dvomili (kar je koristno, ker vsak dvom izboljša vsebino), če bodo bolniki primerno kakovostno obdelani; ugotovili so celo, da srčno popuščanje spada samo v roke kardiologov. Sedaj pa ugotavlja kak bolnišnični specialist, da bolniki v RA (ki praviloma niso napoteni naprej) niso bolj zdravi zaradi RA, pa čeprav jih do sedaj še ni videl itd. Potem seveda ugotovi društvo bolnikov, da je bolezen včlanjenih bolnikov tako pomembna, da morajo biti bolniki izključno v rokah specialistov in nenazadnje sporoči študent zdravstvene nege iz NM, da so RA plagiat njegove diplomske naloge in piše Ministrstvu.

Ko je vse to urejeno in je treba spraviti RA v življenje skozi Splošni dogovor, se institucije, ki prej projekt podpirajo, ne strinjajo. RA ne bi bilo, če ne bi imela prejšnjega in seveda sedanjega ministra za zdravje, ki jih podpira: vse, kar se je do sedaj zgodilo, je dosegel na vladi, s sklepi vlade. Ko sva včeraj govorila, je rekel, da mu to ni težko, ker je dobro pripravljeno in podpora med nami velika.

Kaj ta njegov stavek pove? To, da referenčnih ambulant ne bi bilo, če ne bi bilo nas, zdravnikov, ki verjamemo vanje in v njihove cilje ter na tak način souresničujemo to zgodbo. Sama, za razliko od dela v ambulanti, projekta nikakor ne bi mogla realizirati, čeprav ga vodim. Zato, dragi kolegi, se vam želim ob tej podelitvi zahvaliti.

Ko je bilo težko, so mi rekli: navadi se, strele sekajo v vrhove. Navaditi se ne da, strele pa ponavadi odkrušijo najmanj trdne delčke.

Da danes stojim na tem mestu, moram biti hvaležna, da
- sta starša zahtevala poštenje in delavnost;
- so učitelji rekli: dajmo ji možnost;
- se s sodelavci sprejemamo in jemljemo drug od drugega, kar si lahko dajemo;
- družina razume odsotnost;
- imam možnost iskati nove izzive;
- narava daje vse, kar rabimo, tistim, ki to sprejmejo;
- srečujem vedno prave ljudi;
- verjamem v uresničljivost ciljev.

In kaj si želim kot zdravnica leta? Da bi
- bolniki, ki so me izbrali, rekli, da imajo dobro zdravnico, ki zahteva in daje nekaj več, kot definirajo klinične smernice;
- študentje in specializanti rekli ne samo, da so imeli dobrega mentorja, pač pa dobrega učitelja in človeka ob sebi;
- Hipokrat nikoli ne bil razočaran nad menoj;
- spoznala trenutek, ko je treba nehati;
- s sodelavci soustvarjali še naprej in da bi Schrotti uspeli.

RESEARCH FOR QUALITY IN PRACTICE

3rd International EQuiP Summer School, July 19th to 22nd 2013 in Berlin, Germany

EQuiP

Your Project for Quality in Practice! - EQuiP is the European Association for Quality and Safety in General Practice/Family Medicine. The aim of the Summer School is to exchange experience with European colleagues and to develop your own project. Physicians, nurses and social scientists and all interested in primary care quality research are invited. We will have interactive courses, lectures, group-work, and field trips and last not a great time in the capital city Berlin.

Kind regards,
Andrée Rochfort (Ireland), Frede Olesen (Denmark),
Jochen Gensichen (Germany)
and Tina Erikson (EQuiP-President)

(Foto: Ev. Bildungsstätte Schwanenwerder)

For details of the program and registration, see: www.allgemeinmedizin.uni-jena.de or

Mnenje strokovnega sveta za družinsko medicino o dolžini specializacije iz družinske medicine

Janko Kersnik, Zalika Klemenc-Ketiš, Dean Klančič, Davorina Petek, Tonka Poplas-Susič, Danica Rotar-Pavlič, Igor Švab, Rajko Vajd, Erika Zelko

Strokovni svet za družinsko medicino soglasno podpira izvajanje specializacije v trajanju 4 let in odločno nasprotuje kakršnem koli skrajševanju le-te.

Utemeljitev

Specializacija iz družinske medicine, ki traja 4 leta, ima v Sloveniji že dolgo in uspešno tradicijo (1) ter je primerljiva z mnogimi evropskimi državami. Leta 2002 je Wonca (Evropsko združenje zdravnikov družinske medicine), ki zagotavlja akademsko in znanstveno vodenje družinske medicine v Evropi, definiralo družinsko medicino kot stroko v publikaciji »Evropska definicija družinske medicine« (2). Na njej temelji publikacija »Izobraževalni seznam družinske medicine« (3), ki jo je izdal Euract (Evropsko združenje učiteljev družinske medicine). V njem so opredelili osnovne kompetence evropskih zdravnikov družinske medicine. Publikacija je osnova za oblikovanje izobraževanj iz družinske medicine. Na njej temelji tudi 4-letni program specializacije iz družinske medicine v Sloveniji.

Specializacija iz družinske medicine je sedaj obvezna v večini evropskih držav. Po podatkih Euracta v 7 evropskih državah (Hrvaška, Grčija, Irska, Izrael, Poljska, Portugalska, Španija) traja specializacija 4 leta, v kar 6 (Danska, Islandija, Norveška, Slovaška, Švedska in Švica) pa 5 let (4). Tako imajo države z najbolj razvito primarno ravnijo zdravstvenega varstva najdaljše trajanje specializacije iz družinske medicine.

Številne raziskave so pokazale, da je kakovostna in močna osnovna zdravstvena dejavnost (tj. družinska medicina) osnova za kakovosten in finančno najugodnejši zdravstveni sistem (5–9). S skrajševanjem specializacije iz družinske medicine bi ogrozili kakovost nudenja zdravstvene oskrbe na primarni ravni, kar bi dolgoročno vodilo v občutno podražitev zdravstvenega varstva v Sloveniji. Skrajševanje specializacije bi tudi neugodno vplivalo na odločanje diplomantov medicinske fakultete za družinsko medicino, saj bi njeno skrajšano trajanje mladim sporočalo, da gre za drugorazredno specializacijo. S tem bi se problem pomanjkanja zdravnikov družinske medicine, s katerim se kontinuirano srečujemo že dlje časa, še poglobil.

Viri:

1. Bulc M, Svab I, Pavlic DR, et al. Specialist training of Slovene family physicians. Eur J Gen Pract 2006; 12(3): 128–32.
2. Allen J, Gay B, Crebolder H, et al. The European definition of general practice/family medicine: Wonca Europe 2011.
3. Heyrman J. EURACT Educational Agenda. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice 2005.
4. EURACT. Available: http://www.euract.eu/.
5. Svab I. Possibilities of family medicine in medical education. Acta Med Acad 2012; 41 (1): 59–63.
6. Seifert B, Svab I, Madis T, et al. Perspectives of family medicine in Central and Eastern Europe. Fam Pract 2008; 25 (2): 113–8.
7. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q 2005;83 (3): 457–502.
8. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac Sanit 2012;26 Suppl 1: 20–6.
9. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. Health Serv Res 2003; 38 (3): 831–65.

Nov upravni odbor Združenja zdravnikov družinske medicine SZD

Zalika Klemenc-Ketiš in upravni odbor ZZDM

V začetku leta 2013 smo imeli člani Združenja zdravnikov družinske medicine (ZZDM) SZD priložnost izbirati 11 članov upravnega odbora. Do 15. 3. 2013 je volilni listič vrnilo 174 (45,5 %) članov.

V upravni odbor so bili izvoljeni: prim. doc. dr. Davorina Petek, Igor Muževič, prim. doc. dr. Danica Rotar-Pavlič, asist. mag. Erika Zelko, doc. dr. Zalika Klemenc-Ketiš, asist. Marko Drešček, asist. Aleksander Stepanovič, doc. dr. Marija Petek-Šter, asist. mag. Rajko Vajd, prim. asist. Jana Govc-Eržen in prim. dr. Vlasta Vodopivec-Jamšek.

Nov upravni odbor se je sestal na 1. seji, ki je bila 16. 4. 2013 v prostorih Zdravniške zbornice Slovenije.

V izvršni odbor so bili za obdobje od 2013 do 2017 soglasno izvoljeni:

- predsednica: prim. doc. dr. Danica Rotar-Pavlič,
- podpredsednica: prim. doc. dr. Davorina Petek,
- tajnica: doc. dr. Zalika Klemenc-Ketiš,
- blagajnik: asist. Aleksander Stepanovič,
- referentka za izobraževanje: doc. dr. Marija Petek-Šter.

Novi upravni odbor se vsem članom ZZDM, ki so sodelovali na volitvah, zahvaljuje za izkazano zaupanje. Prav tako se zahvaljujemo članom UO v prejšnjem mandatu za odlično delo, kar nam bo precej olajšalo težak začetek. Posebej pa se zahvaljujemo predsedniku UO ZZDM v prejšnjem mandatu, prim. prof. dr. Janku Kersniku, ki je v zadnjih 16 letih s svojo energijo, z izostrenim občutkom za priložnosti, z veliko sposobnostjo usklajevanja in z edinim ciljem delati dobro za slovensko družinsko medicino, pomagal le-to umestiti na pomembno in vidno mesto, na katerem se nahaja tudi danes.

Člani UO vabimo vse zdravnike družinske medicine, da se včlanite v ZZDM. To storite tako, da izpolnite prijavnico, ki se nahaja na naslednjih straneh. Prav tako vabimo vsakega, ki bi želel aktivno sodelovati pri razvoju slovenske družinske medicine, da nam pošlje svoje predloge oz. načrte za prihodnost. Veseli bomo vsakega predloga.

Člani novega in starega UO ZZDM na 1. seji 16. 4. 2013.

Prenovljeni program specializacije iz družinske medicine

Marija Petek-Šter, Marko Kolšek

Program specializacije iz družinske medicine v trajanju 4 let, ki je nadomestil predhodno specializacijo splošne medicine, je bil sprejet 4. 4. 2000, prvi specializanti pa so začeli specializacijo leta 2001. Do sedaj je specializacijo iz družinske medicine opravilo 350 kolegov in kolegic, v procesu specializacije pa je trenutno 200 specializantov.

Prenovljeni program specializacije je potrdil Svet za izobraževanje zdravnikov na svoji seji 24. januarja 2013. Za dokončno potrditev programa je potrebno pridobiti še potrditev izvršilnega odbora Zdravniške zbornice.

Prenovljeni program specializacije iz družinske medicine temelji na predhodnem, ki smo ga nadgradili v skladu s posodobljeno Evropsko definicijo družinske medicine ter »Educational agenda«, ki jo je pripravilo Evropsko združenje učiteljev v družinski medicini (Euract) z namenom, da specializant družinske medicine pridobi teoretično in praktično znanje za zagotavljanje celostne, celovite in kontinuirane zdravstvene oskrbe vsakega posameznika, ki išče zdravniško pomoč ne glede na njegovo starost, spol ali bolezen, ter znanje in veščine, da lahko skrbi za posameznike v okviru njihovih družin, skupnosti in njihove kulturne skupnosti v skladu s temeljnimi načeli stroke družinske medicine in kompetencami specialista družinske medicine.

Znanje in potrebne veščine pridobiva specializant v ambulanti družinske medicine, kjer dela z mentorjem po metodi učenja eden na enega, na tematsko usmerjenih modulih, ki potekajo v času specializantovega dela v mentorjevi ambulanti ter kroženja v specialističnih ambulantah in na kliničnih oddelkih. V času kroženja v specialističnih ambulantah in oddelkih specializant enkrat tedensko prihaja v mentorjevo ambulanto, kar specializantu omogoča ohranjanje kontinuitete skrbi za določeno število kroničnih bolnikov (najmanj 50 bolnikov), ki so mu predani v vodenje pod nadzorom mentorja.

Poudarki nove specializacije

Kompetence zdravnika specialista družinske medicine

Kompetence zajemajo vsa znanja, veščine in stališča, ki jih mora imeti zdravnik družinske medicine, ne glede na okolje, v katerem bo delal, in na organizacijske posebnosti njegovega dela. Kompetence zdravnika družinske medicine temeljijo na definiciji specialnosti in značilnostih družinske medicine:

- gre praviloma za prvi stik z zdravstveno službo v okviru sistema zdravstvenega varstva, ki svojim uporabnikom zagotavlja odprt in neomejen dostop, in se ukvarja z vsemi vrstami zdravstvenih težav, ne glede na starost, spol ali druge značilnosti obravnavane osebe;
- učinkovito uporablja vire oz. sredstva zdravstvenega varstva, tako da usklajuje oskrbo bolnikov, sodeluje z ostalimi strokovnjaki v okviru primarnega zdravstvenega varstva in se povezuje z drugimi specialnostmi ter prevzema vlogo posrednika za bolnika, kadar je to potrebno;
- razvija odnos, ki je osredotočen na posameznika, njegovo/njeno družino in skupnost;
- ima edinstven potek posveta med zdravnikom in bolnikom, ki z učinkovitim sporazumevanjem postopoma ustvari povezanost med zdravnikom in bolnikom;
- je odgovorna za zagotavljanje dolgoročne, kontinuirane oskrbe, kot to zahtevajo potrebe bolnika;
- uporablja specifičen način odločanja, ki ga določata razširjenost in pogostnost pojavljanja bolezni v skupnosti;
- sočasno obvladuje akutne in kronične zdravstvene probleme posameznih bolnikov;
- obravnava bolezni, ki se v zgodnjem stadiju svojega razvoja lahko pojavijo na nediferenciran način, kar včasih lahko zahteva nujno posredovanje;
- spodbuja zdrav način življenja in blagostanje bolnikov z ustreznim in učinkovitim ukrepanjem;
- ima specifično odgovornost do zdravja v skupnosti;
- se ukvarja z zdravstvenimi problemi v psihološkem, socialnem, kulturnem in eksistencialnem okviru.

Osnovne kompetence na področju družinske medicine, ki so bile vodilo za pripravo novega programa specializacije, so naslednje:

1. sposobnost kliničnega vodenja bolezni,
2. usmerjenost v različne skupine prebivalstva,
3. organizacija dela,
4. sporazumevanje,
5. specifični pristopi,
6. usmerjenost v skupnost,
7. profesionalnost in etika,
8. znanost in izobraževanje.

Pri vsaki kompetenci je v programu specializacije natančno razdelano, katera znanja in veščine v okviru kompetence mora pridobiti specializant. Predstavljene so tudi metode poučevanja, s pomočjo katerih je mogoče določena področja učiti ter naveden spisek veščin z najmanjšim številom potrebnih ponovitev veščine, ki jih mora specializant do konca specializacije opraviti, da zadošča, da je veščino usvojil, kar potrdi mentor.

Razporeditev ambulantno-modularnega in kliničnega dela specializacije

V novi specializaciji je določena razporeditev ambulantno modularnega in kliničnega dela:

- **ambulantno-modularnega dela** v dejavnosti družinske medicine, ki traja 24 mesecev in je razdeljen na dva dela:
  - **uvod v družinsko medicino,** ki traja praviloma od 2 do 6 mesecev,
  - **študij družinske medicine**, ki traja od 18 do 22 mesecev;
- **kliničnega dela – delo v specialističnih ambulantah in na bolnišničnih oddelkih,** ki traja 24 mesecev in je praviloma umeščen med oba dela ambulantno-modularnega dela.

Specializant v uvodnem delu podrobneje spoznava delo zdravnika družinske medicine in prepozna, katera klinična znanja mora pridobiti med kliničnim delom specializacije, da bo lahko kompetentno obravnaval klinično vodenje bolnikov.

Sprotno preverjanje znanja

Za zagotavljanje ustrezne kakovosti specializacije je predviden trajni nadzor in občasna sprotna preverjanja pridobljenega znanja in sposobnosti specializanta v obliki kolokvijev. Nenehen neposredni ali posredni nadzor nad pridobivanjem znanja in sposobnosti izvajajo mentorji na individualni ravni, organiziran bo tudi letni preizkus preverjanja napredovanja znanja in veščin v obliki pisnega testa, stopenjskega reševanja problemov in praktičnega prikaza veščin.

Mentorjeva naloga je, da ob sprotnem ocenjevanju specializanta, ki poteka vsakodnevno, tudi formalno preverja specializantovo celovitost znanja, veščin, opravljanje nalog ter odnosa do dela in bolnikov v obliki štirih ocen praviloma vsakih 12 mesecev. Ko mentor ugotovi, da je specializant določeno znanje ali veščino usvojil do te mere, da jo lahko povsem suvereno izvaja tudi brez nasveta oz. pomoči mentorja, to potrdi v elektronski list specializanta.

Specializant mora vsaj enkrat letno javno prikazati pridobljeno znanje na način, ki ga vsakokrat sproti določi neposredni ali glavni mentor, kot npr.

- predstavitev analize skupine bolnikov ali posameznega zanimivega kliničnega primera na strokovnem srečanju skupine strokovnjakov v učni ustanovi ali zunaj nje,
- priprava seminarja s tematiko s področja družinske medicine,
- objava članka v glasilu (lokalnem ali strokovnem) s temo iz vsebine specializacije.

Elektronski list specializanta (e-list)

Pogoj za nadaljevanje specializacije so uspešno opravljeni kolokviji in ugodna vsakoletna ocena glavnega mentorja. Izpolnitev vseh formalnih preverjanj se vpisuje v e-list specializanta. Na osnovi usvojenih znanj in veščin, ki jih mentor zavede v e-list, naraščajo tudi odgovornosti in pooblastila specializanta za svoje delo.

Obvezno vpisovanje v e-list velja za specializante, ki jim je bila specializacija odobrena na podlagi razpisa, objavljenega 5. decembra 2012; ta obveznost bo seveda veljala tudi za vse nove specializante v naslednjih razpisih. Za specializante, ki jim je bila specializacija odobrena na podlagi prejšnjih razpisov, zapisovanje v e-list ni obvezno, je pa zaželeno. Specializant mora opravljene posege/obravnave vnašati sproti, npr. največ 2 meseca za nazaj, kasneje vnosi s strani specializanta naj ne bi bili mogoči. Naloga neposrednega in glavnega mentorja pa je, da skrbno in sproti potrjuje posege, ki so jih v e-list vpisali specializanti, saj mentor dobi e-pošto takoj, ko specializant opravi nov vnos.

V e-list specializanta mentor vstopi s svojim uporabniškim imenom in geslom, ki ga sicer uporablja za spletno stran Zdravniške zbornice Slovenije. Svoje osebno uporabniško ime in geslo lahko dobi vsak zdravnik preko spletnega naslova: elist@zzs-mcs.si

Izobraževanje mentorjev

Specializacijo po novem programu specializacije bodo začeli specializanti, ki bodo izbrani na letošnjem spomladanskem razpisu specializanta. Zaradi novosti, povezanih z zadolžitvami mentorjev, načrtujemo v oktobru delavnico za mentorje, kjer bomo razjasnili morebitne nejasnosti in dileme z vodenjem specializantov po novem programu specializacije.

www.e-medicina.si – dodeljene točke Zdravniške zbornice Slovenije

Rajko Vajd

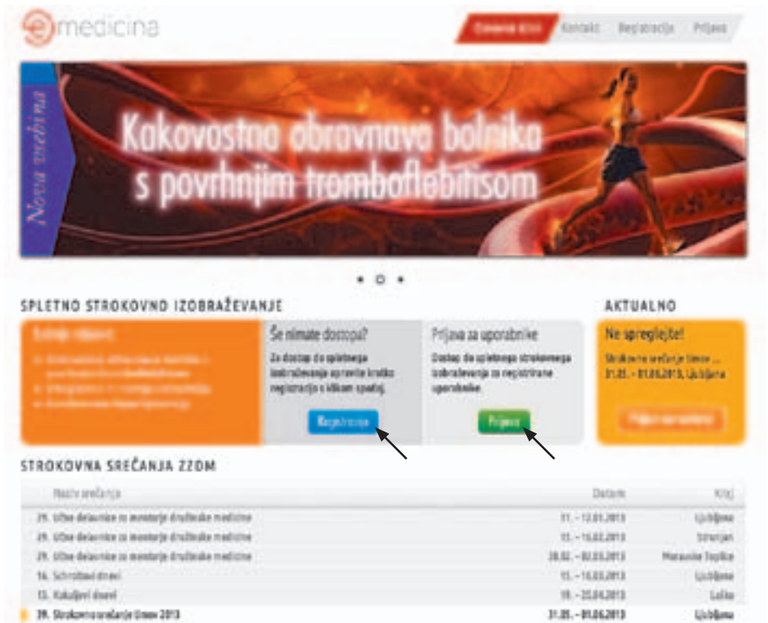
E-medicina je slovenska spletna stran, namenjena stalnemu medicinskemu izobraževanju. V slovenskem spletnem prostoru je prisotna od decembra 2010. Nastaja pod okriljem Katedre za družinsko medicino v sodelovanju z Združenjem zdravnikov družinske medicine in Zavodom za razvoj družinske medicine. Tovrstna izobraževanja so v svetu (Continuing medical education – CME) prisotna že vrsto let in tudi slovenski CME družinskih zdravnikov je v domačem jeziku v medmrežju prisoten že tretje leto. Trenutno ima spletna stran 611 registriranih uporabnikov in objavljenih 14 tem.

Pred letom dni smo posodobili obliko in vsebino spletne strani, tako da se sedaj do izobraževalnih tem dostopa preko osrednjega dela vstopne strani www.e-medicina.si, ki je postala osrednja točka za informacije, prijavo in strokovne programe za izobraževanja, ki jih tradicionalno prireja Združenje zdravnikov družinske medicine (slika).

Dodeljene točke Zdravniške zbornice Slovenije

Letos spomladi smo od Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS) prejeli tudi izobraževalne licenčne točke za prvih deset objavljenih tem. Imena vseh, ki ste do takrat uspešno rešili teste, smo sporočili ZZS, ki vam je dodelila licenčne točke. Posamezne teme so ovrednotene:

1.	GRIPA	0,5 kreditne točke
2.	PREVENTIVA GRIPE	0,5 kreditne točke
3.	ATRIJSKA FIBRILACIJA	1 kreditna točka
4.	SENENI NAHOD	0,5 kreditne točke
5.	KRONIČNA VNETNA ČREVESNA BOLEZEN	0,5 kreditne točke
6.	SLADKORNA BOLEZEN, TIPA 2	0,5 kreditne točke
7.	MOŽGANSKA KAP	1 kreditna točka
8.	KOMBINIRANA HIPERLIPEMIJA	0,5 kreditne točke
9.	VRTOGLAVICA	0,5 kreditne točke
10.	POVRŠINSKI TROBOFLEBITIS	0,5 kreditne točke



Osnovna stran www.e-medicina.si – s puščico je označeno mesto prijave in registracije v spletno izobraževanje.

Točke lahko poleg vseh ostalih na kongresih in srečanjih zasluženih točk preverite na osebnih straneh ZZS. Naša sodobna oblika izobraževanja je tako končno dobila potrditev tudi s strani ZZS.

Razširjenost tovrstnega izobraževanja

Omenili smo že, da imamo preko šeststo registriranih uporabnikov, ki so v dveh letih pridno reševali teste; najbolj obiskane so seveda prve teme, med njimi je atrijsko fibrilacijo rešilo 120 zdravnikov, gripo 117, preventivo gripe 95, sladkorno bolezen 73, alergijski rinitis 69, kronično črevesno vnetno bolezen 63, kombinirano hiperlipemijo 43, vrtoglavico 33, možgansko kap 27 in povrhnji tromboflebitis 20.

Zaključek

Pridobljene kreditne točke so se zasluženo pripisale našim do sedaj zasluženim kreditom, so pa bile vseeno enostavneje zaslužene, saj smo spletna izobraževanja obiskali in opravili v domačem okolju in za njih ni bilo potrebno plačati kotizacij. Posameznik je z opravljenimi prvimi desetimi izobraževanji zaslužil 6 točk, kar predstavlja kar 8 % sedemletne obveze (75 točk) za podaljšanje licence. Vabljeni vsi na reševanje starih in novih tem, ki vam prinesejo tudi v prihodnje vse zgoraj navedene kredite. Kritike, predlogi in komentarji so dobrodošli na elektronska naslova Dušana Barage in Rajka Vajda (dbaraga@gmail.com in rajko.vajd@gmail.com), ki skrbiva za spletni portal. Vabiva tudi vse, ki bi se želeli pridružiti najini veliki ekipi, da se nam oglasijo in pomagajo sooblikovati tako zanimiv projekt, kot je e-medicina.

Pod kakšnimi pogoji bi slovenski zdravniki družinske medicine pristali na redno uporabo e-pošte in mobilnega telefona za stike s svojimi bolniki?

Polona Selič

Aplikativni projekt L3-3647 Možnosti uporabe sodobnih informacijskih tehnologij v komunikaciji z bolniki v družinski medicini financira Agencija za raziskovalno dejavnost R Slovenije. Predstavljamo del ugotovitev, povezanih s stališči zdravnikov do redne uporabe e-pošte in mobilnega telefona za stike z bolniki, pri čemer je bil posebni poudarek namenjen morebitnim potrebnim spremembam v delovanju (organizaciji) ambulant družinske medicine.

Dosedanje slovenske študije so pokazale, da na odnos zdravnikov in bolnikov do uporabe e-pošte v medsebojni komunikaciji vplivajo značilnosti in siceršnja uporaba e-pošte. V slovenski družinski medicini še ni oblikovanega in formalno urejenega koncepta e-komunikacije. Računalniška opismenjenost bolnikov in njihova vključenost v socialna omrežja so dejavniki, ki so se poleg namena in nekaterih značilnosti IKT pokazali povezani z odnosom bolnikov do komunikacije z izbranim zdravnikom prek e-pošte. Pri zdravnikih družinske medicine pa so redna uporaba interneta za izobraževanje in značilnosti e-pošte, povezane z izrabo časa ter povratno informacijo o prejemu sporočila, določile odnos do komunikacije z bolniki prek e-pošte.

Na vprašanje *Ali bi pristali na uvedbo e-pošte in mobilnega telefona v komunikaciji s svojimi bolniki* (odvisna spremenljivka) je odgovorilo 209 zdravnikov (79,2 % vseh sodelujočih). Namen te analize je bil raziskati odnos med odvisno spremenljivko in odgovori zdravnikov na vprašanja, ali bi bilo za uvajanje rabe e-pošte in telefona kot rednih načinov komunikacije med zdravnikom in bolnikom potrebno reorganizirati delo in financiranje. V multivariatno analizo smo poleg teh vključili tudi demografske in druge značilnosti zdravnikov ter njihovih delovišč in dejavnike, povezane z rabo osebnega računalnika ter prednostmi in slabostmi IKT, ki so bili na bivariatni ravni statistično značilno povezani z odvisno spremenljivko.

Na vprašanje *Ali bi pristali na uvedbo e-pošte in mobilnega telefona pri komunikaciji s svojimi bolniki* je pritrdilno odgovorilo 70,4 % zdravnikov. Način in organizacija dela v ambulanti družinske medicine nista bila povezana s pristankom zdravnikov na redno uvedbo e-pošte in mobilnega telefona pri komunikaciji z bolniki, kar je presenetljivo in nasprotno ugotovitvam drugih študij, iz katerih izhaja, da bi bila za uvajanje takšnega sistema komunikacije nujna reorganizacija dela družinskega zdravnika. Po rezultatih tujih študij so zdravniki načeloma zadržani do uvajanja sredstev sodobnih IKT v družinsko medicino zaradi neplačanega dodatnega dela, porabe časa, potencialne poplave elektronske pošte, neprimernega medija komuniciranja glede na vsebino, dvomov o varnosti, možnih zmot ali zamud pri zdravljenju. Na odločitev slovenskih družinskih zdravnikov so bolj vplivale njihove značilnosti (starost, stan), lokacija delovišča (podeželje), siceršnja raba računalnika pri delu ter s časom povezane značilnosti e-pošte (hitrost prenosa sporočil, prihranek časa), ne pa slabosti e-pošte in varnostna tveganja. Slednje bi lahko kazalo na precejšnjo varnostno neozaveščenost slovenskih družinskih zdravnikov, saj tuje študije vprašanje varnosti in zaupnosti opredeljujejo kot eno ključnih. Kaže, da je časovna stiska pri delu v slovenski družinski medicini tisti pereč dejavnik, ki močno določa naravnanost zdravnikov, ki je zelo drugačna od stališč zdravnikov v ZDA, kjer je stopnja sprejemanja uporabe IKT še vedno nizka, kar se lahko nadaljuje, če ne bo na voljo znatnih finančnih spodbud. Medtem ko družinski zdravniki v ZDA opozarjajo, da ostajajo številni vidiki elektronskih komunikacij, povezani s povračilom stroškov, s pravnimi vprašanji, z zaupnostjo in z varnostjo nejasni, zdravniki v Sloveniji teh vprašanj očitno še niso načeli.

Poplave v Spodnjem Dupleku

Vojislav Ivetić

Po katastrofalnih poplavah 5. 11. 2012 na teritoriju občine Duplek sta ambulanti SAVA MED, d. o. o., in MEDIKUS, d. o. o., s pomočjo občine Duplek, Združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov ter posameznih kolegov iz cele Slovenije, uspešno sanirali škodo in kljub vsemu nadaljujeta z delom.

Ponedeljek, 5. november 2012, se je začel kot še en delovni ponedeljek. Redna »ponedeljkova« gneča v ambulanti, do malice že kakšnih 38 bolnikov, že od samega jutra pa dež. Ob 10.16 so se slišale sirene, ki oglašujejo nevarnost na teritoriju občine. Sodelavki, in sicer medicinski sestri, sta komentirali, da je čudna ura za vajo, jaz pa sem imel občutek, da tokrat ne gre za vajo. Sem že doživel (in preživel) sirene za nevarnost (sicer zračnih napadov, ne pa poplav), zato sem vedel, da življenje vedno preseneti, takrat ko to človek najmanj pričakuje. In res, čez kakšnih 15 minut so nas poklicali z občine in tudi uradno potrdili, da je razglašen rdeči alarm; ker bodo danes zanesljivo poplave, naj poskusimo vsaj računalnike dvigniti na mize. Po prvem trenutku šoka in presenečenja smo vsi trije nadaljevali z rednim delom. Kaj pa drugega? Čakalnica je bila še polna bolnikov, kar je pomenilo, da so naši bolniki uspeli priti do ambulante in da ljudje potrebujejo zdravniško pomoč. Kolega Anton Kolar Sluga, dr. med., ki ob ponedeljkih v istih prostorih (skupna čakalnica, različni ordinaciji) dela popoldne, je s svojo ekipo prišel ob kakšnih 12.45 in v »hecu« povedal, da je treba delati in da ga poplave pri tem že ne bodo ustavile. Z zaskrbljenostjo smo mu posredovali opozorilo z občine in vseeno postavili računalnike (kolikor se je dalo) na mize, na hitro poskusili še delno dvigniti nekaj opreme, preden smo se odpravili domov s čudnim občutkom negotovosti. Že med vožnjo proti domu smo vedeli, da gre zares: gasilci, civilna zaščita, vrečke s peskom vsepovsod. Na koncu smo bili eni od zadnjih, ki so prečkali most v Zgornjem Dupleku. Popoldne smo izvedeli, da je bil kolega prisiljen ob 14.30 zapustiti ambulanto, da bi rešili parkirane avtomobile, a že takrat je bila edina prevozna pot do Maribora daleč naokrog (Zgornja Korena, Žikarce, Vinička vas, Ruperče, Pernica…), ker so bili mostovi že zaprti! Najhujši je bil občutek nemoči, ko smo pri poročilih spremljali dogodke s cele štajerske regije, v kateri je bilo eno od najbolj prizadetih področij ravno področje Občine Duplek. Poročila zvečer – nov šok. Čolni pred našo ambulanto in trgovino Jager! Ali je to res možno? Kaj bomo jutri zjutraj sploh našli? Kaj bo ostalo od naše opreme, kartotek, prostora?

Dogovor med vsemi zaposlenimi (telefoni so delali še pozno v noč) je bil, da se vsi skupaj dobimo naslednje jutro ob 8. uri v prostorih ambulant, da ugotovimo, kaj je ostalo nepoškodovano in da se začne sanacija. Sama pot do ambulante ni bila več tako enostavna. Namesto 12 km in 10 minut vožnje je bilo 30 km in 40 minut vožnje naokoli. Mostova še nista bila odprta za promet. Potem pa prvi šok po prihodu v Spodnji Duplek, poplavljene hiše, obupani ljudje, pohištvo pred hišami, črpalke, vojska, ki pomaga, civilna zaščita …

V naših prostorih pa umazanija, mulj, brez elektrike, brez kurjave. Takoj se vsi organiziramo, začenjamo klicati naokrog, predvsem pa čistilni servis, da organizira ekipo

za izredne dogodke. Vsi sodelujemo in pomagamo. Začenjajo se klici kolegov. Kolegica Rosana Žveglič-Dimčič, dr. med., iz sosednje ambulante Brezje ponuja pomoč, da lahko vsi naši bolniki začasno hodijo k njej, dokler ne saniramo prostorov. Kliče tudi kolegica Maja Pelcl, dr. med., z Vidma pri Ptuju, ponuja, da lahko preusmerimo bolnike, ki so bližje ptujskemu koncu. Pokliče tudi kolegica Suzana Kert, dr. med., iz ZD dr. A. Drolca Maribor, ki tudi predlaga, da lahko prevzame naše bolnike. Čustven trenutek, a imaš občutek, da vseeno nisi sam. Do torka zvečer smo uspeli očistiti prostore, zmetati ven uničen material in opremo, elektrika in kurjava sta bila nazaj. V sredo nas je čakalo nadaljevanje sanacije. Dogovorjeni smo s kolegi iz ZZV Maribor, da pridejo razkuževat, skrbnik računalniškega omrežja prihaja in začenja menjavati vse kable in omrežne povezave. Vse, kar je bilo na tleh, je bilo uničeno. V četrtek (po le 2 dneh zaprtih ambulant) smo uspeli v kolikor toliko stabilnih pogojih ponovno začeti z delom. Ljudje in naši občani so bili navdušeni, imeli so občutek, da se življenje vseeno počasi vrača, ambulanti spet delata! Reagirali so tudi kolegi iz Združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov, ki so takoj finančno pomagali obema ambulantama.

Na tem mestu bi se oba zahvalila Združenju, predvsem pa kolegoma Primožu Rusu, dr. med., in Deanu Klančiču, dr. med., ki sta v imenu Združenja takoj reagirala. Čakala naju je dolga pot sušenja prostorov (ki je trajala 6 tednov, luknje v tleh, ventilatorji, razvlaževalci, enormni stroški elektrike …) in obnove pohištva in opreme. Potem naslednje pozitivno presenečenje, klic kolega Branka Koširja, dr. med., iz Železnikov in ponujena pomoč v sanitetnem materialu. Sam je osebno doživel poplave, še v precej hujši obliki, zato razume, kaj pomeni pomoč. Čez nekaj tednov je prišla ogromna pošiljka materiala v najini ambulanti, donacija kolege Branka Koširja. Branko, res hvala!

Danes teče življenje naprej, posledice poplave pa so še vidne. Sušenje je (vsaj delno) končano, kot spomin so ostale luknje v tleh, dokler se ne sanirajo. Uničeno pohištvo je delno že zamenjano, zaloge materiala so obnovljene. Ostane pa opomin na moč in nevarnost narave in prijeten občutek, da tudi v najhujših časih lahko računaš na pomoč kolegov in strokovnih združenj!

Učenje iz napak: delavnica za mentorje družinske medicine

Zalika Klemenc-Ketiš

Na deževno majsko soboto, 11. 5. 2013, je na mariborski medicinski fakulteti potekala že tretja učna delavnica za mentorje družinske medicine. Letošnja tema je bila učenje iz napak. Delavnice se je udeležilo 25 mentorjev in bodočih mentorjev študentom in specializantom ter štiri izvajalke delavnice, in sicer Erika Zelko, Ksenija Tušek-Bunc, Suzana Kert in Zalika Klemenc-Ketiš.

Zdravstvene napake so tema, o kateri se v javnosti veliko govori, med zdravniki manj, najmanj pa v procesu izobraževanja. Študenti in specializanti so večinoma prepuščeni neformalnemu učenju, učenju mimogrede in učenju na osnovi medijsko odmevnih sumov zdravniških napak. Po drugi strani pa študenti in specializanti veliko razmišljajo o napakah, zato se o njih želijo pogovarjati, vendar jih je strah posmehovanja in omalovaževanja s strani drugih zdravnikov in celo njihovih mentorjev.

Učenje iz napak je odlična metoda izboljševanja kakovosti. Študente in specializante moramo naučiti, da so napake del dela zdravnika družinske medicine, da jih morajo znati prepoznati, se o njih pogovoriti tako z bolnikom kot tudi s svojim mentorjem in znati pravilno odreagirati, ko do napake pride. V ta namen smo v urnik delavnice vključili predavanja o teoretičnih osnovah zdravstvenih napak, o primerih učenja iz napak in o tem, kako učiti študente in specializante o napakah. Večina delavnice je bila namenjena delu v malih skupinah, kjer so udeleženci razpravljali o konkretnih primerih zdravstvenih napak in izdelali modul učenja iz napak.

Glavni sporočili letošnje učne delavnice sta, da je učenje iz lastnih napak nujen del izboljševanja kakovosti ter da smo mentorji in učitelji družinske medicine študentom in specializantom največji vzor glede prepoznavanja in ukrepanja ob sumu na zdravstveno napako.

Kokaljevi dnevi – udeležba dveh študentk medicine

Urša Lužovec, Tanja Masnik

19. aprila 2013 sva se Tanja Masnik in Urša Lužovec, študentki Medicinske fakultete Univerze v Mariboru, aktivno udeležili kongresa družinske medicine v Laškem. Predstavili sva najino seminarsko nalogo z naslovom Hidrocefalus, ki sva jo sestavili v 4. letniku pri predmetu Družinska medicina pod okriljem najine mentorice doc. dr. Zalike Klemenc-Ketiš. Najina naloga je bila strniti snov na pregleden plakat in udeleženim zdravnikom odgovarjati na njihova vprašanja o tej temi. Najprej so se seveda zvrstila predavanja različnih strokovnjakov s področja družinske medicine, ki sva se jih z zanimanjem udeležili. Govor je tekel o različnih temah, in sicer od depresije, zdravljenju široko prisotne kronične bolečine, benigni hiperplaziji prostate, do alkoholizma, ki je še kako prisoten v slovenskem okolju, saj se skorajda vsak zdravnik družinske medicine vsakodnevno sreča s takimi bolniki. Predavatelji so bili tudi strokovnjaki drugih specializacij, ki so strnjeno razložili problematiko svojega področja. Kot povsod drugje je sodelovanje med različnimi specialisti zelo pomembno in še enkrat se je izkazala medicina kot timsko delo.

Med odmorom, kjer je organizator odlično poskrbel za nas z okrepčili, sva s Tanjo razobesili najin plakat in kar nekaj mimoidočih se je ustavilo pri nama. Predvsem sva spoznali, da je tema dokaj nepoznana za zdravnika družinske medicine, saj se s to patologijo zdravniki ne srečujejo zelo pogosto, čeprav incidenca v Sloveniji ni zanemarljiva. Kaj več so o tem hoteli izvedeti predvsem zdravniki, ki vodijo takega bolnika; informacije, ki sva jim jih posredovali, so je jim zdele uporabne in zanimive. Nasprotno sva tudi sami izvedeli zanimive podatke s praktičnega vidika, saj v živo takega bolnika še nisva imeli priložnosti spoznati.

Vsekakor sva veliko odnesli s tega srečanja, od novega znanja do različnih predavanj, predvsem pa spoznanje, da takole druženje z ostalimi kolegi z istega področja medicine spodbuja dobro znanstveno delovanje, konstruktivno kritiko in strokovno zanimive debate, ki vodijo k napredku. Tokrat k napredku družinske medicine. Konec koncev pa tudi samo druženje izboljšuje odnose med zdravniki, kar ni zanemarljiva vrednost v taki timski stroki, kot je medicina.

Vaje iz družinske medicine – Reykjavik, Islandija

Maša Premzl

Sredi Severnega Atlantika leži dežela nemirnih tal, iz katerih bruhata para in voda. Tukaj se ne zaklepajo vrata stanovanj in beseda šteje več kot štampiljka na papirju. Medtem ko te temni zimski dnevi z lahkoto potisnejo na rob malodušja, se poleti ljudje pred polnočjo sprehajajo po svetlih ulicah Reykjavika in čakajo na sončni zahod.

Vaje iz družinske medicine sem v sklopu Erasmus izmenjave opravljala v centru Reykjavika, v zdravstvenem domu Miðbær. V sklopu vaj bi naj zamenjala štiri različne zdravstvene domove, vendar sem na svojo željo in željo mentorjev ostala v zdravstvenem centru Miðbær. V dveh mesecih sem vzljubila delo zdravnika družinske medicine, imela možnost prisluhniti, kako zvenijo pljuča bolnih »vikingov«, odstranila sem marsikatero bradavico, opravila pregled na 85-letnemu prebivalcu Islandije za podaljšanje vozniškega izpita, napisala ogromno receptov in napotnic za fizioterapevtsko obravnavo in se izpopolnila v poslušanju ljudi v stiski.

V zdravstvenem domu je zaposlenih šest zdravnikov in medicinska sestra, ki samostojno obravnava bolnike z bolj preprostimi težavami. Babica sprejema nosečnice. Administratorki skrbita za nemoten ritem prihajanja in odhajanja bolnikov. Kuhinja na koncu stavbe skrbi za dnevni časopis, vonj po kavi in vmesne grižljaje lačnega osebja. Prvi teden so me prijazni mentorji uvedli v delovni vsakdan, ki se je pričel okoli pol osme zjutraj in zaključil ob štirih oz. šestih popoldne. Pokazali so mi posebnosti računalniškega sistema Saga, kjer se nahajajo osebni podatki bolnikov. Zapisani so obiski bolnikov z anamnezo, s statusom, s preiskavami, z diagnozo in s predpisanimi zdravili. Sistem je v islandskem jeziku, ki sem se ga do neke mere uspela naučiti v prvem semestru opravljanja vaj iz interne medicine, zato mi ni povzročal večjih težav. Z bolniki sem se pogovarjala v angleščini, saj praktično vsi govorijo lepo angleščino s ščemečim nordijskim naglasom.

Že v drugem tednu opravljanja vaj sem dobila »svojo« ordinacijo. Administratorka Anna mi je naročila štiri bolnike v dopoldanskem času. Imena bolnikov, ki že čakajo na obravnavo, se v računalniškem sistemu obarvajo temneje, in čas je, da odkorakam do čakalnice. Bolniku se predstavim in skupaj se sprehodiva do ordinacije. Za vsakega bolnika imam dvajset minut časa. Opravim popolni pregled in zapišem ugotovitve v Sago. Nato poročam mentorju o svojih ugotovitvah, kakšno zdravljenje oz. katere dodatne preiskave predlagam. Mentor potrdi ali popravi moj način razmišljanja. Sledi kratka diskusija o specifičnem obolenju ali posameznem bolniku. Nato bolniku razložim, za kakšno bolezen gre in kakšen je potek zdravljenja. Zapišem dokončno diagnozo in izdam recepte, potrebne napotnice ali potrdila. Takšna kombinirana obravnava bolnika skupaj s študijskim vložkom traja približno štirideset minut, odvisno od zapletenosti posameznega primera.

Ko sem zaprla vrata ordinacije, se moj delovni dan še ni končal. Vsak dan sem morala za »domačo nalogo« preštudirati strokovno literaturo o raznih oblikah bolezni. Na tak način sem se ogromno naučila o dermatitisih,

zdravljenju kroničnega sinusitisa, teniških komolcih in podobno. Vsak teden je potekal tudi seminar za zdravnike, medicinske sestre, babice in študente. Dvakrat je prišel v zdravstveni dom tudi predstavnik farmacevtskega podjetja in predstavil novost na tržišču.

Po prvih dveh tednih dela v zdravstvenem domu sem ugotovila, da je spremljanje posameznega bolnika in njegovega zdravljenja veliko bolj zanimivo kot le enkratna obravnava. Tako sem preostale tedne ostala v zdravstvenem domu Miðbær, kjer sem spremljala »svoje« bolnike in obravnavala nove. V centru Reykjavika živi veliko tujcev, ki ne govorijo islandsko, zato želijo obravnavo v angleščini. Ti bolniki so bili običajno dodeljeni meni, kar je ustrezalo tako mojim mentorjem kakor tudi meni. Nekateri bolniki so se prav tako želeli naročiti na ponovni obisk »to this English student doctor«, saj smo uspeli vzpostaviti prijeten odnos. »Oh, I loved Ljubljana and Bled. And you have so many green trees!«

Opravljanje vaj iz družinske medicine na Islandiji je razširilo moja obzorja. Bila sem postavljena v situacijo, kjer sem morala poiskati in združiti znanja iz preteklih študijskih dni in sprejeti odgovornost za vsakega posameznika, ki je prestopil prag ordinacije. V spodbudnem okolju zdravstvenega doma Miðbær sem osvojila mnogo praktičnega in teoretičnega znanja. Spoznala sem, kako pomembna je komunikacija med zdravstvenim osebjem, saj je telefonski klic kolegu specialistu lahko rešitev zapletene uganke. Študentom, ki jih zanima specializacija iz družinske medicine, priporočam, da obiščejo to nordijsko deželo in skupaj s toplimi rokavicami iz ovčje volne odnesejo domov kopico pridobljenega znanja.

42. sestanek EQuiP-a v Parizu

Zalika Klemenc-Ketiš

Od 4. do 6. aprila 2013 sem se kot predstavnica Združenja zdravnikov družinske medicine udeležila sestanka sveta Evropskega združenja za kakovost in varnost bolnikov v družinski medicini, ki je bil v Parizu. Kot je v navadi zadnja leta, je prvi del sestanka namenjen večinoma organizacijskim temam, drugi del pa je odprta konferenca, ki je namenjena tudi zunanjim gostom. Letošnja tema konference je bila »Enakost kot dimenzija kakovosti na primarni ravni«.

Tokratni sestanek je bil zgodovinski iz več razlogov. Prvi razlog je, da smo sprejeli novo ustavo. V njej je EQuiP opredeljen kot pravna oseba, kar je omogočilo ustanovitev sekretariata v Kopenhagnu, ki ga vodi Ulrik Kirk. Prav tako nova ustava prinaša precej sprememb na področju članstva v tem združenju, tj. možnost individualnih članov in organizacijskih članov. Individualni člani so praviloma iz držav, ki so članice Wonca Europe. Sprejmemo pa tudi člane iz drugih držav, njihovo članstvo pa mora potrditi svet EQuiP-a. Individualni člani plačajo članarino. Če je individualnih predstavnikov iz ene države 5 ali več, potem med seboj sami izberejo predstavnika, ki bo zastopal njihove interese v svetu EQuiP-a. Le-ta ima glasovalno pravico. Organizacijski člani lahko postanejo organizacije oz. inštitucije zdravnikov družinske medicine, kakovosti ali druge. Le-te prav tako plačajo članarino in imenujejo svojega predstavnika. V svetu EQuiP-a nimajo glasovalne pravice, so pa del svetovalnega odbora.

Dokler število individualnih in organizacijskih članov sveta EQuiP ne doseže 100, bosta vsako državo v svetu zastopala dva predstavnika, ki ju izbere organizacija, članica Wonca Europe – v primeru Slovenije je to Združenje zdravnikov družinske medicine. Ko pa bo število individualnih in organizacijskih članov 100 ali več, stopi v veljavo nov način določanja predstavnikov v svetu EQuiP-a: enega predstavnika bo še vedno izbrala organizacija, drugega pa individualni člani iz posamezne države.

Spremembe so se zgodile tudi na področju organizacije sestankov sveta EQuiP-a. Pomladanski sestanek bo tako odprt za vse člane EQuiP-a, pa tudi za vabljene posameznike. Sestanek bo namenjen obravnavi vsebine, in ne organizacijskih stvari. Del sestanka bo tudi odprta konferenca, namenjena vnaprej določeni temi. Pomladanski sestanek bo vsako leto organizirala druga država članica. Jesenski sestanek bo predvidoma nekaj let na istem mestu (verjetno v Zagrebu od 2015 naprej). Bo zaprtega tipa, udeležili pa se ga bodo lahko le člani sveta EQuiP-a in člani svetovalnega odbora EQuiP-a. Namenjen bo obravnavi organizacijskih in finančnih tem.

Člani sveta EQuiP-a v Parizu.

Naslednji sestanek bo jeseni 2013 v Bologni.

3. Konferenca asociacije zdravnikov družinske medicine – Beograd 2013

Ksenija Tušek-Bunc

Asociacija zdravnikov družinske medicine JV Evrope neumorno sledi prvotno začrtani poti. Tako so tudi tega leta aprila organizirali kongres, ki je privabil številne udeležence iz dežel članic Asociacije: Srbije, Republike Srbske, Črne gore, Makedonije, Hrvaške, Slovenije, Bosne in Hercegovine, Bolgarije, Romunije, Turčije; kot gost pa je sodeloval kolega iz Kanade. Čast organizacije je pripadla to pot Srbiji in organizatorji so se zares potrudili. Na veličastni otvoritveni slovesnosti v Domu armije je udeležence nagovoril Tony Mathie, predsednik Wonca Europe. Ne brez ponosa smo Slovenci zaploskali pozdravnemu nagovoru Janka Kersnika, ki je udeležence pozdravil v vlogi predsednika Euracta, tj. Evropskega združenja učiteljev družinske medicine. V nadaljevanju je v vabljenem predavanju poudaril pomen izobraževanja bodočih zdravnikov v ambulantah družinske medicine že v času študija. Družinska medicina lahko nudi komplementarne vsebine programom drugih strok. Poudarek je na pristopu k obravnavi zdravstvenih problemov na primarni ravni, shajanje s tveganji, sporazumevanje, na epidemiologiji in preventivi. Otvoritveno slovesnost sta zaokrožila predsednik Asociacije Ljubin Šukrijev in predsednica organizacijskega odbora Mirjana Mojković. Prav slednji gre zahvala za odlično lokalno organizacijo in prizadevanje, da bi z njej lastno mirnostjo zadovoljila vsem željam in pričakovanjem slehernega udeleženca. Brhke plesalke in plesalci so odeti v narodne noše s temperamentnim plesom in pesmijo poskrbeli za zaključek otvoritvene slovesnosti v velikem slogu.

Strokovni del kongresa se je nadaljeval naslednjega dne z natrpanim urnikom. Rdeča nit so bila predavanja, v katerih so predavatelji spregovorili o dodiplomskem in podiplomskem izobraževanju na področju družinske medicine, pri čemer so tako rekoč vsi sodelujoči nakazali problem premajhne motiviranosti diplomatov za družinsko medicino in hkrati predstavili prizadevanja, kako družinsko medicino približati študentom in diplomatom, da bi postala željen cilj njihovih poklicnih prizadevanj. S popolnoma isto problematiko se srečujejo tudi v Kanadi, kot je v svojem prispevku predstavil Dan Mallin. Kolegica Zalika Klemenc-Ketiš je v predavanju o ocenjevanju specializantov v ambulantah predstavila pomen ocenjevanja, katere kompetence se lahko ocenjujejo in kakšne metode je moč pri tem uporabiti.

Nadalje so predavatelji spregovorili še o različnih modelih primarnega zdravstvenega varstva in nakazali smeri razvoja. Sama sem predstavila projekt referenčnih ambulant in po odzivu in zanimanju sodeč bo imel projekt v prihodnosti lepo število posnemovalcev.

Predsednik Asociacije Ljubin Sukrijev je bil ob zaključku kongresa zelo zadovoljen zaradi odličnega sodelovanja med deželami članicami Asociacije, tako v izmenjavi izkušenj in znanj na področju edukacije in specializacije družinske medicine ter v izmenjavi učnih vsebin, kot s prisotnostjo in z aktivnim sodelovanjem na skupnih srečanjih. Rezultat se kaže v vse večji profesionalni rasti in razvoju zdravnikov družinske medicine.

Srečanje Evropske mreže raziskovalcev v družinski medicini EGPRN v Turčiji – tveganо vedenje v družinski medicini

Davorina Petek, Marija Petek-Šter

Prav tako je bil mnenja, da bi se lahko primeri organizacije dobrih praks uporabljali v vseh sredinah, težave pa bi se reševale na preverjeni, že uporabljeni način v drugih okoljih, kar bi prispevalo k dvigu kakovosti in obsegu dela zdravnikov družinske medicine.

Sodelovanje bi bilo po njegovem potrebno še okrepiti na področju znanstvenoraziskovalnega dela, skupnih projektih ter publicistični dejavnosti. Proces dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja je vse boljši in kakovostnejši ter pridobiva na ugledu. Ključno vlogo imajo strokovna združenja, predvsem pa katedre za družinsko medicino, med katerimi bi prav tako bilo potrebno izboljšati sodelovanje, ki bi moralo postati še tesnejše kot v preteklosti.

Svoje misli je Šukrijev zaokrožil z željami, da bi bilo potrebno zdravnikom družinske medicine, ki težijo k neprestanemu izpopolnjevanju navkljub izjemnim naporom, ki jih narekujejo pričakovanja skupnosti ter vsakdanje ambulantno delo, dvigniti ugled ter hkrati poskrbeti za popularizacijo družinske medicine in specializacije med mladimi zdravniki. Eden izmed ciljev pa bi moralo postati intenzivnejše sodelovanje z najrazličnejšimi institucijami, med drugim npr. z Ministrstvom za zdravje …

Zdravniki družinske medicine, združeni v Asociaciji JV Evrope, orjejo ledino; kot kaže, kljub številnim takšnim ali drugačnim oviram in težavam žanjejo uspehe, kar jih vse bolj uvršča ob bok »razvitejšemu« Zahodu.

76. srečanje raziskovalcev EGPRN je potekalo v Kusadasiju v Turčiji od 16. do 19. maja letos. Tema srečanja, ki je bilo posvečeno različnim oblikam tveganega vedenja in njihovi obravnavi v družinski medicini, je za nas relativno nova, saj tvegano vedenje še zdaleč ne pomeni le tveganega pitja alkohola.

Med tvegane oblike vedenja prištevamo še kajenje, zlorabo različnih drog ter psihotropnih zdravil, nasilno vedenje, tvegano spolno vedenje, odvisnost od uporabe interneta, tveganje povezano s prekomerno izpostavljenostjo soncu ter tvegano obnašanje v prometu. Tvegane oblike vedenja so kompleksen družben pojav, ki vključujejo psihično, psihosocialno in socialno komponento, ki zahtevajo kompleksno obravnavo, za katero je ključno razumevanje razlogov za razvoj tveganega vedenja in odvisnosti.

Obravnava tveganih oblik vedenja in odvisnosti predstavlja za zdravnike družinske medicine poseben izziv. Naloge zdravnika družinske medicine v preprečevanju in obvladovanju tveganega vedenja obsegajo promocijo zdravja, preventivo, prepoznavo in obravnavo tveganega vedenja in njegovih posledic.

Promocija zdravja in preventiva sta del celostne obravnave bolnika, ki zahtevata razumevanje širših družbenih in socialnih dejavnikov, ki privedejo do tveganih oblik vedenja ter poznavanje tehnik obravnave bolnika, pri katerem prepoznamo tvegano obliko vedenja.

Pri obravnavi bolnika s tveganimi oblikami vedenja in odvisnostmi je pomembno, da je sposoben razumeti tvegano vedenje in odvisnost v širšem psihosocialnem kontekstu, saj šele razumevanje kompleksnosti omogoča, da bolniku ponudimo zanj sprejemljiv nasvet ter mu lahko

nudimo podporo na poti k okrevanju. Za uspešno obravnavo bolnikov z različnimi oblikami odvisnosti pa je ob znanju in veščinah potreben sistematičen ter timski pristop in zadostna mera potrpežljivosti. Pogosto potrebuje pomoč širšega tima, ki vključuje strokovnjake drugih medicinskih področij, psihologe, pedagoge, strokovnjake s področja socialnega varstva ter druge.

Prihajajoče oblike tveganega vedenja, ki ogrožajo predvsem mlade

Med »novimi« odvisnostmi se pojavlja odvisnost od interneta, za katero je predvsem ogrožena populacija najstnikov. Problem že postaja pereč tudi pri nas, saj vse več mladih veliko časa prebije pred računalnikom, zato pot do odvisnosti ni daleč. Odvisnost je mogoče prepoznavati s pomočjo vprašalnika, njena obravnava pa prav tako kot ostale odvisnosti zahteva celostno razumevanje problema in sistematičen pristop.

Predvsem se je potrebno zavedati, da so z vsemi oblikami tveganega vedenja najbolj ogroženi mladi, ki so pogosto izpostavljeni več kot eni obliki tveganega vedenja. Tvegano vedenje in odvisnosti pri mladih predstavljajo pomemben vzrok obolevnosti v odrasli dobi in so vzrok prezgodnje umrljivosti, zato jih je potrebno z aktivno promocijo zdravih življenjskih navad ter prepoznavo in načini obravnave, ki so prilagojeni mladim v sodelovanju s širšo skupnostjo, obvladovati.

Obvladovanje tveganja zaradi kajenja v Turčiji

V Turčiji je med tveganim vedenjem najbolj problematično kajenje, saj kadi vsak drugi prebivalec in vsaka četrta prebivalka Turčije, kar v številkah pomeni 20 milijonov kadilcev. Posledice kajenja s svojim vplivom na obolevnost in prezgodnjo umrljivost predstavlja v Turčiji večji strošek kot država zasluži z davki od prodaje tobačnih izdelkov.

Pomembnost potrebe po zmanjšanju kajenja med državljani Turčije je prepoznala turška vlada, ki si je med prednostne naloge zadala tudi zmanjšanje števila kadilcev ter posledic, povezanih s kajenjem. Leta 2008 je bila sprejeta protikadilska zakonodaja, kot osnova za izvajanje protikadilske politike, v letu 2010 pa so bile po celotni državi ustanovljene posebne klinike za odvajanje od kajenja. Protitobačna politika je v Turčiji že pokazala svoje rezultate, saj je od leta 2008 do leta 2012 upadel delež kadilcev za 13,2 %. Dr. Toker Erguder, predstavnik Urada Svetovne zdravstvene organizacije, ki je kot vabljeni predavatelj protitobačno politiko predstavil udeležencem EGPRN-ja, pa je za ugledno revijo Lancet izjavil, da kajenje v Turčiji čez 5 do 10 let ne bo več problem.

To smo dejansko opazili tudi tisti udeleženci, ki smo bili na EGPRN srečanju v Turčiji tudi pred 5 leti. Ni več opaziti pepelnikov na vsakem koraku in hotelske sobe so povsem nekadilske. V okviru zakona je prepovedano tudi kajenje tik pred vrati javnih ustanov, da se dim kadilcev ne vali v zaprte prostore.

Obvladovanju škode zaradi kajenja posvečajo veliko pozornosti tudi na področju raziskovanja. Predstavljeni so bili programi odvajanja od kajenja na posebnih klinikah za odvajanje od kajenja ter predlogi intervencij, s katerimi bi bili uspešnejši pri odvajanju od kajenja.

Zanimivi so bili rezultati predstavljene raziskave, v kateri so s pomočjo protistresnega programa pri kadilcih, ki so prenehali kaditi, uspešno zmanjšali delež tistih, ki so ponovno začeli kaditi. Prav tako zanimiva je bila ideja, kako je mogoče z merjenjem vsebnosti monoksida v krvi prepoznati odvisnost od nikotina in merjenje koncentracije monoksida v krvi uporabiti kot dodaten motivacijski dejavnik v sklopu kompleksne intervencije usmerjene k opuščanju kajenja.

Kakšna je ambulanta družinske medicine na turškem podeželju?

Kot je že v navadi, smo se prvi dan po končanem uradnem delu programa odpeljali na ogled ambulant. Razdelili smo se v 4 skupine, naša je obiskala ambulanto 40 minut iz Kusadasija, kjer nas je pričakala cela ekipa medicinskega centra: dva zdravnika, tri medicinske sestre in čistilka. Center oskrbuje neposredno okolico ambulante s celodnevnim zdravstvenim varstvom. Najpomembnejša značilnost je morda, da je 7 ur na teden namenjenih hišnim obiskom. Skrbijo tudi za bližnjo vas, kamor se zdravnik odpravi na hišne obiske 4 ure na teden. Pravijo, da to zadostuje in da so prebivalci zelo zdravi. Bolnike na domu obiskujejo tudi patronažne sestre. V zdravstvenem centru zdravniki opravljajo redne preglede, nujne preglede in zdravstveno varstvo žensk ter otrok. Nujne primere in redne bolnike, ki potrebujejo klinično oskrbo, pošljejo v bližnjo bolnišnico. Oprema ambulant je precej osnovna, vendar je tu vse, kar je nujno: en koš za medicinske odpadke, zbiralnik ostrih predmetov, boben za sterilizirane instrumente, računalnik za vnašanje šifriranih storitev, EKG. Na dan opravijo kakšnih 40 pregledov. Odvzamejo kri za laboratorijske preiskave, ki pa jih opravijo v bližnjem laboratoriju. Opravljajo tudi cepljenje otrok in odraslih. Otroci so zelo pomembni obiskovalci zdravstvenega centra, zato je večina sten porisanih z otroškimi risbicami, zdravstvenemu varstvu otrok pa je namenjena vsaj polovica prostorov. Otrokom in mamam prijazno je tudi to, da imajo poseben prostorček, kjer lahko mama v miru doji otroka.

Na srečanju je bila pogosto poudarjena vloga družinske medicine pri obvladovanju tveganih oblik vedenja. Družinska medicina s svojimi kompetencami zagotavlja celostno skrb za bolnika v socialnem in družbenem okolju, saj se je kot stroka sposobna prilagajati potrebam, ki jih narekujejo razmere v družbi.

Bolnik z globoko vensko trombozo in dispnejo

Maja Dolanc, Suzana Kert

Povzetek

Predstavljen je primer bolnika, ki pride v ambulanto družinske medicine zaradi dispneje. Opisan je potek obravnave bolnika, ki mu sledi napotitev na zdravljenje v bolnišnico. Diagnostični postopek potrdi diagnozo pljučna embolija zaradi globoke venske tromboze. Pri tej bolezni je pomembno preprečevanje in zgodnje odkrivanje zapletov GVT, ker so lahko tudi smrtno nevarni. Prispevek je nastal kot seminarska naloga pri predmetu Družinska medicina v 6. letniku, v šolskem letu 2012/2013.

Abstract

A case of the patient, who comes to a family physician's office due to difficult breathing, is presented. The clinical course which ends with the patient's hospitalisation is described. The diagnostic evaluation reveals the diagnosis of pulmonary embolism by deep vein thrombosis. The importance of prevention and early detection of complications of deep vein thrombosis, which could also be fatal, is highligthed.

Uvod

Venska tromboza (VT) je delna ali popolna zamašitev ven s trombi. Vensko trombozo globokih ven (GVT) moramo ločiti od povrhnjega tromboflebitisa, ki prizadene površinske vene (1). Je pogosta bolezen in skupaj s pljučno embolijo (PE) zaseda tretje mesto med srčnožilnimi boleznimi (2). Letna incidenca je ocenjena na 1,6/1000 (2, 3). Bolniki, pri katerih VT ni prepoznana ali so neustrezno zdravljeni, so izpostavljeni večjemu tveganju za umrljivost zaradi PE – kot akutni zaplet in za razvoj potrombotičnega sindroma – kot kasni zaplet (1, 2). Za preprečevanje zapletov je potrebna dobra diagnostika in optimalno zdravljenje ter spremljanje bolnika.

Predstavitev bolnika

S(ubjective – subjektivno)

V ambulanto zdravnika družinske medicine je prišel 45-letni bolnik zaradi dva dni trajajoče dispneje in občutka tiščanja za prsnico predvsem pri globokem vdihu, ki ga je opisoval kot nezmožnost dihanja pri petju na delovnem mestu.

Anamneza sedanje bolezni

Pred dvema dnevoma je občutil palpitacije srca ter dispnejo, prisotna je bila tudi bolečina v prsnem košu (PK) pri globokem vdihu. Še vedno ga tišči in stiska v prsnem košu. Bolečina v PK se ni širila. Ponoči se obilneje znoji. Že nekaj časa (kakšno leto) opaža kašelj in izkašljuje sluz. Zaradi nejasnega opisa bolečine v prsnem košu je zdravnik družinske medicine bolnika napotil na Dispanzer za pljučne bolezni zaradi snemanja EKG, ker je bil v njegovi ambulanti EKG v okvari. Zdravnik kardiolog, ki je vrednotil EKG na Dispanzerju za pljučne bolezni, je bolnika zaradi sprememb v EKG posnetku (leva srčna os, levi sprednji hemiblok, negativni T valovi v D2, D3, aVF, V1-V5, nakazane denivelacije ST spojnice v spodnjestenskih odvodih), ki so kazali sum ishemično dogajanje na srcu, napotil na internistično nujno pomoč.

Anamneza prejšnjih bolezni

Bolnik si je leta 2007 poškodoval levi gleženj, po nekaj dneh mirovanja in nošnje mavca so se pojavili klinični znaki, ki so kazali na možnost GVT, D-dimer je bil zvišan. Dopplerska ultrazvočna preiskava je potrdila diagnozo GVT proksimalnega dela leve spodnje okončine. Indicirano je bilo antikoagulantno zdravljenje (marivarin) ter antiagregacijsko zdravljenje (acetilsalicilna kislina) za dobo šestih mesecev. V času zdravljenja so mu opravili v ambulanti za diagnostiko in terapijo koagulopatij razširjen pregled hemostaze in genetsko analizo. Preiskave so pokazale, da ima bolnik pozitiven lupus antikoagulant (LA) in da je heterozigotnost za mutacijo MTHFR (gen za določanje homocisteina), ki lahko prispevata k hiperkoagulabilnosti krvi in pojavu strdkov. Za trajno antikoagulantno zdravljenje se takrat niso odločili. Bolnik je imel zatem nekaj let kot pozni zaplet GVT izražen potrombotični sindrom.

Leta 2011 je bil obravnavan pri zdravniku družinske medicine zaradi pojava bolečin v mišicah desne noge. Zaradi suma na GVT desne spodnje okončine je bil napoten na internistično nujno pomoč, kjer je imel ob pregledu D-dimer 4118 µg/L (normalna vrednost je pod 200), opravljen je bil Doppler ven spodnjih okončin, ki je bil negativen. S tem je bila GVT izključena.

Socialna anamneza in družinska anamneza

Bolnik dela z duševno manj razvitimi osebami, delo vključuje veliko dviganja težjih bremen in psihičnega napora. Pred nekaj leti se je ločil, živi z novo partnerko, s katero ima otroka, materialno je zadovoljivo preskrbljen. V družinski anamnezi ni posebnih bolezni. Je bivši kadilec, kadil je 20 let po 40 cigaret na dan, s kajenjem je prenehal pred osmimi leti.

O(bjective – objektivno)

Pri pregledu je bolnik neprizadet in pogovorljiv. Ima prekomerno telesno maso (ITM = 30,2 kg/m^2).

Usmerjen telesni pregled in preiskave

V nadaljevanju navajava kombinacijo izvidov v ambulanti zdravnika družinske medicine in na internistični nujni pomoči, ki so nastali isti dan. Izvid srca v mejah normale. Srčna akcija je bila ritmična, normokardna, srčna tona normalno poudarjena, brez šumov. Poklep nad pljuči sonoren, slišni posamezni inspiratorni pokci desno bazalno, bolnik pri pregledu ne more globoko vdihniti. Pri pregledu spodnjih okončin oteklin ni, Homanov test* je negativen. Bolniku smo izmerili arterijski tlak in pulz: 138/85 mmHg, 88 utripov/min. Opravili smo laboratorijske preiskave (kompletna krvna slika, biokemijske preiskave krvi, troponin) za izključitev možnosti ishemije miokarda ter okužbe dihal. Saturacija kisika je bila 95,4 %. EKG izvid je naveden zgoraj.

A(ssessment – ocena; diagnoza)

Dispneja. Stanje po GVT leve spodnje okončine. Sum na pljučno embolijo.

P(lan – načrt)

V UKC Maribor so bolniku določili D-dimer, ki je bil izrazito povišan – 5891 µg/L. Opravili so mu perfuzijsko scintigrafijo pljuč ter Dopplersko UZ preiskavo ven spodnjih okončin, ki sta pokazali obsežno PE kot posledico sveže poplitealne GVT desne spodnje okončine. Izključili so sekundarne vzroke GVT ter indicirali doživljenjsko antikoagulantno zdravljenje z rivaroksabanom. Bolnik bo redno voden v ambulanti za diagnostiko in terapijo koagulopatij. Po odpustu iz UKC Maribor je bil bolnik precej oslabel, zato je zdravnik družinske medicine podal imenovanemu zdravniku zavoda za zdravstveno zavarovanje predlog za odobritev zdraviliške rehabilitacije, ki je bil zavrnjen. Bolniku je bila svetovana zmerna fizična aktivnost, predvsem v obliki sprehodov, in hujšanje zaradi prekomerne telesne teže. Dobil je navodilo, da se ob ponovni dispneji takoj zglasi na kontrolni pregled.

Razprava

Naša delovna diagnoza glede na sedanjo anamnezo in anamnezo prejšnjih bolezni je dispneja. Le-ta je lahko sumljiva kot simptom pljučne trombembolije zaradi GVT. V medicinski strokovni literaturi je navedeno, da je najznačilnejši simptom PE dispneja, ob tem je lahko prisotna bolečina v PK, več ur ali dni po PE pa se lahko razvije drugačen – plevritični tip bolečine. Ta tip bolečine je odvisen od dihanja, kašljanja in telesnega položaja, kar je bilo prisotno tudi pri opisanem bolniku. Možni drugi vzroki dispneje in bolečin v prsnem košu so še akutni miokardni infarkt, nestabilna angina pektoris, pljučni edem, astma, pnevmotoraks, pljučnica, osteomuskularna bolečina, pogosto je vzrok tudi psihogen. Akutni miokardni infarkt izključimo s pomočjo anamneze in EKG ter določitve troponina. Najnevarnejšo obliko pnevmotoraksa (tenzijski pnevmotoraks) smo izključili z odsotnostjo slabšanja dispneje. Zaradi prisotnega znojenja in kašlja moramo razmišljati tudi o pljučnem edemu (4).

Usmerjen telesni pregled

Izrazitost kliničnih znakov in simptomov pri PE je rezultat obsega PE in prejšnjega stanja pljuč in srca (4). Pljučni infarkt najdemo pri približno polovici bolnikov s PE in je posledica zapore manjše periferne pljučne arterije. Zaradi zajetosti plevre lahko nastane istostransko manjši plevralni izliv. Značilna je plevritična bolečina v prsnem košu, prehodna dispneja, dihanje je pogosto plitvo zaradi bolečine. Pri avskultaciji lahko nad prizadetim delom pljuč slišimo poke, lahko tudi znake plevralnega izliva, iskati moramo tudi znake VT na okončinah (4). Pri GVT lahko pri telesnem pregledu najdemo difuzno oteklino prizadete okončine, bolečino na dotik, toplo okončino ali Homanov znak, vendar pa je v vsaj polovici primerov GVT asimptomatska (5).

Usmerjene preiskave

Zaradi resnosti delovne diagnoze in omejene dostopnosti do preiskav sodi nadaljnja diagnostika med kompetence kliničnega specialista, prav pa je, da diagnostični postopek zdravnik družinske medicine vsaj okvirno pozna. Za potrditev delovne diagnoze moramo določiti koncentracijo D-dimerja, ki je razgradni produkt fibrina. D-dimer ima dobro negativno napovedno vrednost, kar pomeni, da če ni povišan, lahko VT izključimo. Ima slabo pozitivno napovedno vrednost in specifičnost, saj je lahko zvišan pri drugih stanjih razen GVT, kot so različna vnetna dogajanja, poškodbe tkiva ipd. Ob povišanem D-dimeru diagnostiko nadaljujemo z Dopplersko ultrazvočno preiskavo ven spodnjih okončin. Naredimo tudi EKG, s katerim si pomagamo pri odkrivanju ishemije miokarda, prav tako pa ima tudi (pomembna) PE določene spremembe EKG-ja. Najdemo značilno obliko S_I, Q_{III}, T_{III}, lahko inkompletni desnokračni blok in tudi negativne T valove v desnih prekordialnih odvodih. Plinska analiza arterijske krvi nam pomaga ločiti PE od hiperventilacijskega sindroma, kjer bi našli majhen pCO_2 in normalen pO_2. Dokončno diagnozo PE potrdimo s kombinacijo ventilacijske in perfuzijske scintigrafije pljuč. Glede na to, da se pri bolniku težave v sklopu GVT ponavljajo, bi se usmerili v iskanje sekundarnih vzrokov trombembolij, kot so razne genetske mutacije znotraj kaskade strjevanja krvi, ki povzročijo hiperkoagulabilno stanje. Genetsko trombofilijo odkrijemo pri 30 % bolnikov z idiopatsko GVT (6, 7).

* V prispevku opisujeva Homanov (Homansov test). Le-ta se izvede tako, da z eno roko objamemo golen od znotraj, z drugo pa sprednji del stopala z medialne plantarne strani. Bolečine v mišicah goleni pri močni dorzalni fleksiji stopala so sumljive za trombozo. Test je poimenovan po ameriškem kirurgu Johnu Homansu.

Med bolniki z VT ima približno 10 % še neugotovljenega raka, vendar še splošno sprejetega dogovora, katere preiskave bi uporabili za odkrivanje le-tega, ni (8).

Zdravljenje

Cilj zdravljenja GVT je preprečevanje PE in potrombotičnega sindroma ter zmanjševanje umrljivosti. Bolnik po odpustu iz bolnišnice prejema rivaroksaban 2 × 15 mg tri tedne in nato 20 mg dnevno. Dolžina zdravljenja variira glede na tveganje za ponovitev GVT. Prvo epizodo ob spremenljivih dejavnikih tveganja (imobilizacija, po operaciji) za GVT zdravimo tri do šest mesecev. Bolniki, ki imajo nespremenljive dejavnike tveganja (npr. hiperkoagulabilnost) ali gre pri njih za ponovitev GVT, morajo prejemati antikoagulantno zdravljenje vsaj šest mesecev, izbrane bolnike zdravimo doživljenjsko. Pri navedenem bolniku je zaradi povečane možnosti (že prebolela PE) za pojav življenjsko ogrožajočega stanja indicirano doživljenjsko antikoagulantno zdravljenje. Zdravnik v ambulanti za diagnostiko in terapijo koagulopatij bolnika obravnava individualno in se na podlagi izmerjenih vrednosti PTČ in INR (terapevtsko območje je 2–3,0) odloči za shemo zdravljenja (4).

Tabela 1. Ocena klinične verjetnosti venske tromboze (1).

Klinični podatki	**Točke**
1. Aktivni malignom (zdravljen v zadnjih 6 mesecih ali paliativno obravnavan)	+1
2. Paraliza, pareza ali mavčna imobilizacija spodnje okončine	+1
3. Negibnost več kot 3 dni ali večji kirurški poseg v zadnjih 4 tednih	+1
4. Lokalizirana občutljivost v poteku globoke vene	+1
5. Oteklina celotne spodnje okončine	+1
6. Oteklina goleni (več kot 3 cm večji obseg merjene goleni kot kontralateralne, merjeno 10 cm pod tuberositas tibiae)	+1
7. Vtisljivi edemi simptomatske noge	+1
8. Vidne kolaterale ali varikozne povrhnje vene	+1
9. Alternativna diagnoza, verjetnejša od venske tromboze	–2

Klinična verjetnost	**Odstotek**	**Točke**
Velika	85 %	3 ali več
Srednja	17 %	1 do 2
Majhna	3 %	0 ali manj

Ocena tveganja za GVT in preprečevanje GVT

Pri sumu na GVT bolnike razdelimo glede na Wellsov model na bolnike z majhnim, s srednjim in z velikim tveganjem za VT (9) (tabela 1). Pri bolnikih z majhnim tveganjem določimo vrednosti D-dimerja. Če vrednosti D-dimerja ne odstopajo od normale (negativen D-dimer), lahko rečemo, da je GVT izključena. V primeru, da so vrednosti D-dimerja višje od 150 µg/L, je indicirana UZ preiskava ven spodnjih okončin z Dopplerjem, in sicer dvakrat v razmiku 2–7 dni, saj so lahko klinični znaki in zvišane vrednosti D-dimerja prisotne že pred jasno formiranim strdkom, ki bi ga lahko tudi spregledali. Ob majhnem tveganju za VT in negativnem izvidu Dopplerja ven lahko načeloma GVT izključimo. Preizkušenega diagnostičnega algoritma pri sumu na ponovitev VT ni. UZ preiskava je ob sumu na ponovitev VT pozitivna, če najdemo nov nestisljiv del vene, razširitev prej znanega nestisljivega dela za več kot 4 mm v prečnem preseku naj bi prav tako kazala na ponovitev VT. Glede na algoritem pri sumu na ponovitev VT bi bila pri tem bolniku, ob zmernem do visokem tveganju ter pozitivnem D-dimerju smotrna še kakšna druga diagnostična preiskava, s katero bi sum na GVT lahko zanesljivo ovrgli. Med te preiskave spadata klasična rentgenska venografija ter magnetnoresonančna venografija, ki lahko pokažeta motnje polnjenja svetline ven, ali pa naredimo prikaz ven z računalniško tomografijo (1, 10). Čeprav se GVT kaže s precej značilno klinično sliko, ki vključuje oteklino prizadete okončine, bolečino na dotik, toplo okončino in pozitiven Homanov znak, pa je približno polovica bolnikov asimptomatskih (5). Zaradi pogostega asimptomatskega poteka bolezni uvajamo v zdravstveni praksi profilaktične ukrepe. Mednje sodi skrajšanje ležalnega časa bolnika v bolnišnici (bolnika moramo čimprej postaviti na noge) ter antikoagulantno zdravljenje kirurških bolnikov, še posebej ortopedskih (11).

Sklep

GVT je pogosta bolezen z značilno klinično sliko, ki pa je prisotna le pri polovici bolnikov. V hitri diagnostiki se poslužujemo enostavnega Wellsovega modela za določanje tveganja, D-dimerja (ki ima negativno napovedno vrednost) in Dopplerske ultrazvočne preiskave. Pogost in nevaren zaplet GVT je PE, ki je lahko tudi smrtna, zato je pomembno dobro vodenje in spremljanje takšnih bolnikov. Pri bolnikih, ki so imeli v preteklosti epizodo GVT, moramo ob pojavu disneje vedno pomisliti na PE kot zaplet ponovne GVT.

Literatura

1. Šabovič M, Kozak M, Žuran I, Berden P, Mavri A, Vene N et al. Smernice za odkrivanje in zdravljenje venske tromboze. Zdrav Vestn 2005; 74: 137–42.
2. Tsai AW, Cushman M, Rosamond WD, Heckbert SR, Polak JF. Cardiovascular risk factors and venous thromboembolism incidence. The longitudinal investigation of thromboembolism etiology. Arch Intern Med 2002; 162: 1182.
3. Galioto NJ, Danley DL, Van Maanen RJ. Recurrent Venous Thromboembolism. Am Fam Physician. 2011; 83 (3): 293–300.
4. Kocijančič A, Mrevlje F, Štajer D. Interna medicina. 3. izd. Ljubljana, Littera Picta; 2005.
5. Harms RW. Deep Vein Thrombosis (DVT). Prebrano 7. 4. 2013 na URL: http://www.mayoclinic.com/health/deep-vein-thrombosis/DS01005/DSECTION=symptoms
6. Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine. 18th edition. McGraw-Hill Professional; 2011.
7. Patel KK. Deep Venous Thrombosis – Etiology. Prebrano 8. 4. 2013 na URL: http://emedicine.medscape.com/article/1911303-overview#aw2aab6b2b5aa
8. Falanga A. Thrombosis and malignancy: an underestimated problem. Haematologica. 2003; 88 (6): 607–10.
9. Wells PS, Hirsh J, Anderson DR, Lensing AW, Foster G, Kearon C, Weitz J, D'Ovidio R, Cogo A, Prandoni P. Accuracy of clinical assessment of deep-vein thrombosis. Lancet. 1995; 345 (8961): 1326–30.
10. El Tabei L, Holtz G, Schürer-Maly C, Abholz HH. Accuracy in diagnosing deep and pelvic vein thrombosis in primary care: an analysis of 395 cases seen by 58 primary care physicians. Dtsch Arztebl Int. 2012; 109 (45): 761–6.
11. American Academy of Orthopedics Surgeons. Deep Vein Thrombosis. Prebrano 7. 4. 2013 na URL: http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=a00219

Zakaj sem postala zdravnica družinske medicine?

Danica Rotar-Pavlič

Pobuda, da bi tudi pri nas obeležili dan zdravnikov družinske medicine, se je rodila v skupini mladih slovenskih zdravnikov. Zgledovali so se po svetovnem združenju Wonca (World organization of family doctors), ki je 19. maj razglasilo za svetovni dan zdravnikov družinske medicine. Na njihovo pobudo je 21 predstavnikov različnih držav opisalo razloge, zakaj so postali specialisti družinske medicine. Čeprav sama o tem doslej nisem pisala, se mi je vprašanje zdelo še poseben izziv, zato sem o njem veliko razmišljala.

Z družinsko medicino sem se prvič srečala nekaj let pred vstopom v osnovno šolo. Med zdravstvenim pregledom so ugotovili, da sem po takratnih medicinskih merilih precej presuha. Spominjam se vprašanj, ki so jih zastavili moji mami, nanašala pa so se na količino in sestavo hrane, ki jo uživam. Potem je zdravnica vprašala še mene: »Kajne, punčka, da mesa v glavnem ne ješ?« Ocenila sem, da bi bilo najbolje, če bi se obisk pri zdravniku zaključil čim prej, zato sem odgovorila: »Zelo malokrat jem meso.« Ob tem sem pomislila, da se mi mesnine (od golaža do zrezka) upirajo. Pregledu in pogovoru je sledila napotitev na »rejenje« v zdravilišče Rakitna. Ukrep se mi je zdel skrajno nesmiseln in nepotreben, saj me je iztrgal iz kroga družine in družbe prijateljev z ulice, v kateri sem uživala; poleg tega sem se počutila zelo dobro in bi bila po današnjih merilih ravno prav težka. Iz zdraviliškega življenje sem si zapomnila predvsem to, da smo morali vse obroke pojesti do konca ter da nas je bilo v velikih spalnicah po 6 do 8 otrok. Kmalu po prihodu nas je večina dobila drisko. Ker na stranišče ponoči nismo smeli hoditi, temveč je bilo dovoljeno uporabljati le nočno posodo na sredini sobe, je bilo vse skupaj skrajno neprijetno. Prvi poizkus mojega rejenja morda prav zaradi tega ni uspel. Na mojo veliko žalost sem bila zato na Rakitno napotena še enkrat. To pot je »zdravljenje« uspelo in od tedaj naprej imam težave z vzdrževanjem normalne telesne teže. Preprosto so moj želodec naučili, da se mora napolniti z dovolj hrane.

Občutki po vseh teh redilnih obravnavah so v meni oblikovali ugotovitev, da je v medicini treba upoštevati »zdravo pamet«. Pri ukrepih, ki imajo lahko dolgoročne posledice, moramo vedno temeljito premisliti ter ustvariti tako ozračje sporazumevanja, v katerem je mogoče priti do iskrenih odgovorov in s tem do prispevanja bolnika.

Mnogo let pozneje sem maturirala in treba se je bilo odločiti, kam naprej. Zaradi družinske tradicije je bila prva izbira študij gozdarstva. A ker je bil v preteklosti mogoč prepis s fakultete na fakulteto, sem po uspešno opravljenem sprejemnem izpitu pristala na medicini. Ocenila sem namreč, da bom pri svojem delu po diplomi lahko popravila vse pomanjkljivosti, ki sem jih v stikih z zdravniki doživljala v otroštvu. Iz tega obdobja se spominjam tudi pogovora, ki ga je z uglednimi profesorji imel vsak bodoči študent, ki je opravil pisni del sprejemnih izpitov. Bilo mi je všeč, ker pogovor ni bil rutinski in ker je sogovornik na oni strani mize izražal resnično zanimanje za ozadje mojega odgovora na njegovo vprašanje, zakaj sem se odločila postati študentka medicine.

Ob zaključku študija je bilo na Zavodu za zaposlovanje prijavljenih precej brezposelnih zdravnikov (kar pomeni, da se stanje glede tega do danes ni kaj prida izboljšalo). Spominjam se besed takratnega direktorja zdravstvene zavarovalnice, ki je dejal, da vsak novozaposleni zdravnik ustvarja zdravstveni blagajni nove stroške in je zato edina rešitev imeti čim manj zaposlenih zdravnikov. Že takrat se je veliko govorilo o t.i. kadrovski mreži in kadrovskem planiranju, kar pa se me ni dotaknilo, saj so me kot mlado diplomantko zanimali predvsem bolni ljudje. Čeprav je že dobro kazalo, da bom sprejeta v Center za zastrupitve in pozneje na Gastroenterološki oddelek, sem se nazadnje odločila za družinsko medicino. Menila sem, da bi v ožji specialnosti, v kateri lahko zdravnik sicer doseže »večje« priznanje družbe, izgubila široko znanje, ki sem ga prejela na fakulteti. Zdelo se mi je, da bi se v ožji specialnosti na koncu usmerila le v »skupino organov«, s čimer bi izgubila celovit vpogled v težave ljudi. Sama sem se že ob vpisu na medicinsko fakulteto videla v bližini bolnih ljudi. Morda so k takšni odločitvi prispevali tudi nekateri liki zdravnikov, kot je bila zdaj že upokojena zdravnica, h kateri sem kot študentka prišla na posvet, ker je kirurg po operaciji moje mame povedal, da je bilo odstranjeno tkivo zelo »sumljivo« in da je veliko vprašanje, kako se bo stvar odvijala v prihodnje. Vzela si je čas in poslušala moje navedke kirurgovih besed, potem pa rekla: »Saj veš, kakšni so kirurgi. Ostri so v izražanju, tako kot je oster njihov nož. Počakajmo na izsledke histoloških preiskav. Prepričana sem, da ne bo tako hudo.« Njene besede so se pozneje izkazale za resnične in moja mama je še danes živa.

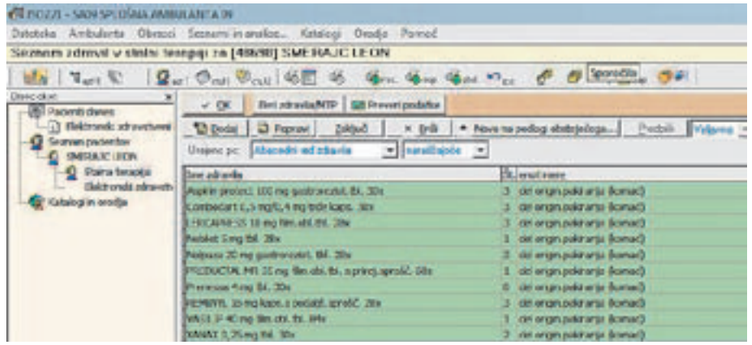
Ne vem, ali so morda tudi pri drugih kolegih vlogo pri odločitvi za njihovo delovanje na področju družinske medicine odigrali liki zdravnikov. Čeprav je obdobje mojega dela, ki zdaj traja že skoraj 25 let, prineslo marsikatero lepo in tudi manj lepo doživetje ter zahtevalo precej prilagoditev, želim izpostaviti predvsem pozitivno plat poklica, ki ga opravljam. Sem vsekakor spada nedavno prejeto pismo enega izmed številnih bolnikov: »Spoštovana zdravnica, zahvaljujem se vam za vse zdravljenje in pomoč, ki sem jo potreboval v vsem tem dolgoletnem obdobju in še posebej v starosti 86 let. Zame ima to še poseben pomen, ker se v celoti preživljam sam in delam brez tuje pomoči že od leta 2004 dalje, ko je umrla moja draga žena. Ob hudi bolezni ste jo zdravili do konca njenega življenja z vso potrebno pomočjo. Vsekakor zdravite veliko število ljudi – pacientov – in kljub velikim obremenitvam in napornem delu ohranjate lepe odnose, dobro voljo in prijazne besede, kar je izjemnega pomena.«

Kot sem že napisala, so na začetku moje kariere name vplivali posamezni zdravniki, po mnogih letih pa lahko rečem, da so me kot človeka oblikovali tudi mnogi bolniki. V ambulanto, v kateri delam, jih danes prihaja prek 2300. Prav njim se želim zahvaliti ob praznovanju dneva zdravnikov družinske medicine. Morda kariera v očeh ozko specializiranega kliničnega zdravnika ni tako bleščeča, a je osrečujoča, kar je v sedanjem svetu sprevrženih vrednot lahko anahronizem, pri meni pa vir velike sreče.

Draagle.com in stalna terapija bolnika ter preverjanje interakcij med zdravili

Rajko Vajd, Tadej Kotnik

Iz prejšnje številke … Kaj je Draagle?
Draagle (http://si.draagle.com) je spletna aplikacija, ki ponuja najhitrejše in najpreglednejše iskanje oz. preverjanje informacij o zdravilih v slovenskem jeziku. Storitev je brezplačna, uporabnik pa se mora ob prvem obisku registrirati. Se nadaljuje …



Seznam stalne terapije in gumb Preveri podatke.

V zadnjih dveh letih lahko na spletni strani Draagla preverjamo različne informacije o zdravilih, medsebojnem učinkovanju, farmacevtskih oblikah ipd. Beremo posamezne SmPC-je (Guideline on Summary of Product Characteristics) oz. splošno rečeno informiramo se o zdravilih, ki jih predpisujemo našim bolnikom. V izogib, da nas dobijo bolniki nepripravljene na številna njihova vprašanja o novopredpisanem zdravilu, oz. še huje, ko nas z navodili iz škatlice v roki okregajo za kakšno zamolčano podrobnost iz drobnega tiska. Zgodilo se nam je že tudi, da so se bolniki vrnili z izpisom o neujemanju dveh zdravil, ki so ga dobili ob obisku v lekarni. In zanimivo je, da dandanes ob takšni visoki informatizaciji našega vsakdana, zdravnik nima podpore ob predpisovanju zdravil svojim bolnikom. To čisto ne drži, določeni spletni portali omogočajo tovrstno podporo, a kaj ko nimamo nikoli tega časa v ambulanti, saj si ljudje podajajo kljuke in tako je v sleherni ambulanti zdravnika družinske medicine.
V letošnjem letu smo z ustvarjalci spletne strani Draagle-a preizkusili možnost sprotnega pregleda interakcij stalne predpisane terapije ali medsebojnega učinkovanja novo predpisanega zdravila z zdravili, ki jih bolnik že prejema. S pomočjo Draagle-ovih programerjev, programerjem zdravstveno informacijskega programa (SRCInfonet) in minimalnim finančnim vložkom, smo zdravniki v zdravstvenem domu Medvode dobili novo orodje. Sistem deluje tako, da se iz bolnikovega elektronskega kartona ob pritisku gumba PREVERI PODATKE, prenesejo samo podatki o zdravilih (zakrita identiteta bolnika) v spletni portal Draagle-a. Nakar tam preverimo možna medsebojna učinkovanja in tudi dodajamo nova zdravila. Ves proces nam vzame samo nekaj sekund, tudi pri tistih kroničnih bolnikih s številom zdravil 10+. Ob tem pa nam na spletnem mestu ostanejo aktivne in uporabne vse njihove funkcije. Za naslednjo – jesensko – nadgradnjo Draagla predvidene spremembe bodo že upoštevale izkušnje in dodatne prepoznane potrebe iz realnega delovnega okolja v ZD Medvode. Dodane bodo možnosti izključevanja in dodajanja »spremljajočih stanj«, povečana bosta število in pestrost »presekov«, pregled nad možnimi interakcijami in drugimi identificiranimi potencialnimi problemi pa bo preglednejši.

Prikaz zapisa kontraindikacije predpisovanja dveh zdravil.

Orodja za lažje vrednotenje informacij o jemanju prehranskih dopolnil kot dela anamneze

Martina Puc

Anamneza predstavlja prvi, zelo pomemben stik z bolnikom, saj relevantno vpliva na diagnozo in tako tudi na zdravljenje. Z anamnezo želimo pridobiti čimbolj zanesljive podatke v komunikaciji z bolnikom, pri čemer je zelo pomembno tudi, katere informacije iščemo. Poleg simptomov, težav z zdravjem itn. je življenjski slog na čelu s prehrano pomemben vir indicev za diagnostiko. Uveljavljenim vprašanjem, kot so kakšno je število obrokov, kolikšen je volumen vnosa tekočin, kako raznovrstno prehrano uživa bolnik, kako intenzivno uporablja sol in sladkor itn., je smiselno dandanes dodati še vprašanja o uporabi prehranskih dodatkov in drugih specifičnih oblik hrane. Prehranska dopolnila namreč predstavljajo koncentrirano obliko neke sestavine, ki lahko tudi bistveno vstopa v interakcije z zdravili ali pa s prekomernim dolgotrajnim jemanjem izzove negativne telesne reakcije.
Ker so prehranska dopolnila hrana, marsikomu ni samo po sebi umevno, da bi bilo smiselno svojemu zdravniku povedati, da npr. že več let jemlje prekomerne doze aminokislin, težavam z ledvicami navkljub. Ker aminokisline jemlje v obliki prehranskih dopolnil, torej kot hrano, logično ne pričakuje in ne išče povezav v zvezi s svojimi bolezenskimi težavami ali terapijo, zato je smiselno v anamnezo vključiti neposredna vprašanja o uporabi prehranskih dopolnil. Posebno pozornost je potrebno nameniti vprašanju, ali gre za nekritično dodajanje dopolnil k običajni prehrani vsem družinskim članom, tudi otrokom, kroničnim bolnikom itn. Zdravnik lahko naleti na težave po prejemu tovrstnih informacij, saj se neredko zgodi, da ljudje poznajo zgolj ime izdelka, ne pa tudi sestavin in njihovih količin.
O prehranskih dopolnilih in drugih posebnih živilih, kot so npr. mlečne formule, je dostopen in neodvisen vir informacij baza P3 Professional.
P3 Professional je baza prehranskih dopolnil in drugih posebnih živil, ki so na voljo na slovenskem trgu, ki je dostopna na spletu, in sicer na strani www.PRETEHTAJTE.si.

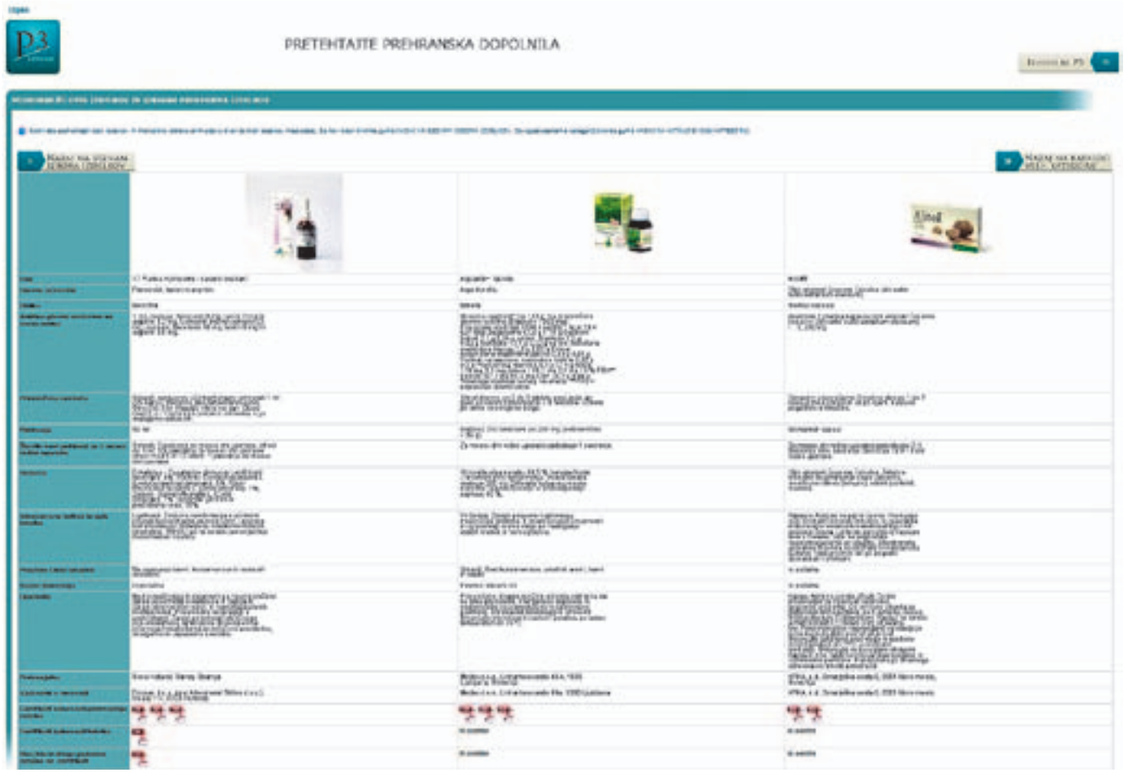
P3 kategorije v bazi, določene glede na glavne sestavine izdelkov.

Trenutno je na Ministrstvu za zdravje notificiranih več kot 5500 izdelkov kot prehranska dopolnila. V bazi P3 Professional med temi izdelki lahko iščete na dva načina; z različnimi spletnimi iskalniki ali prek kataloga. Spletni iskalniki omogočajo iskanje s ključnimi besedami po celotni bazi, omogočajo pa tudi možnost omejitve iskanja le med dobavitelji ali proizvajalci izdelkov. Omogočeno je tudi iskanje izdelkov, ki imajo različne certifikate, bodisi certifikate kakovosti proizvodnje, kakovosti posameznih serij izdelkov ali celo eko certifikate.

V kataloškem delu je iskanje mogoče začeti z izborom kategorije, glede na glavno sestavino izdelka, ki uporabnika zanima. Izbirati je možno med 15 kategorijami: algami, aminokislinami, hranili in kompleksnimi spojinami, čebeljimi pridelki, gobami, encimi in koencimi, maščobnimi kislinami, minerali, probiotiki, prebiotiki in kolostrumi, maščobami, maščobnimi olji in rastlinskimi steroli, rastlinskimi izvlečki, sokovi in posušenimi sokovi, vitamini, suhimi rastlinami in živalmi ter ostalimi izdelki.

Znotraj kategorij lahko izbirate posamezne izdelke in si ogledate podrobnejše informacije ali jih celo primerjate med seboj. Primerjavo omogoča strukturiranost podatkov, ki obenem daje preglednost in omogoča hitro iskanje informacij na ekranu. Baza prikazuje strukturiran pregled naslednjih lastnosti izdelka: imena izdelka, glavnih sestavin, količine glavnih sestavin na enoto oblike, priporočene uporabe, pakiranja, števila enot pakiranja za en mesec redne uporabe izdelka, sestave, zdravstvenih trditev in opisa izdelka, posebnih ciljnih skupin, mesta delovanja, opozoril, proizvajalca, zastopnika v Sloveniji, certifikatov kakovosti proizvodnje izdelka, kakovosti analiznih serij izdelka, eko certfikatov in statusa izdelka, tj. podatki o prijavi izdelka na Ministrstvu za zdravje. Tako strukturirane informacije omogočajo vrednotenje, poleg tega pa podpirajo strokovno neodvisno presojo, saj v bazi ni oglaševanja ali favoriziranja izdelkov.

Delo v ordinaciji si lahko olajšate tudi z uporabo številnih P3 PRO orodij. Zadnja izdaja vsebuje s strani Evropske komisije odobrene zdravstvene trditve, razporejene v P3 kategorije po glavnih sestavinah.



Primerjava treh prehranskih dopolnil v bazi P3 Professional.

Primer P3 PRO orodja z odobrenimi zdravstvenimi trditvami.

Z uporabo tega orodja lahko lažje obvladujete pričakovanja o delovanju prehranskih dopolnil, ki sicer pogosto zaidejo na področje zdravil. Tako boste na primer med minerali za cink našli kar 18 odobrenih zdravstvenih trditev:

1. Cink ima vlogo pri presnovi kislin in baz.
2. Cink ima vlogo pri presnovi ogljikovih hidratov.
3. Cink ima vlogo pri kognitivnih funkcijah.
4. Cink ima vlogo pri sintezi DNK.
5. Cink ima vlogo pri plodnosti in razmnoževanju.
6. Cink ima vlogo pri presnovi makrohranil.
7. Cink ima vlogo pri presnovi maščobnih kislin.
8. Cink ima vlogo pri presnovi vitamina A.
9. Cink ima vlogo pri sintezi beljakovin.
10. Cink prispeva k ohranjanju zdravih kosti.
11. Cink prispeva k ohranjanju zdravih las.
12. Cink prispeva k ohranjanju zdravih nohtov.
13. Cink prispeva k ohranjanju zdrave kože.
14. Cink prispeva k vzdrževanju normalne ravni testosterona v krvi.
15. Cink ima vlogo pri ohranjanju vida.
16. Cink ima vlogo pri delovanju imunskega sistema.
17. Cink ima vlogo pri zaščiti celic pred oksidativnim stresom.
18. Cink ima vlogo pri delitvi celic.

Za svoj brezplačen izvod ali dodatne informacije pišite na info@covirias.si.

Program strokovnih srečanj Združenja zdravnikov družinske medicine v letu 2013

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 2013

KAJ **6. Zadravčevi dnevi – Fizikalna medicina, rehabilitacija in zdraviliško zdravljenje v ambulanti zdravnika družinske medicine**
KDAJ 13.–14. 9. 2013
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
Doc. 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 **22. mednarodni EURACT tečaj na Bledu: Učenje in poučevanje o zdravju zdravnikov družinske medicine**
KDAJ 24.–28. 9. 2013
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 2013

KAJ **15. Fajdigovi dnevi**
KDAJ 18.–19. 10. 2013
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.
Doc. 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.
Prim. prof. dr. Janko Kersnik, dr. med.
KONTAKTI Nina Štojs
Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 438 69 14, faks: 01 438 69 10, nina.stojs@gmail.com
KANDIDATI **250**
KOTIZACIJA **180 € zdravniki, 100 € medicinske sestre in zdravstveni tehniki, enodnevna kotizacija 110 € (DDV ni vključen). Ob zgodnji prijavi do 16. 9. 2013 za tim zdravnik in medicinska sestra je kotizacija 220 €, za tim referenčne ambulante (zdravnik, SMS, DMS) pa je kotizacija 300 €.**

November 2013

KAJ **5. Majhnov dan**
KDAJ 21. 11. 2013
KJE Celjski dom, Krekov trg 3, Celje
KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike in medicinske sestre, patronažne sestre, fizioterapevte, reševalce in farmacevte
KDO ORGANIZIRA
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD,
Prim. asist. Jana Govc-Eržen, dr. med.
KONTAKTI Nina Štojs
Zavod za razvoj družinske medicine, Poljanski nasip 58, Ljubljana, tel.: 01 438 69 14, faks: 01 438 69 10, nina.stojs@gmail.com
KANDIDATI **150**
KOTIZACIJA **90 € medicinske sestre, zdravstveni tehniki, fizioterapevti, reševalci 45 € (DDV ni vključen)**

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

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

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

PRIROČNIK FIZIKALNE MEDICINE IN REHABILITACIJE

Učno gradivo – monografija

UREDNICA
Ksenija Tušek-Bunc

IZDAJATELJ
Združenje zdravnikov družinske medicine

ZALOŽNIK
Zavod za razvoj družinske medicine

16 prispevkov

117 strani besedila

Cena priročnika je 25 €.

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

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

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

organizirajo

17. SCHROTTOVE DNEVE

21.–22. marec 2014
Cankarjev dom – Linhartova dvorana

tehnični soorganizator Cankarjev dom