

## **Oprema in urejenost prostorov**

- Ekonomsko poslovanje splošne ambulante
- Zasebno delo v splošni medicini
- Oprema in prostor za delo družinskega zdravnika
- Čakalnica v družinski medicini
- Oprema zdravnika družinske medicine za delo na terenu

## **Zdravnikovi sodelavci**

- Patronažna medicinska sestra v družinski medicini
- Medicinska sestra v družinski medicini
- Zdravstveni karton
- Pomen zdravstvenega kartona pri vodenju kroničnega bolnika
- Urejanje delovnega časa
- Seznam bolnikov

# EKONOMSKO POSLOVANJE SPLOŠNE AMBULANTE

---

Romana Pintar Hafner

Ekonomski vidik poslovanja splošne ambulante postaja v zadnjih letih vedno bolj pomemben. To ne velja le za zasebne ambulante, temveč se tega počasi zavedajo vsi zdravniki, tudi tisti, ki so zaposleni v javnih zavodih, saj ponekod že obravnavajo vsako ambulanto kot svoje stroškovno mesto in temu primerno tudi stimulirajo zaposlene.

Pogoje in načine financiranja osnovne zdravstvene dejavnosti urejajo *Splošni dogovor* in *Področni dogovori*. Splošne ambulante (tako zasebne kot v zdravstvenih domovih), otroški in šolski dispanzerji ter kurativna dejavnost v medicini dela prometa in športa pridobivajo svoj dohodek na štiri načine:

- z glavarino,
- s pregledi oz. obiski,
- z medicinskimi posegi,
- s pavšalnim zneskom za dogovorjene programe (1).

Za lažje razumevanje načina financiranja in višine sredstev, s katerimi razpolaga vsaka ekipa, bodisi v javnem zavodu ali v zasebni ambulanti, je treba razložiti način financiranja splošnih ambulant in poznati nekaj pojmov o tem, kot so:

**ZZZS** – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

**KOLIČNIK** – enota za obračunavanje glavarine in storitev; cena količnika je enaka po vsej Sloveniji in za vse izvajalce.

**GLAVARINA** – število opredeljenih zavarovanih oseb, tj. število oseb, ki je določene zdravnika izbralo za svojega osebnega zdravnika

**KOLIČNIK ZA GLAVARINO** – število opredeljenih zavarovanih oseb posameznega izvajalca se množi s količnikom, ki je različen glede na starost

**ZZZS pri tem izračunu upošteva starostno strukturo prebivalcev Slovenije in določa, da je med vse zavarovane osebe v letu 2001 možno porazdeliti 27.468 količnikov iz obiskov in 27.199 količnikov iz glavarine, katerih mesečna razporeditev znaša glede na starost oseb (2):**

Starost:	Število količnikov na mesec
do 1 leta	3,00
1 do 6 let	1,90
7 do 18 let	0,88
19 do 49 let	0,84
50 do 64 let	1,40
65 do 74 let	2,20
nad 75 let	3,00

Količnike preštevajo štirikrat letno, vse še nerazporejene količnike (od oseb, ki še nimajo izbranega svojega osebnega zdravnika) pa porazdelijo med vse nosilce osnovne zdravstvene dejavnosti. Tako izračunani količniki so podlaga za obračun obveznosti ZZZS do posameznega izvajalca.

100-% glavarina v letu 1999 znaša 27.511 količnikov na leto.

**STORITEV** – vsak bolnikov obisk v ambulanti ali zdravnikov obisk na domu prinaša določeno število količnikov iz storitev. Število količnikov je odvisno od obsežnosti pregleda in posega, ki je bil morebiti narejen med obiskom. Višino količnikov prav

tako določa ZZZS in jih je treba natančno evidentirati v zdravstveni dokumentaciji, saj jih imajo nadzorni zdravniki ZZZS pravico črtati ob morebitnem nadzoru dela v ambulanti.

K 0001	kratek obisk	1,5 količnikov
K 0002	prvi kurativni pregled	3,6
K 0003	ponovni kurativni pregled	2,3
K 0004	preventivni pregled otroka in šolarja	9,0
K 0005	preventivni pregled odraslega	13,0
K 0006	priprava bolnika za oceno na invalidski komisiji	13,0
K 0007	obsežen pregled	28,0
K 0008	lažje dostopen hišni obisk	12,0
K 0009	težje dostopen hišni obisk	20,0
K 0010	pregled pred cepljenjem otroka v 2. letu	6,0
K 0011	cepljenje šolskega ali predšolskega otroka	1,5
K 0020	mali poseg	2,0
K 0021	srednji poseg	4,0
K 0022	veliki poseg	7,0
K 0023	obsežno delo	18,0

*Predvideno število, ki jih opravi posamezni zdravnik v ambulanti, je 27.488 količnikov na leto.*

## Prihodki v ambulanti

### Nakazila ZZZS

Nakazila ZZZS pomenijo večino sredstev, ki jih dobi posamezna ambulanta oziroma ekipa splošne/družinske medicine in jih nakazujejo redno v obliki akontacij enkrat mesečno. Višina akontacij je odvisna od glavarine in števila opravljenih storitev. *Preseganje glavarine* plačujejo v celoti, medtem ko *preseganje storitev* le polovično. (Primer: če ima zdravnik glavarino 120 % poprečja, mu plačajo storitve le do višine 110 % predvidenih količnikov.)

K višini akontacije polovico zneska prinese glavarina, polovico pa opravljene storitve. ZZZS vsake tri mesece določi vrednost količnika oz. ceno storitve.

Začasno korekcijo izplačanih akontacij poračunavajo vsake tri mesece, dokončni obračun pa naredijo po izteku leta.

### Dohodki od prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (PZZ)

PZZ pokriva v splošni ambulanti približno 15 % vrednosti storitev. Če ima bolnik sklenjeno prostovoljno zavarovanje z eno od dveh ta čas obstoječih zavarovalnic (Vzajemna, Adriatic), se pri obisku pri zdravniku izkaže z veljavno kartico PZZ in zdravnik zasebnik oziroma javni zavod konec meseca pošlje račun za doplačila ustrezni zavarovalnici. Če zavarovanja nima sklenjenega ali tega ne more potrditi z ustreznim dokumentom in pri njem zdravnik ne ugotovi, da gre za nujno medicinsko pomoč ali za bolezen, ki je oproščena doplačil PZZ, mora bolnik ustrezni znesek doplačati sam.

Skupni znesek prihodkov iz doplačil PZZ je odvisen tudi od strukture bolnikov, saj otrokom in šolajoči se mladini že obvezno zdravstveno zavarovanje zagotavlja brezplačno zdravstveno oskrbo.

### Prihodki iz dežurstva in drugih obveznih dejavnosti

Vsak zdravnik, ki dela v osnovni zdravstveni dejavnosti in ima registrirane bolnike (z izjemo ginekologa), mora sodelovati tudi pri izvajanju dežurne zdravniške službe na svojem območju.

Dežurno in urgentno službo praviloma organizirajo javni zavodi, pravica in dolžnost izvajalcev zasebnega sektorja pa je, da se po dogovoru z javnimi zavodi vključujejo

v opravljanje dežurne in urgentne službe (1). Storitve, opravljene v času dežurne službe, plačuje ZZZS pavšalno. Zato mora organizator te dejavnosti plačevati dežurne zdravnike ne glede na to, od kod prihajajo.

Število opravljenih ur dežurstva je odvisno od dogovora s kolegi in zdravstvenim domom kot organizatorjem dežurne službe. Zasebni zdravnik konec meseca izstavi zdravstvenemu domu račun za opravljeno dežurstvo, zdravnik javnega zavoda pa dobi dežurstvo plačano skupaj z rednim mesečnim dohodkom.

V času dežurne službe zdravnik opravlja tudi mrliško pregledno službo, katere plačnik je občina. Za opravljene storitve mrliških in krajevnih ogledov zasebni zdravnik konec meseca občini oz. zdravstvenemu domu prav tako izstavi račun .

Zdravnik v času dežurstva opravlja tudi določene storitve za organe pregona, npr. strokovni pregled in odvzem telesnih tekočin ali izpolnitev obvestila o telesni poškodbi. Račun za te storitve konec meseca pošlje na ustrezno policijsko postajo, zdravnik javnega zdravstvenega zavoda pa dobi ustrezen znesek prištet k osnovni plači.

### **Zdravniška potrdila in spričevala ter druge storitve**

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja zelo natančno določajo, katere storitve lahko opravi zdravnik v breme ZZZS. Za vse druge storitve je bolnik samoplačnik, lahko pa jih zdravnik opravi brezplačno. Ceno za določeno storitev praviloma določi Zdravniška zbornica Slovenije in zdravniki naj ne bi opravljali svojega dela po nižjih cenah.

Ta skupina storitev zajema različna zdravniška spričevala za komercialne zavarovalnice, zdravniška potrdila za različne diete, lažje delovno mesto in o telesnih poškodbah, pa tudi predloge za predstavitev na invalidski komisiji na bolnikovo željo, za predstavitev zaradi priznanja dodatka za tujo nego in pomoč ali za oceno telesne okvare.

Zdravnik ima pravico zaračunati bolniku tudi storitve, ki jih opravi pri njem na njegovo željo, gre za bolnika, kateremu ni izbrani zdravnik, in ko ne gre za nujno medicinsko pomoč.

Zasebni zdravnik za vse opravljene samoplačniške storitve izda ustrezen račun, zdravnik v javnem zavodu pa dobi ob izplačilu plače ustrezen znesek dodan k osnovni plači. Višina teh dodatkov za zdravnika javnega zavoda je odvisna od dogovora med zaposlenimi zdravniki in vodstvom zavoda.

### **Drugi prihodki**

Zdravnik v zasebni ambulanti lahko opravlja tudi druge storitve in preglede, vendar jih mora opraviti zunaj delovnega časa, kot ga ima dogovorjenega v pogodbi z ZZZS. Tako lahko opravlja različne živilske preglede ali preventivne preglede zaposlenih, različna cepljenja in podobno. Plačnik teh pregledov je naročnik, in zdravnik vsakemu izda ustrezen račun.

Vse zdravstvene storitve so tudi po 1. 7. 1999 v skladu z zakonom o davku na dodano vrednost oproščene plačila davka.

### **Stroški ambulante (po velikosti)**

#### **Osebni dohodki zaposlenih in prispevki**

ZZZS prizna na enega zdravnika oz. na eno ekipo 1,1 dodatnega osebja, torej mora imeti vsak izvajalec zaposleno eno medicinsko sestro. Plačilo medicinski sestri mora biti v skladu s Kolektivno pogodbo za zdravstvo, pripadajo pa ji tudi vsi drugi podatki in ugodnosti (dopust, dodatki na delovno dobo, prevoz na delo, prehrana na delovnem mestu, zaščitna obleka in obutev ...).

Prav tako mora zdravnik zaposlenim plačevati tudi vse prispevke, ki jih predvideva zakon (za zdravstveno zavarovanje, pokojninsko zavarovanje, davek na plače ...).

Računovodske posle večini zasebnih zdravnikov vodi najeti oz. pogodbeni računovodja, ki prav tako zanj konec leta pripravi bilanco in davčno napoved. Javni zavodi imajo v ta namen zaposlene delavce v t. i. skupnih službah.

Čiščenje, kurirska in druga opravila zasebnemu zdravniku, ki ima v najemu ambulanto v zdravstvenem domu, nudi zdravstveni dom, lahko pa zanje poskrbi tudi sam prek pogodbeno zaposlenih delavcev.

Del sredstev zasebni zdravnik porabi tudi za plačilo kolegom, ki ga v primeru njegove bolniške odsotnosti ali dopusta nadomeščajo v ambulanti, če si tega po načelu solidarnosti ne izmenja s kolegi, ki prav tako izvajajo zasebno zdravstveno dejavnost.

### **Stroški (najema) poslovnega prostora**

Večinoma zasebni splošni zdravniki opravljajo svojo dejavnost kot najemniki v prostorih zdravstvenega doma. Lastnik prostorov je občina ali več občin skupaj, ki so stavbo dale v upravljanje javnim zavodom. Najemnina za najete prostore naj bi bila po priporočilih Zdravniške zbornice Slovenije neprofitna, vendar večinoma ni tako. Razpon cen najema prostorov je zelo različen; z obsežno analizo najemnih pogojev je Cukjati ugotovil, da zdravniki plačujejo zdravstvenim domovom v poprečju višje najemnine kot profitnim najemodajalcem zunaj zdravstvenih domov (3, 4).

Zasebnik poleg najemnine za prostor plačuje tudi obratovalne stroške, ki so obračunani na kvadratni meter najete površine in vključujejo stroške za vodo, električno, kurjavo, hišnika, telefon, telefonista, zavarovanje objekta ...

Če ima zdravnik v ambulanti najeto še opremo, mora tudi zanjo plačevati najemnino; enako velja za pranje perila, morebitno uporabo aparata EKG in druge storitve, ki jih zanj opravlja zdravstveni dom.

### **Laboratorijske storitve**

Za laboratorij namenjeni znesek je zelo skopo odmerjen; večina zdravnikov, ki svoje delo opravljajo v skladu s strokovno doktrino, ga krepko presega. Zaradi težnje prenašanja opravljanja laboratorijskih pregledov iz specialistične ravni na osnovno zdravstvo postaja ta problem vedno bolj pereč. Zato tudi v zdravstvenih domovih opozarjajo svoje zdravnike na racionalnost pri opravljanju laboratorijskih pregledov.

ZZZS v svojem planu in izračunu akontacije na posamezno ekipo predvidi tudi znesek za laboratorij, ki je leta 2001 znašal 2,098.432 SIT na leto. V ta znesek so vštete vse laboratorijske preiskave, vključno z mikrobiološkimi. Izjema je le testiranje na okužbo z borelijo in aidsom ter histopatološke preiskave, ki jih dobi zdravnik povrnjene v obliki t. i. ločeno zaračunljivega materiala (LZM), vendar le v okviru plana in do višine, določene ob podpisu pogodbe z ZZZS. V primeru večjih stroškov LZM je potrebna natančna obrazložitev, zakaj je prišlo do preseganja porabljenih sredstev.

Plačnik laboratorijskih storitev je naročnik, torej zasebni zdravnik sam ali javni zavod, če opravlja laboratorijske storitve v drugih laboratorijih. Kje bo opravljal laboratorijske preiskave, je prosta izbira vsakega zdravnika, ceno laboratorijske točke trimesečno določi ZZZS, cena posamezne preiskave pa naj bi bila v skladu s t. i. Zeleno knjigo zdravstvenih storitev. Kljub temu so cene med laboratoriji različne. Zdravnik lahko določene laboratorijske preglede opravlja tudi sam, skupaj s svojimi sodelavci ali v skupini s svojimi kolegi, lahko pošilja bolnike na odvoz in pregled v laboratorij zdravstvenega doma ali pa le material na pregled v zunanji laboratorij.

## Prispevki za socialno varnost zasebnega zdravnika in davki

Zasebni zdravnik mora sam plačevati vse z zakonom predpisane prispevke in datjave. Pred leti, ko so prvi zasebni zdravniki začeli s svojim delom, je večina plačevala minimalne prispevke, sedaj pa Davčni urad Republike Slovenije določi višino prispevkov glede na ostanek dohodka v preteklem letu.

Poleg obveznih prispevkov večina zasebnih zdravnikov plačuje tudi različna zavarovanja, ki vključujejo tako nezgodno, za primer bolezni in zavarovanje za primer strokovne napake in odgovornosti.

Zasebni zdravnik plačuje tudi mesečno akontacijo dohodnine, ki mu jo z odločbo o odmeri davka določi organ Davčne uprave. Po končanem letu v skladu z zakonom odda bilanco poslovanja, na podlagi katere mu organ davčne uprave določi še višino davka na dobiček, ki ga še mora plačati.

## Materialni stroški

V nasprotju z zdravnikom v javnem zavodu zasebni zdravnik sam odloči, kakšen material bo uporabljal pri svojem delu. Prvo vodilo pri tem je stroka, vendar zagotovo upošteva tudi ceno materiala. Večino zdravstvenega materiala kupuje pri velikih dobaviteljih (Kemofarmacija, Sanolabor), lahko pa tudi pri posameznih proizvajalcih in uvoznikih.

Prav tako sam skrbi za nabavo pisarniškega materiala, osebnih zaščitnih sredstev, čistil in dezinfekcijskih sredstev.

## Nakup in vzdrževanje opreme

Že pred začetkom zasebnega dela je treba nakupiti nekaj opreme, ki jo je prej zagotavljal zdravstveni dom. Večinoma gre za informacijsko opremo, tj. za zmogljiv in hiter računalnik (lahko dva, če je tudi sam zdravnik pripravljen delati z njim) in ustrezen program. Ponudnikov programske opreme je več, izbere jo vsak sam. Do konca leta 1999 je bil predviden prehod na RIP (računalniška izmenjava podatkov) z ZZS, kar je spet zahtevalo določena sredstva za posodobitev programske in strojne opreme.

Ker je treba plačevati vse storitve, ki jih zanj opravlja zdravstveni dom, se vsak zasebni zdravnik v okviru svojih finančnih možnosti odloči za nakup dodatne opreme (EKG aparat, oprema za reanimacijo, avtoklav, inhalator, minilaboratorij), po možnosti (če dovoli zdravstveni dom) pa tudi za nakup lastnega pohištva in druge opreme (pohištvo, preiskovalne mize, kartotečne omare ...).

Večina zasebnih splošnih zdravnikov se odloči tudi za nakup »službenega« avtomobila, s katerim opravlja hišne obiske. Po veljavni zakonodaji mora za službene potrebe opraviti vsaj 70 % prevoženih kilometrov.

## Izobraževanje

Vsak zdravnik se mora stalno strokovno izpopolnjevati in vsakih sedem let obnavljati svojo licenco pri Zdravniški zbornici Slovenije. Zasebni splošni zdravnik v skladu s svojimi željami izbira in se udeležuje različnih, v zadnjem času zelo številnih strokovnih izobraževanj, zdravniku v javnem zavodu pa le-ta pogosto omogoči izobraževanje le v minimalnem, zakonsko predpisanem okviru.

Vsake tri mesece mora nakazati tudi del sredstev Združenju javnih zavodov. Ta so namenjena za specializacije mlajših kolegov, iz tega sklada črpajo del sredstev tudi mlajši kolegi zasebniki, ki še nimajo opravljene specializacije, a jo želijo opraviti.

Če je zdravnik prešel v zasebno delo kot specialist splošne medicine, vendar v svojem zdravstvenem domu še ni »odslužil« po Pogodbi o specializaciji določene do-

be za odplačilo sredstev specializacije, mora v skladu z dogovorom s prejšnjim delodajalcem vrniti sredstva, ki jih je javni zavod namenil za njegovo specializacijo.

## Različne članarine

Članstvo v Zdravniški zbornici Slovenije je obvezno za vse zdravnike, lahko pa se včlanijo in seveda tudi plačujejo članarino v Slovenskem zdravniškem društvu, različnih sekcijah in podobno. Večina zasebnih zdravnikov je včlanjena v Združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije.

## Sklep

Zdravnikovo plačo za zaposlenega v javnem zavodu določa Kolektivna pogodba za zdravnike in zobozdravnike, ki upošteva vse dodatke, pridobljene z leti dela in dodatnim izobraževanjem, prišteje mu še znesek, opravljen z dodatnim delom. Višina plače vsaj za zdaj večinoma ni odvisna od količine in kakovosti dela ter od števila opredeljenih bolnikov.

»Plača« zasebnika je vsota, ki ostane, ko od vseh prihodkov ambulante odšteje vse stroške in prispevke ter davke, vključno z dohodnino. Na višino nakazil vpliva število opredeljenih bolnikov, na višino odhodkov pa v veliki meri kakovost dela.

Pretirano varčevanje na račun stroke se ne izplača, varčevanje pri laboratorijskih preiskavah in različnih obvezilnih materialih ali ampuliranih zdravilih prej ali slej zaradi slabo opravljenega dela udari nazaj. Bolje je, da dela zdravnik čim bolj strokovno; da se pri svojem delu povezuje s kolegi, ki si med seboj pomagajo v primeru izpadov, tj. bolezni ali dopusta; da se kolegi med seboj dogovorijo o nakupu različnih aparatov in opravljanju laboratorijskih storitev. Najbolj pereč problem je plačevanje najemnine, zato se večina zasebnih zdravnikov trudi pridobiti lasten prostor za opravljanje svoje dejavnosti in tako zmanjšati stroške za obratovanje ambulante.

Zelo pomemben je tudi korekten odnos do podrejenih. Zdravnik naj bi skupaj s svojo medicinsko sestro oblikoval skupino, ki bi vedno držala skupaj in delovala usklajeno. Osnovno za delo je, da je zadovoljna tudi sestra, ki se zaveda, da tudi ona s svojim trdom prispeva k finančnemu uspehu ambulante, za kar bo ustrezno nagrajena. Tako ni naključje, da so sestre v zasebnih ambulantah bolj zadovoljne s svojim delom in ga opravljajo z večjim veseljem kot v javnih zavodih.

H končnemu zadovoljstvu zdravnika in celotne skupine seveda ne prispeva le večji zaslužek, temveč večja samostojnost pri strokovnih in ekonomskih odločitvah, kar pa je svojevrsten izziv za odločilni korak, imenovan zasebno delo.

### Literatura:

1. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Navodila o planiranju, evidentiranju in obračunavanju zdravstvenih storitev. Občasnik Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije 1997; 1: 6–7.
2. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Dogovor 99 – pravna osnova za pripravo ponudb in sklepanje pogodb. Občasnik Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije 1999; 2: 14–20.
3. Cukjati F. (Ne?)profitna najemnina. ISIS 1999; 11: 42–45.
4. Cukjati F. Vlada nam strukturna laž. ISIS 1999; 6: 41–42.

### Priporočena literatura:

1. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Dogovor 98 – pravna osnova za pripravo ponudb in sklepanje pogodb. Občasnik Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije 1998; 2: 1–19.
2. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Dogovor 97 – pravna osnova za pripravo ponudb in sklepanje pogodb. Občasnik Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije 1997; 3: 1–7.
3. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Dogovor 96 – pravna osnova za pripravo ponudb in sklepanje pogodb. Občasnik Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije 1996; 5: 1–18.

# ZASEBNO DELO V SPLOŠNI MEDICINI

---

Romana Pintar Hafner

## Kratek zgodovinski pregled

Po drugi svetovni vojni je bila zasebna praksa v Ljudski republiki Sloveniji še dovoljena in zakonsko urejena z **Zakonom o zasebni zdravstveni praksi** iz leta 1957. Takrat so zasebno prakso lahko opravljali zdravniki, zobozdravniki, zobarji in zobotehnik, ki so bili za svoje delo ustrezno strokovno usposobljeni in so zadostili kriterijem, navedenim v zakonu.

V uradnem listu SRS št. 14 je bil leta 1965 objavljen **Zakon o zdravstvenem varstvu**, ki je še dopuščal zasebno zdravstveno prakso, z **Zakonom o organizaciji zdravstvene službe** v SR Sloveniji, leta 1967 objavljenim v Uradnem listu SRS št. 16, pa je bil zakon iz leta 1957 razveljavljen in je dopuščal opravljanje zasebnega dela le zdravnikom in zobnim terapevtom, ki niso bili v rednem delovnem razmerju.

Dopolnjeni **Zakon o zdravstvenem varstvu** iz leta 1974 je prepovedal opravljanje zasebne prakse in jo izjemoma dopuščal le tistim, ki so bili ob njegovem sprejetju stari že čez 50 let.

Naslednji **Zakon o zdravstvenem varstvu**, ki je bil sprejet leta 1980, je popolnoma prepovedal opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti in je navajal, da zdravstvenih storitev ni mogoče opravljati z osebnim delom samostojno kot poklic.

Po osamosvojitvi so v Republiki Sloveniji marca leta 1992 začeli veljati **Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju**, **Zakon o zdravstveni dejavnosti** in **Zakon o lekarniški dejavnosti**, ki so zakonsko uveljavili možnost ponovne uvedbe zasebne zdravstvene dejavnosti na področju zdravstva, zobozdravstva in lekarniške dejavnosti. Objavljeni so bili v Uradnem listu RS št. 9/92. Hkrati je bilo uvedeno zdravstveno zavarovanje, ki je zamenjalo prejšnji sistem nacionalnega zdravstvenega varstva, s svojim delom pa je začel **Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)**.

Zakon določa, da zdravstvena dejavnost kot javna služba poteka v sklopu mreže javne zdravstvene službe. Mrežo javne zdravstvene službe sprejema republiška skupščina, na primarni ravni pa jo določa občina oz. mesto. V mrežo javne zdravstvene službe se lahko vključujejo javni zavodi, poleg njih pa še drugi zavodi oziroma pravne osebe ter zasebni zdravstveni delavci, ki so za opravljanje svoje dejavnosti pridobili koncesijo.

Nadzor nad strokovnim delom izvajalcev zdravstvene dejavnosti je prevzela ustrezna zbornica, Zdravniška zbornica pa je zadolžena še za spremljanje in nadzorovanje izvajanja programov specializacije in drugih oblik podiplomskega strokovnega izpopolnjevanja, vključno s sekundariatom, in pa za dajanje, podaljševanje ter odzemanje dovoljenj za samostojno opravljanje poklica zdravnika in zobozdravnika (licenca za delo).

Zakon iz leta 1992 tako postavlja zasebno delo enakovredno in enakopravno ob dejavnost javnih zdravstvenih zavodov. Sklepanje pogodb z ZZZS temelji na izhodiščih, ki jih v medsebojnih pogajanjih sprejmejo vsi trije partnerji, tj. predstavniki zavarovalnega zavoda, zdravstvenih zavodov in zdravniške zbornice in vlade oziroma Ministrstva za zdravstvo.

Zakon tudi določa področja, kjer je opravljanje zasebnega dela prepovedano ali omejeno. Prepovedana je zasebna dejavnost preskrbe s krvjo in krvnimi pripravki, odvzemanje in hranjenje človeških organov za presajanje in patoanatomska dejavnost. Prav



tako prepoveduje tudi socialnomedicinske, higienske, epidemiološke in zdravstveno-ekološke dejavnosti, ki jih sicer opravljajo Inštitut za varovanje zdravja in zavodi za zdravstveno varstvo. Lekarniško dejavnost, mrliško ogledno službo ter dejavnost klinik in inštitutov pa lahko zasebni zdravstveni delavci opravljajo le v okviru javne zdravstvene službe, kar pomeni, da poleg odločbe o vpisu v register zasebnih zdravstvenih delavcev in licence, ki jo podeljuje Ministrstvo za zdravstvo, potrebujejo še koncesijo pristojnega organa (v primarni zdravstveni dejavnosti je to občina).

Koncesija zasebnemu zdravniku omogoča podpis pogodbe z ZZZS, ki je plačnik opravljenih storitev. Bolniki so povsem izenačeni, pa naj obiskujejo zasebnega zdravnika s koncesijo ali zdravnika v javnem zavodu. Obojim morajo plačati le tiste storitve, ki niso zajete v obveznem zdravstvenem zavarovanju oziroma doplačati delež prostovoljnega zavarovanja, če slednjega nimajo sklenjenega. Delo zasebnega splošnega/družinskega zdravnika brez koncesije je v današnjih razmerah v Sloveniji praktično nemogoče, ker imajo vsi državljani možnosti, da se osnovno zdravstveno zavarujejo, tudi če niso redno zaposleni (status občana).

## **Postopek pridobitve soglasij za opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti**

### **Mnenje Zdravniške zbornice o opravljanju zasebne zdravstvene dejavnosti**

Vlogi za pridobitev mnenja Zdravniške zbornice o opravljanju zasebne zdravstvene dejavnosti, ki naj vsebuje ime, priimek, rojstni datum in kraj rojstva, naslov stalnega prebivališča, poklic oz. strokovno izobrazbo, je treba priložiti še:

- navedbo imena kraja, zavoda in delovnega mesta, kjer je vlagalec trenutno zaposlen, in točen naslov bodoče ordinacije;
- dokazilo o opravljenem seminarju, ki ga za kandidate zasebne prakse organizira zdravniška zbornica;
- rojstni list,
- diplomu medicinske fakultete,
- potrdilo o opravljenem strokovnem izpitu oz. končanem sekundariatu,
- diplomu specialističnega izpita,
- potrdilo o slovenskem državljanstvu,
- maturitetno spričevalo oz. potrdilo o znanju slovenskega jezika,
- potrdilo o nekaznovanju,
- dokazilo o večletnih izkušnjah (vsaj 2 leti) na področju splošne dejavnosti,
- dokazilo o zagotovitvi nadomeščanja v času odsotnosti,
- potrdilo javnega zavoda o možnosti najema prostorov.

Razumljivo je, da zasebne zdravstvene dejavnosti ne more opravljati oseba, ki ji je sodišče s pravnomočno odločbo prepovedalo opravljati zdravstveno službo kot poklic.

Zdravniška zbornica poda o kandidatu za zasebno zdravstveno dejavnost mnenje, pri tem pa preveri in upošteva njegovo strokovno usposobljenost (diplomo medicinske fakultete, strokovni izpit oziroma končani sekundariat, končano morebitno specializacijo splošne/družinske medicine), delovni staž v splošni/družinski medicini (minimalno dve leti) in veljavnost licence za opravljanje dela splošnega/družinskega zdravnika.

### **Vpis v Register zasebnih zdravstvenih delavcev**

Po pridobitvi mnenja Zdravniške zbornice Slovenije je treba vložiti pisno vlogo na Ministrstvu za zdravstvo Republike Slovenije za pridobitev odločbe za začasni vpis v register zasebnih zdravstvenih delavcev. V vlogi je treba navesti osebne podatke, naslov bivališča in naslov bodoče zasebne ordinacije, vse preostale potrebne dokumente pa ministrstvu posreduje zbornica.

Ministrstvo za zdravstvo pošlje na podlagi vseh predloženih dokumentov, vključno

z odločbo o ustreznosti prostorov za opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti, začasno odločbo o vpisu v Register zasebnih zdravstvenih delavcev. Dokončno odločbo o vpisu v register pa izda šele po končanem postopku in predložitvi potrdila o prenehanju delovnega razmerja.

Register vsebuje osebne podatke o zasebnem zdravstvenem delavcu, podatke o njegovi strokovni izobrazbi in usposobljenosti ter vrsti zdravstvene dejavnosti, ki jo opravlja. Vsebuje tudi podatke o sedežu in naslovu ordinacije, datum začetka opravljanja dejavnosti in datum vpisa v register.

### **Pridobitev koncesije**

Po vpisu v Register zasebnih zdravstvenih delavcev bodoči zasebni splošni zdravnik zaprosi upravni organ občine ali mesta, kjer bo opravljal svojo dejavnost, za izdajo odločbe o koncesiji. Vlogi je treba priložiti mnenje zbornice, čeprav mora občina po uradni dolžnosti sama zaprositi za mnenje Zdravniško zbornico in ZZZS. Ponekod občinski organi zahtevajo tudi izjavo o tem, katero medicinsko sestro bo kandidat zaposlil po začetku opravljanja zasebne zdravstvene dejavnosti.

Ustrezen občinski organ (Oddelek za družbene dejavnosti) naslovi na območno enoto ZZZS prošnjo za izdajo pisnega soglasja o dodelitvi koncesije kandidatu. Tej vlogi priloži:

- začasno odločbo o vpisu v Register zasebnih zdravstvenih delavcev,
- pozitivno mnenje Zdravniške zbornice Slovenije za pridobitev koncesije,
- vlogo kandidata, naslovljeno na občino,
- druge dokumente, ki jih nekatere občine zahtevajo po lastni presoji.

Enako prošnjo za izdajo soglasja k podelitvi koncesije občinski organ naslovi tudi na javni zavod, kjer bodoči koncesionar opravlja svojo dejavnost. Javni zavod se mora strinjati s prehodom enega svojih zdravnikov v zasebno delo. Odhod zdravnika oziroma delovne skupine pomeni izgubo prihodka za javni zavod.

Po pridobitvi pozitivnih mnenj ZZZS in javnega zavoda občinski organ naslovi na Ministrstvo za zdravstvo prošnjo o izdaji soglasja k podelitvi koncesije za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti.

Po izdaji odločbe o koncesiji prevzemnik koncesije in organ, ki koncesijo izda, podpiseta koncesijsko pogodbo, s katero uredita medsebojne pravice in obveznosti. Prevzemnik koncesije se obveže, da bo svojo dejavnost opravljal v skladu s predpisi, sicer mu koncesijo lahko odvzamejo. Če izdajatelj koncesije izda odločbo o njenem odvzemu, mora sam poskrbeti, da bolnike sprejme na zdravljenje javni zdravstveni zavod ali kak drug zasebni zdravstveni delavec.

### **Sanitarno-higienski pregled ordinacijskih prostorov**

Ministrstvo za zdravstvo s posebno odločbo imenuje tričlansko komisijo, ki bo opravila ogled opreme in prostorov, v katerih bo opravljana zasebna zdravstvena dejavnost, določi datum in uro ogleda ter kandidata obvesti, da vse stroške ogleda nosi sam. Na podlagi ogleda komisija izda poročilo o izvedbi postopka za ugotovitev izpolnjevanja predpisanih pogojev, na podlagi katerega je treba odpraviti vse imenovane nepravilnosti. Po odpravi vseh pomanjkljivosti Ministrstvo izda odločbo o ustreznosti prostorov za opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti.

Pri ogledu prostorov, v katerih zdravstvena dejavnost še ni bila izvajana, je treba opraviti analizo vzorcev vode, in sicer po končanju vodovodnih instalacijskih del dvakrat v razmiku 4 do 5 dni. Izpolnjeni morajo biti tudi naslednji pogoji:

- odlaganje odpadkov v zaklenjene zabojnike,
- odlaganje kontaminiranih odpadkov v posebne zabojnike in pravilno skladiščenje ter njihov odvoz,

- topla voda v sanitarijah,
- opremljenost umivalnih mest z milom in papirnatimi brisačami,
- ločenost ordinacijskih in zasebnih prostorov s slepo kljuko na vratih,
- ustrezna urejenost stopnišča (varovalna ograja),
- zaokrožnice ob prehodu tal v navpično steno,
- ustrezna kontrola sterilizacije,
- ustrezen način shranjevanja sterilnih instrumentov,
- garderobne omare z ločenim prostorom za civilno in delovno obleko.

### **Prijava na razpis Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije**

Po končanem delu arbitražne komisije, kjer sodelujejo predstavniki ZZZS kot plačnika, predstavniki javnih zavodov in zasebnih zdravnikov kot izvajalcev in predstavniki zbornice, ZZZS v dnevnem časopisju objavi razpis programov zdravstvenega zavarovanja za tekoče leto.

Ob prijavi na razpis je treba izpolniti obrazce, ki so kandidatu na voljo na območni enoti ZZZS. Vanje mora vpisati vse zahtevane podatke in priložiti predvideni ordinacijski urnik, kratko vsebino programa dela, letni načrt porabe ločeno zaračunljivega materiala in izjave kolegov o nadomeščanju v času odsotnosti.

Če zasebni zdravstveni delavec ne podpiše pogodbe z ZZZS o plačevanju storitev, so bolniki samoplačniki za vse opravljene zdravnikove storitve, vključno z zdravili in napotitvami na specialistične preglede.

### **Sklep**

Po pridobitvi vseh soglasij, mnenj, koncesije, podpisu pogodbe z ZZZS in vpisu v Register zasebnih zdravstvenih delavcev lahko zdravnik začne opravljati svojo dejavnost. Načelno velja, da lahko zdravstveni delavec opravlja vsako delo, za katero je strokovno usposobljen in ima zanj ustrezno opremo. Za svoje delo prevzema vso etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost. Zdravstveno dejavnost opravlja v skladu s sprejeto strokovno doktrino in z deontološkimi merili. Zakon ga zavezuje, da sprejema vse ljudi pod enakimi pogoji in jih obravnava na enak način ter upošteva njihovo osebnost ter zakonske in ustavne pravice. Kot edino merilo prednosti upošteva nujnost zdravstvenega posega. Zakon mu tudi dopušča, da lahko v skladu s svojo vestjo bolniku odkloni določen poseg; nima pa pravice odkloniti nujne medicinske pomoči.

Zasebni zdravniki, ki opravljajo svojo dejavnost v sklopu javne zdravstvene mreže, morajo poskrbeti za stalno dostopno nujno medicinsko pomoč (po merilih ZZZS vsak delavnik, vključno s soboto med šesto uro zjutraj in osmo uro zvečer), oziroma sodelovati pri njenem zagotavljanju. Za doseg tega je potrebno povezovanje več zasebnih zdravnikov med seboj ali z javnim zavodom in sodelovanje pri organizaciji nujne medicinske pomoči.

#### **Priporočena literatura:**

1. Majcen-Roblek J, Mencej M. Kako do zasebnega dela v zdravstveni dejavnosti. Ljubljana: Center marketing, 1992.
2. Republika Slovenija. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list Republike Slovenije. 1992; 9: 577–90.
3. Republika Slovenija. Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije. 1992; 9: 590–601.
4. Republika Slovenija. Zakon o zavodih. Uradni list Republike Slovenije. 1991; 12:
5. Seminar za kandidate zasebne zdravniške prakse, gradivo. Zdravniška zbornica Slovenije.
6. Urlep F. Razvoj osnovnega zdravstva v Sloveniji. V: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F. eds. Splošna medicina – načela in tehnike. Ljubljana: Sekcija splošne medicine Zveze zdravniških društev – SZD, 1992; 14–22.

# OPREMA IN PROSTOR ZA DELO DRUŽINSKEGA ZDRAVNIKA

---

*Romana Pintar Hafner*

## Urejenost prostorov

Pravilnik o pogojih za opravljanje zdravstvene dejavnosti, izdan v Uradnem listu Republike Slovenije s št. 24/92, določa strokovne, tehnične in druge pogoje za opravljanje zdravstvene dejavnosti (1, 2). Med drugim navaja:

- Objekt, v katerem so prostori za opravljanje zdravstvene dejavnosti, mora ustrezati splošnim sanitarno-higienskim zahtevam. Ordinacija mora biti zgrajena in opremljena v skladu s predpisi, ki urejajo graditev objektov in varstvo pri delu. Priključena mora biti na vodovodno in električno omrežje in imeti mora urejeno higiensko neoporečno odvajanje odplak. Zagotovljeno mora biti tudi odlaganje kontaminiranih odpadkov v zaklenjen kontejner in njihovo redno odvažanje.
- Prostori ordinacije morajo biti ločeni od stanovanjskega dela zgradbe, vhod v zdravstveni del mora biti ločen; če je vhod neposredno od zunaj, mora imeti vetrolov. Vrata, ki vodijo v morebitno stanovanje, morajo imeti slepo kljuko.
- Ordinacija mora biti naravno prezračevana in osvetljena; pri prisilnem prezračevanju drugih prostorov hitrost gibanja zraka ne sme presegati 0,3 m/s.
- Tla v prostorih morajo zagotavljati toplotno in zvočno izolacijo, hkrati pa omogočati mokro čiščenje in dezinfekcijo. Stiki tal in sten morajo biti gladki (zaokrožnice).
- Stene morajo biti gladke in do višine vsaj 1,80 m obdelane s snovjo, ki ne vpija vlage. V sanitarnih prostorih morajo biti stene iz materiala, ki ne prepušča vode. Višina sten v vseh prostorih mora biti najmanj 2,40 m.
- Ordinacija mora biti primerno velika in osvetljena in ne sme biti manjša od 12 m<sup>2</sup>. Razmerje okna : tla mora biti najmanj 1 : 5. Biti mora zvočno dobro izolirana. V primeru opravljanja pediatrične dejavnosti mora imeti ordinacija še prostor za izolacijo in sanitarije ter poseben izhod.
- Sestrška soba mora imeti površino najmanj 12 m<sup>2</sup> in mora imeti poleg sprejemnega dela še prostor za posege, ki mora biti ločen vsaj s pomično steno. Tudi ta soba mora biti naravno prezračevana in dobro osvetljena.
- Čakalnica za eno ambulanto mora imeti površino najmanj 6 m<sup>2</sup>; če je čakalnica skupna za več ordinacij, mora biti ustrezno večja.
- V vsaki ordinaciji mora biti najmanj en umivalnik, v prostoru za posege morata biti dva umivalnika, eden za osebe in eden za instrumente. Umivalniki morajo imeti enoročne mešalne baterije s toplo in hladno vodo, tekoče milo, brisače za enkratno uporabo ali sušilnik za roke in koš za smeti. Okoli umivalnikov morajo biti keramične ploščice, ki naj segajo vsaj 40 cm na vsako stran in vsaj 140 cm v višino.
- V ordinaciji mora biti garderobna omara, ki naj bo dvodelna – z ločenim prostorom za civilno in delovno obleko za vsakega zaposlenega posebej.
- Sanitarije za paciente morajo biti v bližini čakalnice, vhod mora biti skozi predprostor. Zaposleni morajo imeti ločene sanitarije, imajo pa lahko skupen predprostor. Imeti morajo umivalnik s tekočo in hladno vodo, tekoče milo, brisače za enkratno uporabo ali sušilnik za roke in koš za odpadke.
- Za shranjevanje čistil in materiala, ki se uporablja za čiščenje, mora biti zagotovljen poseben prostor ali omara.
- Sterilizacija je lahko suha ali mokra. Za shranjevanje instrumentov se lahko uporablja folije ali kasete. Vodi se dnevnik sterilizacij s kontrolnimi trakovi in potrdili pooblaščenih zavodov za biološko kontrolo.

- Ogrevanje prostorov mora biti urejeno tako, da ne onesnažuje prostorov ter ne ogroža pacientov in osebja. Temperatura prostorov mora biti od 21 do 24 °C.
- Že v sami ordinaciji je treba ločiti komunalne odpadke od kontaminiranih. Kontaminirani odpadki se zbirajo v posebnih kontejnerjih, ki morajo biti zaklenjeni in tako nedostopni nepooblaščenim osebam. S pooblaščenimi podjetji je treba skleniti posebno pogodbo za prevzem in dezinfekcijo kontaminiranih odpadkov.

## **Oprema za ambulantno delo**

Oprema družinske ambulante se je skozi različna zgodovinska obdobja razmeroma malo spreminjala (3). Šele v zadnjih letih je prišlo do bliskovitega napredka v vrsti opreme, materialih in v uporabi različnih dodatnih pripomočkov, ki zdravniku olajšajo delo (osebni računalnik, različni diagnostični testi itd.). Obseg uporabljene opreme je odvisen od tega, katere posege družinski zdravnik opravlja v svoji ambulanti.

## **Pohištvo v ambulanti**

V zadnjem času se namesto klasičnega pisarniškega pohištva vse več uporablja funkcionalno pohištvo, narejeno po meri in iz odpornih materialov, ki se dobro čistijo.

### **V čakalnici družinskega zdravnika mora biti nameščeno naslednje pohištvo:**

- zadostno število stolov ali klopi, lahko različne velikosti (za otroke),
- obešalniki s polico za klobuke,
- stojalo za dežnike,
- posoda za odpadke,
- oglasna deska za splošna obvestila in zdravstveno propagandno gradivo,
- miza za previjanje dojenčkov,
- mizica.

Razvoj tehnike in avdio- oziroma videoopreme je omogočil, da so danes v sodobni čakalnici lahko nameščeni zvočniki za predvajanje glasbe ali različnih obvestil in televizijski sprejemnik z videorekorderjem za predvajanje različnih zdravstveno-vzgojnih filmov.

### **V sestrskem prostoru naj bo (vsaj):**

- pisalna miza oz. druga ustrezna pisalna površina z dvema stoloma,
- kartotečne omare (zelo uporabne so posebne kovinske omare z gladko tekočimi vodili za predale, saj je odpiranje in zapiranje težkih predalov fizično zelo naporno opravilo),
- računalnik s tiskalnikom,
- omara za obrazce,
- koš za odpadke,
- police ali stenski regal za zloženke in propagandno-vzgojno gradivo.

### **V prostoru za posege naj bodo:**

- omare za zdravila in sanitetni material,
- reflektor,
- stenski obešalnik za odlaganje bolnikove obleke,
- preiskovalna miza s pomičnim zglavjem in nastavljivo višino,
- mizica za manjše kirurške posege,
- koš za odpadke, ločeno za kontaminirane odpadke,
- posebna posoda za injekcijske igle,
- stol,

- hladilnik za zdravila in cepiva,
- suhi sterilizator ali avtoklav, skupaj z varilnikom folij.

**V ordinaciji zdravnik potrebuje:**

- pisalno mizo oz. drugo ustrezno pisalno površino s stolom za zdravnika, pacienta in po možnosti za njegovega spremljevalca,
- zmogljiv računalnik z ustrezno programsko opremo in tiskalnikom,
- preiskovalno mizo s pomičnim zglavjem, prirejeno za dviganje in spuščanje (bodisi na hidravlični dvig ali na elektromotor),
- luč za osvetlitev pisalne površine in preiskovalne mize,
- stenski obešalnik za bolnikovo obleko,
- knjižno omaro,
- omaro oz. police za različne zloženke in propagandno-vzgojno gradivo,
- negatoskop za pregledovanje rentgenskih slik,
- dva koša za odpadke (pri pisalni mizi in pri umivalniku),
- ločen prostor za psihotropne substance, ki ga je mogoče zakleniti.

Na vratih ordinacije naj bodo napisana imena celotne ekipe družinske medicine in ordinacijski čas ambulate.

Ekipa družinske medicine (ali več ekip skupaj) naj ima tudi poseben prostor za druženje in počitek (čajna kuhinja), v sanitarijah za zaposlene pa je zelo priporočljiva tudi prha.

## **Oprema za diagnostiko v družinski medicini**

Z leti se je obseg diagnostičnih in terapevtskih posegov družinskega zdravnika glede na obseg opravil pred 2. svetovno vojno zelo zmanjšal. Zakonodaja in navade pacientov danes ne predvidevajo, da bi družinski zdravnik v svoji ambulanti npr. opravljal ginekološke preglede ali vodil nosečnost.

Tako danes diagnostično opremo sestavljajo drobni pripomočki. V zadnjih letih je vsaj v zasebnih ambulantah zaslediti naraščanje dodatnega opremljanja z različnimi diagnostičnimi aparati, ki so zaradi večje ponudbe na trgu, s tem povezanih sprejemljivejših cen ter nezahtevne in hitre uporabe postali dostopni praktično vsakemu zdravniku.

**Tako zdravnik pri svojem delu uporablja:**

- aparat za merjenje krvnega tlaka (večinoma namizni ali stenski živosrebrni), v zadnjem času pa vedno pogosteje tudi stenske ali prenosne izvedbe aparatov na pero,
- fonendoskop,
- negatoskop,
- baterijski otoskop (lahko z oftalmoskopskim nastavkom),
- toplomer (ločeno za rektalno in aksilarno temperaturo), vedno pogosteje pa tudi ročni baterijski merilnik telesne temperature (ušesni),
- baterijsko svetilko,
- brizgo za izpiranje ušes,
- različno dodatno opremo za ORL-diagnostiko in zdravljenje (čelni reflektor, ušesni livčki, nosne spekule, ušesna pinceta, Politzerjev balon, električni grelnik za ogledalca),
- različno opremo za očesno diagnostiko in zdravljenje (tablice za pregled vida, lupa za osvetlitev, lancete ali sveder za odstranitev tujkov),
- refleksno kladivce,
- elektrokardiograf (različne izvedbe od enokanalnih do dvanajstkanalnih, z možnostjo priključitve na računalnik, večinoma prenosni, da se ga po potrebi

- lahko uporabi pri delu na terenu),
- spirometer (prenosni) za hitro oceno pljučne funkcije,
- pulzni oksimeter,
- aparat za merjenje glukoze v krvi (hitri diagnostični trakovi),
- oscilometer ali v zadnjem času dostopnejši dopplerski aparat za žilno diagnostiko,
- inhalator,
- merilnik telesne višine,
- tehtnico za odrasle in dojenčke,
- kaliper,
- merilni trak,
- kotomer za merjenje gibljivosti sklepov,
- plantoskop.

V tujini zdravnik družinske medicine v ambulanti pogosto izvaja še proktoskopijo in ginekološke preglede z odvzemom brisa materničnega vratu. Vedno pogosteje je med opremo družinskega zdravnika tudi ultrazvočni aparat za hitro diagnostiko obolenj v trebuhu.

### **Oprema za posege v ambulanti družinske medicine:**

- pripravljene sterilni seti za oskrbo kirurške rane (kompresa, zloženci, tamponi, peani za čiščenje rane, kirurška in anatomska pinceta, škarje, šivalnik),
- različni šivalni materiali (glede na material in velikost igle), steri strip,
- dodatni instrumenti za manjše posege – sterilni in spravljeni v kasetah, v zadnjem času pa bolj priporočljivo v posebnih sterilnih setih (pincete, škarje različnih oblik in velikosti, držala za skalpele, peani, pincete za odstranjevanje tujkov ...),
- seti za kateterizacijo z zadostnim številom urinskih katetrov (trajnih, za enkratno uporabo),
- porodni set,
- poseben pribor za oskrbo opeklin,
- termokavter,
- strojček za odstranjevanje mavca,
- obvezilni material (sterilne gaze, povoji različnih kakovosti in velikosti, lepilni trakovi, sponke, mrežice, trikotne rute, opornice ...),
- tekočine za čiščenje in razkuževanje ran ali operacijskih površin, bencin, posebni tamponi za dezinfekcijo mesta dajanja injekcij,
- osebna zaščitna sredstva (rokavice za enkratno uporabo – gumijaste ali polivinilne, sterilne rokavice, maske, kape ...),
- baterijske svetilke in rezervni baterijski vložki,
- ampulirana zdravila in različne druge oblike zdravil po izbiri zdravnika,
- sterilne brizge in injekcijske igle različnih velikosti za enkratno uporabo,
- gumijasta cevka ali kakšen drug pripomoček za prevezo nadlahti (Esmarch),
- različni testni lističi (urin, glukoza ...),
- pribor za klistiranje,
- različna drobna oprema (loparčki za jezik za enkratno uporabo z dvema posodama, ledvičke različnih velikosti, poseben kontejner za rabljene injekcijske igle).

### **Oprema za nujno medicinsko pomoč**

Če se ambulanta družinskega zdravnika nahaja v stavbi, kjer deluje več ambulant, je lahko oprema za nujno medicinsko pomoč skupna za več ambulant in/ali postav-

ljena v posebni ambulanti, ki je namenjena za izvajanje le nujne medicinske pomoči. Kljub temu mora imeti nekaj te opreme vsak zdravnik sam; če ne drugje, pa vsaj v svoji zdravniški torbi. Za lažje delo in hitreše povezovanje je dobro, da uporabljata tudi mobilni telefon ali brezžično radijsko (UKV) postajo.

Zdravnik pri delu v nujni medicinski pomoči potrebuje reanimacijski komplet ali kovček, ki naj vsebuje:

- defibrilator z monitorjem (lahko polavtomatski), EKG-priključkom, zapisom in po možnosti kapnometrom ter kompletom za neinvazivno merjenje krvnega tlaka, z vsemi priključnimi kabli in dodatkom za zunanjo masažo srca – pacing (najnovejši LIFEPAK 12),
- aspirator (baterijsko/električno napajanje) z zadostnim številom različnih aspiracijskih cevk,
- S-tubusi različnih velikosti,
- set za intubacijo z zadostnim številom različnih orotrahealnih tubusov, vodilo tubusa (introduktor),
- nosne katetre ali obrazne kisikove maske skupaj z virom kisika v zadostni količini,
- respirator ali vsaj balon AMBU za umetno ventilacijo,
- infuzijske sete z vso dodatno opremo: različne kanile za vzpostavitev venskega kanala, različne infuzijske raztopine, stojalo za infuzijske sisteme, košarice za steklenice (zadnje čase večinoma niso več potrebne), pribor za fiksacijo infuzijskih sistemov, pribor za prevezo okončine, intraosalne igle;
- pribor za imobilizacijo (opornice po Boehlerju, Kramerju, vakuumska blazina, opornice za imobilizacijo vratne hrbtenice, zajemalna nosila),
- set za izpiranje želodca (posode, gumijasta cev za enkratno uporabo – sonda, lijak, gumijasti predpasnik).

Zagotovo vsak zdravnik posebej ne more imeti na razpolago vse navedene opreme, zato je zelo pomembna organizacija nujne medicinske pomoči in reševalnih prevozov z dobro opremljenim reanimobilom, v katerem se prav tako nahaja vsa naštetá oprema.

## Zdravila v ambulanti družinskega zdravnika

Izbor zdravil, ki jih uporablja, določi vsak zdravnik sam (glede na svoje izkušnje in pridobljeno znanje).

V nadaljevanju so (po farmakodinamskih skupinah) (4, 5) naštetá zdravila, ki ne bi smela manjkati v nobeni ambulanti.

### • Zdravila, ki delujejo na imunološke mehanizme:

- cepivo proti gripi (\*),
- cepivo proti tetanusu (\*\*),
- humani anti-tetanus imunoglobulin (\*\*),
- različni imunosupresivi (\*\*\*)

(\*) Cepivo se nabavi v jesenskih mesecih (oktobra), in sicer na podlagi poprejšnje ocene števila bolnikov, ki se jim takšno cepljenje priporoča (zlasti osebe nad 65 let in kronični bolniki).

(\*\*) Slovenija je med državami z največjo pogostnostjo obolelih za tetanusom, zato ne smemo pozabiti na zaščitno cepljenje in zaščito pred okužbo pri vseh ranah (še zlasti pri starejših bolnikih).

(\*\*\*) Ta zdravila se po prej opravljenem specialističnem predpisovanju aplicirajo v družinski ambulanti, lahko pa si jih aplicira bolnik sam (doma).

### • Zdravila, ki delujejo na infektivne in parazitarne bolezni:

- benzilpenicilin,
- ceftriakson,
- gentamicin,
- interferoni (po predhodnem specialistovem predpisu).



- Zdravila, ki delujejo na endokrine bolezni:
  - inzulini (humani, hitro delujoči),
  - glukagon,
  - raztopina glukoze (37 %, 50 %),
  - glukokortikoidi: – betametazon,
    - dexametazon,
    - metilprednizolon,
    - hidrocortison,
  - spolni hormoni: – testosteron.
- Zdravila, ki delujejo na bolezni metabolizma in prehrane:
  - ampule vitamina C,
  - različni vitamini B v ampulah (zlasti B<sub>12</sub>),
  - antihistaminiki (klemastin).
- Zdravila, ki delujejo na bolezni krvi in krvotvornih organov:
  - železovi preparati za im. ali iv. aplikacijo,
  - parenteralni antikoagulansi (nizko molekularni heparin),
  - splošni hemostiptiki (etamsilat).
- Zdravila, ki se uporabljajo pri duševnih motnjah:
  - nevroleptiki (cuklopentiksol, flufenazin, flupentixol, haloperidol),
  - anksiolitiki (diazepam),
  - kapsule klometiazola.
- Zdravila, ki delujejo na živčni sistem:
  - splošni anestetiki ali analgetiki (ketamin),
  - lokalni anestetiki v različnih koncentracijah za lokalno ali prevodno anestezijo, žele ali pršilo (lidokain),
  - antiparkinsoniki (biperiden),
  - nenarkotični antipiretiki in analgetiki:
    - acetilsalicilna kislina v tabletah,
    - metamizol v ampulah,
    - paracetamol v svečkah,
    - sumatriptan v ampulah,
  - narkotični analgetiki:
    - metadon v kapljicah ali ampulah,
    - morfin v ampulah ali tabletah z dolgotrajnim delovanjem,
    - tramadol,
    - piritramid,
    - petidin.
- Zdravila, ki delujejo na očne in ušesne bolezni (v obliki kapljic ali mazil) – po izbiri zdravnika, vključno z anestetikom (tetrakain);
- Zdravila, ki delujejo na bolezni kardiovaskularnega sistema:
  - karditoniki (digoksin),
  - antiaritmiki (amiodaron, lidokain, adenosin),
  - zdravila za zdravljenje angine pectoris v obliki tablet ali sublingualnega pršila (gliceril trinitrat),
  - zdravila za hitro znižanje krvnega tlaka:
    - enalapril (ampule),
    - kaptopril (tablete),
  - diuretiki (furosemid – ampule),
  - blokatorji kalcijev kanalov (verapamil),
  - vazokonstriktorji (epinefrin, dihidroergotamin).

- Zdravila, ki delujejo na boleznih respiratornega sistema:
  - bronhospazmolitiki (aminofilin),
  - bronhospazmolitiki v pršilu ali raztopina za inhalacijo (salbutamol, fenoterol).
- Zdravila, ki delujejo na boleznih digestivnega sistema:
  - antiholinergiki in spazmolitiki (butilskopolamin, tropispijev klorid),
  - antiemetiki (metoklopramid, tietilperazin),
  - blokatorji receptorjev H<sub>2</sub> (ranitidin).
- Zdravila, ki se uporabljajo pri porodu in zapletih med nosečnostjo oziroma porodom:
  - uterostiptiki (metilergometrin).
- Zdravila, ki delujejo na boleznih kože in podkožnega tkiva:
  - prašek Bivacyn v pršilu (za manjše odrgnine),
  - Dermazin (krema),
  - različne kombinacije mazil po presoji zdravnika.
- Zdravila, ki delujejo na boleznih mišično-kostnega sistema:
  - nesteroidni antirevmatiki (diklofenak, ketoprofen, naproksen).
- Antidoti in antagonisti:
  - flumazenil,
  - nalokson,
  - atropin,
  - konakion,
  - medicinsko oglje,
  - grenka sol,
  - fizostigmin salicilat.

Poleg tega potrebuje še različne infuzijske raztopine (0,9-% raztopino NaCl, 5-% raztopino glukoze, 1-M raztopino NaHCO<sub>3</sub>) in nadomestkov plazme.

Če zdravnik opravlja svoje delo v odročnih ambulantah, kjer v bližini ni lekarne, si lahko pripravi tudi zalogo zdravil v obliki tablet, sirupov ali svečk za nujne primere in tako oskrbi svoje bolnike do takrat, ko si sami priskrbijo zdravila, ki so jim bila predpisana na recept.

Antišok komplet mora biti v vsaki ambulanti pripravljen na vidnem mestu in ločeno od drugih zdravil. Psihotropne substance se morajo hraniti ločeno, na varnem mestu in pod ključem; o prometu teh substanc se mora voditi posebna knjiga. Cepiva, humani gama globulini in mazila naj se hranijo v hladilniku.

## Oprema za sterilizacijo

Na področju sterilizacije kirurških instrumentov je bilo v zadnjih letih vpeljanih veliko novosti. Izredno veliko spremembo je povzročila uvedba brizg in igel za enkratno uporabo. Tako si mlajši zdravniki danes sploh ne znajo predstavljati, da bi morali še vedno prekuhavati ali sterilizirati igle in brizge.

Čeprav zakon sicer dopušča suho sterilizacijo, se vedno bolj uporablja avtoklaviranje in priprava posebnih setov za različne posege ali pa le setov s sterilnim obvezilnim materialom. Sterilizacija je lahko urejena centralno za potrebe vseh ambulant (npr. v zdravstvenem domu), ali pa ima priročni avtoklav vsaka ambulanta posebej (zlasti v manjših zdravstvenih domovih in pri zasebnih zdravnikih). Pri pripravi materiala se uporablja samolepilne, že tovarniško pripravljene vrečke ali pa večmetrske rokave, ki se jih zavari s posebnim strojčkom. Sodobni avtoklav omogoča izbiro različnih programov glede na vrsto materiala, ki je namenjen avtoklaviranju. Programi se nastavljajo glede na čas trajanja sterilizacije oziroma glede na temperaturo. Avtoklav omogoča računalniški nadzor postopka in izpis celotnega postopka na papir.

**Kontrola sterilizacije naj bo trojna:**

- fizikalna kontrola avtoklava, ki jo omogoča izpis na papir (temperatura, čas, tlak, vakuum);
- kemična kontrola temperature na barvnih indikatorjih, ki so večinoma že vgrajeni na rokave za sterilizacijo;
- biološka kontrola, tj. pošiljanje spor *Bacillus subtilis* ali *Bacillus stearothermophilus* v pooblaščen laboratorije (dvakrat na mesec);

Za polnjenje avtoklava potrebujemo destilirano vodo.

**Dodatna oprema**

Če družinski zdravnik sam ali pa več zdravnikov skupaj opravlja tudi laboratorijske preiskave, je za to treba zagotoviti poseben prostor. Tudi laboratorijska oprema se je v zadnjih letih bistveno pocenila in postala dostopnejša ter manj zahtevna za uporabo. Veliko laboratorijskih preiskav se lahko orientacijsko opravi s pomočjo testnih listkov, hitrih reagenčnih testov ali s pomočjo aparatov suhe biokemije na podlagi mikrovzorcev krvi.

**Oprema za terensko delo**

Družinski zdravnik opravlja tudi terensko delo – bodisi po dogovoru, ko obiskuje svoje bolnike na domu, ali pa v primeru dežurstva, ko mora oskrbeti nenadoma obolelega ali poškodovanega bolnika kjer koli na terenu.

Za delo na terenu zato zdravnik potrebuje primerno obleko in obutev, ki je prilagojena vsakršnim vremenskim in terenskim razmeram in je primerna tudi za hojo po težko dostopnem terenu. Na teren se odpelje z avtomobilom, ki je praviloma opremljen s pogonom na vsa štiri kolesa. Osnovna oprema, ki jo mora imeti terenski zdravnik, vsebuje:

- njegovo zdravniško torbo,
- kovček z vso potrebno opremo za oživljanje,
- kovček z večjo količino obvezilnega materiala,
- baterijsko svetilko,
- tople odeje ali astronautsko folijo,
- mobilni telefon ali radijsko (UKV) postajo,
- potrebno zvočno in svetlobno signalizacijo.

Pravilnik o vozilih s prednostjo in vozilih za spremstvo določa točno razporeditev svetlobnih teles na vozilu za nujno medicinsko pomoč. Zasebni družinski zdravniki se tu srečujejo s problemom označitve svojega osebnega avtomobila, ki ga uporabljajo (tudi) za nujne vožnje, saj pravilnik osebnih vozil zdravnika ne omenja.

Zdravniška torba ali kovček je že več kot sto let eden izmed zunanjih znakov zdravnika. Oblika se je spreminjala le malo, vsebina pa sledi tehničnemu napredku in seveda presoji vsakega zdravnika posebej. Nekateri zdravniki imajo v svoji torbi le najnujnejšo opremo: aparat za merjenje krvnega tlaka na pero, fonendoskop, otoskop, nekaj brizg in igel s tamponi za razkuževanje kože ter izbor zdravil, zloženih v ampularij. Drugi nosijo s seboj tudi dodatno opremo: obvezilni material, set za nastavitev infuzijskih tekočin, manjši kirurški set, baterijo, toplomer, rokavice, različne testne listke, različna zdravila v obliki tablet itd.

V zdravniški torbi mora biti tudi nekaj tiskovin (recepti, napotnice, nalogi za reševalni prevoz, poročila o hišnem obisku), pisalo in žig.

Po potrebi in ob naročenem hišnem obisku lahko zdravnik vzame s sabo na teren še dodatno opremo, npr. set za kateterizacijo, porodni komplet ipd.

Zdravnik mora sam skrbeti za dopolnjevanje porabljene opreme v zdravniški torbi

ter za redno in pravočasno menjavanje zdravil. Ob tem naj upošteva, da se torba velikokrat nahaja v osebni avtomobilu in v neugodnih klimatskih razmerah (vročina, zmrzal). Priporoča se redna menjava ampuliranih zdravil, in sicer dvakrat na leto (jeseni in spomladi).

Družinski zdravnik v manjših krajih opravlja tudi mrliško pregledno službo. Za to delo bi praviloma moral uporabljati ločeno opremo, kar pa ni vedno izvedljivo, saj se včasih zgodi, da zdravnik šele na terenu ugotovi, da je bolnik ali poškodovanec že umrl.

Oprema za mrliški ali krajevni pregled naj bo zložena v posebni torbi, ki naj vsebuje:

- več parov gumijastih rokavic,
- plastične vrečke,
- brizge (20 ccm) in igle različnih velikosti ter dolžin (za odvzem telesnih tekočin),
- laboratorijski toplomer,
- merilni trak,
- povečevalno steklo,
- baterijsko svetilko,
- pisalni pribor in samolepilne nalepke,
- razkužilo.

## Tiskovine v družinski ambulanti

V ambulanti se uporabljajo številni obrazci in druge tiskovine. Večino obrazcev predpisuje Zavod za zdravstveno zavarovanje (6, 7) in so natisnjeni v enotni zeleni barvi. To je pri delu moteče, saj so si obrazci zelo podobni in včasih iskanje pravega med njimi zahteva preveč časa. Prav tako – po mnenju večine zdravnikov – ZZS prepogosto menja obrazce (ob tem, da opravi le minimalne popravke). To je povezano s precejšnjimi stroški za nakup novih tiskovin in za priredbo računalniških programov.

**Obrazci, ki jih predpisuje ZZS in se uporabljajo v družinski medicini, so:**

- **Recept (obr. Rp)**
- **Napotnica (obr. NAP)** za napotitve k specialistom in v bolnišnico; zavarovalnica je predvidela, da osebni zdravnik na napotnico označi čas trajanja pooblastila in obseg pooblastila, kar naj bi lečeči specialist upošteval pri svojem delu\*.
- **Potrdilo o upravičeni zadržanosti z dela (obr. BOL)**; izda se ob zaključenem bolniškem staležu oz. konec meseca (osebni zdravnik ima pravico sam odrediti odsotnost z dela do 30 delovnih dni, nato pa mora bolnika napotiti na zdravniško komisijo).
- **Naročilnica za tehnični pripomoček (obr. NAR-1)** se uporablja za predpis ortopedskih pripomočkov; zavarovalnica določa, katere pripomočke lahko predpiše osebni zdravnik sam, katere predpiše le specialist in katere mora odobriti zdravniška komisija (za vsak pripomoček je tudi določeno, ali je treba obrazec dati v potrdilo na območno enoto ZZS ali celo na zdravniško komisijo, ter čas, po katerem se lahko pripomoček ponovno predpiše).
- **Potrdilo o upravičenosti do potnih stroškov-spremnosti (obr. PS)** se izpolnjuje v skladu z določili ZZS v primeru zdravljenja bolezni ali poškodb pri delu.
- **Nalog za prevoz (obr. NLG)** se izpolnjuje po presoji osebnega zdravnika, ki odredi, ali je pacient upravičen do prevoza z reševalnim vozilom, in na kakšen način.

\* pooblastilo:

1 – pregled in mnenje

2 – zdravljenje osnovne bolezni/poškodbe in njenih posledic

3 – napotitev na zdravljenje k drugim specialistom in v bolnišnico

- **Izbira osebnega zdravnika (obr. IOZ)**; vsak zavarovanec ima pravico izbrati svojega osebnega zdravnika; omenjeni obrazec podpiše ob prvem obisku pri njem.
- **Predlog zdravniški komisiji (obr. ZK)** se izpolnjuje v primeru odsotnosti z dela nad 30 dni ali v primeru napotitve na komisijo za odobritev zdraviliškega zdravljenja.
- **Delovni nalog (obr. DN)** se izda za storitve rentgena, fizioterapije, delovne terapije, nege na domu in storitev psihologa.

V praksi opažamo, da specialisti ne poznajo pravil obveznega zavarovanja in ne upoštevajo navodil zavarovalnice. Na izvidu, ki ga napišejo bolniku, naj bi označili dobo trajanja pooblastila in obseg pooblastila družinskega zdravnika – ter to seveda dosledno upoštevali. Tako ne bi prihajalo do nepotrebnih nesporazumov, predvsem pa do neprijetnega pošiljanja bolnikov nazaj k osebnemu zdravniku.

#### Drugi obrazci:

- Obrazec **Prijava poškodbe pri delu (obr. ER-8)** izpiše delodajalec v primeru nesreče pri delu.
- Obrazci za **laboratorijske preiskave** so predpisani s strani laboratorija (odvisni so od aparata, na katerem se izvajajo preiskave).
- **Poročilo o hišnem obisku** je interni obrazec posameznih zdravstvenih domov. ZZS ga ne predpisuje in prepušča izbiro evidence opravljenih storitev na hišnih obiskih zdravniku (zapis v karton). Obrazec je koristen v primeru, ko kak drug zdravnik opravi hišni obisk pri bolniku, ki ni njegov opredeljeni bolnik. Takrat izpolnjeni obrazec služi kot informacija za osebnega zdravnika.
- **Prijava nalezljivih bolezni**; v preteklosti je bil predpisan poseben obrazec, danes pa se večinoma uporablja računalniški izpis glede na vpisane diagnoze pri pregledu bolnika.
- **Interna napotnica** se sicer opušča, vendar je še uporabna pri napotitvi bolnika npr. v dežurno ambulanto (ob koncu tedna). Nanjo zdravnik zapiše želene storitve, ki naj jih opravi dežurni zdravnik (npr. preveza, parenteralna terapija, infuzija ...).
- **Beli recept** izdaja Inštitut za varovanje zdravja, uporablja pa se za predpisovanje zdravil z negativne liste in za zdravila, predpisana bolnikom, ki so samoplačniki.
- **Zdravniško potrdilo – (obr. 8,25 DZS)** se uporablja za pisanje različnih potrdil in priporočil.
- **Zdravstveni karton z vložnimi listi** služi za zapis bolnikove anamneze, statusa, izvidov, diagnoze, terapije, evidence bolniške odsotnosti in napotitev. V prihodnje se bo najbrž uporabljal le računalniški zapis, za zdaj pa ročni zapis v zdravstveni karton služi tudi za obračun opravljenih storitev pri nadzoru, ki ga izvaja ZZS, ali pri strokovnem nadzoru.
- **Ambulantna knjiga**; vanjo se vpišejo vsi podatki bolnikov, ki nimajo zdravstvenega kartona.
- **Zdravniško spričevalo**; ta obrazec, ki ga izdajajo različne zavarovalnice in organi pregona, služi za zapis stanja ob poškodbah.
- **Zdravniško poročilo** o vzroku smrti izpolni zdravnik na mrliškem ali krajevnem pregledu, če lahko zanesljivo vpiše vzrok smrti.
- **Izvedensko mnenje** ob napotitvi na invalidsko komisijo se izpolnjuje ob napotitvi bolnika na oceno o preostali delazmožnosti v zvezi s postopkom na invalidski komisiji, ob oceni telesne okvare ali priznanja dodatka za tujo nego in pomoč.

Pisanje različnih napotnic in obrazcev pomeni za zdravnika precejšnje obremenitve. Število obrazcev, ki se uporabljajo, se bo v prihodnosti gotovo zmanjšalo, saj je pričakovati večje povezovanje prek računalnikov in drugih elektronskih medijev, ki bi jih lahko koristno uporabili za administrativno delo zdravnika.

#### Literatura:

1. Pravilnik o pogojih za opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije 24/1992. Ljubljana: Časopisni zavod Uradni list Republike Slovenije 1992; 24: 1920–1921.
2. Majcen – Roblek J, Mencej M. Kako do zasebnega dela v zdravstveni dejavnosti. Ljubljana: Center Marketing, 1992: 87–93.
3. Košir T. Oprema za delo v splošni medicini. In: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F. Splošna medicina, načela in tehnike. Ljubljana. Sekcija družinske medicine SZD, 1992: 212–226.
4. Register zdravil republike Slovenije IV. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja in Ministrstvo za zdravstvo, 1997.
5. Kersnik J. Nujna stanja. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino slovenskega zdravniškega društva, 1994: 10.3.1 – 10.3.2.
6. Košir T. Obrazci v splošni medicini. In: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F. Splošna medicina, načela in tehnike. Ljubljana. Sekcija družinske medicine SZD, 1992: 231–235.
7. Pravilnik o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja. Uradni list Republike Slovenije 3/99. Ljubljana: Časopisni zavod Uradni list Republike Slovenije 1999; 3: 12298–12313.

#### Priporočena literatura:

1. Bull MJV, Gardiner P. Surgical Procedures in Primary Care. Oxford: Oxford University Press: 1995.
2. Gradivo seminarja za kandidate zasebne zdravniške prakse, Zdravniška zbornica Slovenije, oktober 1994.
3. Navodilo o ravnanju z odpadki, ki nastajajo pri opravljanju zdravstvene dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije 30/1995. Ljubljana: Časopisni zavod Uradni list Republike Slovenije 1995; 30: 2213–2218.
4. Navodila za predpisovanje tehničnih pripomočkov. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1995.
5. Odločba o seznamu mamil. Uradni list Republike Slovenije 5/98. Ljubljana: Časopisni zavod Uradni list Republike Slovenije 1998; 5: 250–255.
6. Odločba o dopolnitvi odločbe o seznamu mamil. Uradni list Republike Slovenije 69/99. Ljubljana: Časopisni zavod Uradni list Republike Slovenije 1999; 69: 5308.
7. Program imunoprofilakse in kemoprofilakse za leto 1999. Uradni list Republike Slovenije 5/99. Ljubljana: Časopisni zavod Uradni list Republike Slovenije 1999; 5: 336–353.
8. Pravilnik o prijavi nalezljivih bolezni in posebnih ukrepih za njihovo preprečevanje in obvladovanje. Uradni list Republike Slovenije 16/99. Ljubljana: Časopisni zavod Uradni list Republike Slovenije 1999; 16: 1603–1610.
9. Pravilnik o cepljenju, zaščiti z zdravili in varstvu pred vnosom in razširjanjem nalezljivih bolezni. Uradni list Republike Slovenije 16/99. Ljubljana: Časopisni zavod Uradni list Republike Slovenije 1999; 16: 1606–1610.
10. Pravilnik o vozilih s prednostjo in vozilih za spremstvo. Uradni list Republike Slovenije 78/99. Ljubljana: Časopisni zavod Uradni list Republike Slovenije 1999; 78: 12285–12287.
11. Pravilnik o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb. Uradni list Republike Slovenije 74/99. Ljubljana: Časopisni zavod Uradni list Republike Slovenije 1999; 74: 9868–9870.
12. Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči. Uradni list Republike Slovenije 77/96. Ljubljana: Časopisni zavod Uradni list Republike Slovenije 1996; 77: 8452–8460.
13. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja s pojasnili in izvedbenimi navodili. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1995.
14. Pravilnik o pogojih in načinu opravljanja mrliško pregledne službe. Uradni list republike Slovenije 56/93. Ljubljana: Časopisni zavod Uradni list Republike Slovenije 1993; 56: 2811–2813.

15. Strokovna navodila za opravljanje mrliškega pregleda. Uradni list Republike Slovenije 56/93. Ljubljana: Časopisni zavod Uradni list Republike Slovenije 1993; 56: 2817–2819.
16. Smrkolj V. Praktikum ambulantne operativne kirurgije. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1990.
17. Zakon o sanitarni inšpekciji. Uradni list Republike Slovenije 8/73. Ljubljana: Časopisni zavod Uradni list Republike Slovenije 1973; 8: 277–280.
18. Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o sanitarni inšpekciji. Uradni list Republike Slovenije 9/85. Ljubljana: Časopisni zavod Uradni list Republike Slovenije 1985; 9: 403–405.
19. Zakon o nalezljivih boleznih. Uradni list Republike Slovenije 69/95. Ljubljana: Časopisni zavod Uradni list Republike Slovenije 1995; 69: 5291–5300.

# ČAKALNICA V DRUŽINSKI MEDICINI

---

*Franci Božiček*

## Uvod

Zdravnik pogosto vzpostavi najosnovnejši stik z bolnikom, še preden se z njim sreča. Osnovni odnos med njima se začne oblikovati že: ob klicu po telefonu, če se bolnik naroči; pred vhomom v objekt, v katerem je ambulanta (saj že zunanja ureditev, predvsem v smislu urejenosti ali neurejenosti okolice in zunanosti, kaže na osnovne lastnosti ljudi, ki delajo v tej ali oni zgradbi); poglobi pa se v čakalnici.

To je prostor, v katerem se bolnik po prihodu v ambulanto ustavi in čaka na obisk pri zdravniku, lahko pa je tudi še marsikaj drugega. Čakalnica je ogledalo ambulante, skozi njo se kaže tudi kakovost dela zdravstvene skupine.

## Čakalnica družinske medicine

Na prvi pogled se čakalnica v družinski medicini ne loči od čakalnic, namenjenih drugim medicinskim specialnostim, odsevati pa bi morala tisto, čemur služi – družinsko medicino. Predvsem bi morala biti prijazna za vse, ki jim je namenjena, torej vsem vrstam družinskih članov.

Razen predpisane minimalne velikosti, višine in primerne osvetlitve, kar vse opredeljuje Pravilnik o pogojih za opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti (Uradni list RS 24/92), ni posebnih uradnih predpisov, ki bi se nanašali na čakalnico v družinski medicini.

Čakalnica naj bi bila svetla, zračna, okusno opremljena in dostopna tudi invalidnim osebam. Zanj ni primerna namestitvev v kleti ali nadstropju brez dvigala (1).

Kadar ena čakalnica služi dvema ali več ambulantam naenkrat, mora biti ustrezno večja. V praksi bi velikost čakalnice morala določati njena maksimalna obremenitev (stolov naj bi bilo toliko, da bi vsi bolniki lahko sedeli), oprema pa mora biti prirejena strukturi uporabnikov. Priporočljivo je, da bi v prostorih družinske ambulante za kurativno in preventivno zdravstveno varstvo otrok obstajala posebna čakalnica. Sistem naročanja namreč dopušča, da je v eno samo čakalnico mogoče naročiti tudi zdrave otroke in šolarje za sistematski pregled, vendar ob drugem času, ko niso naročeni drugi bolniki.

Priporočljivo je, da ob čakalnici obstaja še poseben prostor – izoleta – s posebnim vhomom v ordinacijo in izhodom na hodnik, kjer bolnik z nalezljivo boleznijo ni v stiku z drugimi bolniki ali zdravimi. Čakalnica, kamor zahajajo matere z majhnimi otroki, naj bi premogla tudi previjalno mizo in umivalnik.

Sistem naročanja je tak, da v veliki meri zmanjšuje število bolnikov, čakajočih naenkrat v čakalnici, in tudi zasebno zdravstvo pogosto išče minimalne, še zadovoljive standarde. Vse to v zadnjem času vpliva na razmišljanje o čakalnici, ki pa še vedno ni optimalno (tako glede na velikost kot prostore, ki so ji namenjeni).

Pri opredelitvi, kakšna naj bo konkretna čakalnica (upoštevaje posebnosti populacije, obseg dela v ambulanti in podobno), je treba vselej upoštevati doktrinarna stališča in se posvetovati z Zdravstvenim inšpektoratom RS, ki obravnava vsak primer čakalnice posebej, glede na konkretne potrebe.

Obvestila obiskovalcem naj bodo na oglasni deski v čakalnici, na vratih ordinacije pa imena celotne ekipe, ne le ime zdravnika, in ordinacijski čas (1).

Čakalnica ni le prostor za pasivno čakanje. Čas, ko bolniki čakajo, bi moral biti izpolnjen z zdravstveno-vzgojnimi obvestili in tudi drugimi, ki se nanašajo na zdravstvo,



in bi jim utegnili koristiti. V ta namen uporabljajo razne posterje, ki navadno visijo na stenah čakalnic ali panojih, če prostor to dopušča. Posterji naj ne bi bili vselej isti, ampak naj bi jih menjavali ob raznih obeležjih in glede na aktualno zdravstveno problematiko; ponavadi za tovrstno ureditev čakalnice skrbi medicinska sestra, ki posterje lahko naredi tudi sama.

Prav tako naj bodo v čakalnici na voljo razne zloženske, ki jih je zelo veliko že natisnjenih. V čakalnico spadajo še revije z zdravstveno-vzgojno vsebino. Propagandni material farmacevtske industrije pa zaradi neposrednega ali posrednega tržnega sporočila ne sodi v čakalnico. V njej lahko osebje zdravstvene skupine uporabi sodobno avdiovizualno tehniko (npr. video, ki ga občasno predvajajo). Obstaja vrsta že pripravljenih kaset z zdravstveno-vzgojno vsebino; marsikaj pa je odvisno od njihove iznajdljivosti.

Čakalnica je mesto, kjer so dobrodošle tudi tople otroške risbe (zlasti če nakazujejo povezavo zdravstvenega osebjem s šolo) in morda še okrasne rastline. To je javen prostor, v katerem se zbirajo ljudje, ki imajo podobne, včasih povsem enake, lahko pa tudi povsem različne interese. V njej se zbirajo bolniki različnih starosti in spolov, ki so bodisi sami ali skupaj s člani svoje družine ali skrbniki. V čakalnici se ponavadi spontano oblikuje odprta, nestrukturirana skupina, v kateri je mogoče širiti vpliv, doživljati stiske drugih in dobiti nove podatke. Bolniki med sabo izmenjujejo izkušnje, iz katerih sledijo tudi marsikatero poznejše zahteve po določenih diagnostičnih in terapevtskih postopkih. Iz medsebojnih stikov čakajočih je moč zaslediti tudi probleme posameznikov in njihovih družin, zadovoljstvo ali nezadovoljstvo s posameznimi družinskimi člani in še marsikaj drugega. Nekateri posedijo v čakalnici uro ali dve in potem odidejo, ne da bi obiskali zdravnika. Drugi lahko povzročijo v čakalnici tudi veliko zmedo, če se čas, za katerega so bili naročeni, iz kakršnih koli vzrokov zavleče ali če njihovim pričakovanjem ni bilo ugodeno – pa tudi sicer, ker so pač takšni. Pomembno je, da zdravnik čakalnico obvlada, kar zmore le, če se sam pojavi v njej.

Če bo prisluhnil pogovorom v čakalnici, si bo nabral veliko zanimivih podatkov o delu zdravstvene ekipe in zdravstvu nasploh (1) ter tudi o vzdušju, ki vlada pri bolnikih doma. Pogosto je v čakalnici mogoče slišati raznovrstne pomembne podatke, zaslutiti strahove posameznikov in dejstva, ki zdravniku ostanejo za vselej zamolčana, če jih tam ne spozna. Zato je pomembna občasna prisotnost zdravnika ali medicinske sestre v čakalnici in občasno vključevanje v pogovore s čakajočimi. Najbolj enostavno je to izvedljivo v času klicanja naslednjega bolnika. Najbolje je, če medicinska sestra ali še bolje zdravnik stopi iz ordinacije v čakalnico in povabi naslednjega obiskovalca, naj vstopi, obenem pa priložnostno prisluhne in se vključi v pogovor s čakalniško skupino. Bolniki ali družinski člani včasih ob takšnih priložnostih neobremenjeno postavijo kakšno vprašanje. Hkrati lahko tudi opazi, če je kdo od čakajočih tako bolan, da potrebuje prednost. Ko zdravnik ali medicinska sestra ugotovita kaj takega, za prednost formalno poprosita preostale čakajoče, ki za takšne primere ponavadi vedno pokažejo razumevanje. Nasprotno pa prisotni v čakalnici zdravniku in medicinski sestri zamerijo vstopanje nekaterih bolnikov mimo vrste skozi zadnja vrata. Sicer ponekod pokličejo bolnike v ambulanto tudi drugače, vendar le opisani način zagotavlja pristen odnos med zdravnikom in bolnikom že od vsega začetka.

Organizacija dela v ambulanti mora biti prilagodljiva, tako da vselej omogoča takojšnjo pomoč nujnim bolnikom ali odhod na nujen hišni obisk. Seveda mora zdravnik takšne nepričakovane situacije, ki jih ni moč načrtovati, bolnikom v čakalnici razložiti. Potem bodo lažje počakali kljub dejstvu, da so bili naročeni prej!

Čakalnica lahko služi tudi kot prostor za izvajanje načrtovanih zdravstveno-vzgojnih pogovorov (predavanj, delavnic ...) z različnimi skupinami varovancev. Izvaja jih bodisi zdravnik bodisi medicinska sestra. Potekajo naj v sklopu načrtno obdelave, npr. bolnikov s sladkorno boleznijo ali zvišanim krvnim tlakom, zvišanim holesterolom

in podobnim, ali med raznimi sistematskimi pregledi, sestanki za starše, z naravoslovnimi dnevi, raznimi tečaji (prva pomoč), ko določeno skupino ob določenem času (zunaj ordinacijskega) povabimo v ambulanto.

Pogosto se medicinska sestra ali zdravnik med samim delom soočata z bolnikovimi kratkimi konkretnimi vprašanji, ki se nanašajo na zdravstveno-vzgojne vsebine, razvidne iz materialov v čakalnici, ki jih bolniki prebirajo (2) (npr. vprašanja o prehrani, holesterolu ...). Takšni pogovori med samim delom potekajo tako, da jim medicinska sestra daje bolj konkretna navodila, ker za več sproti nima časa (2). Takšne bolnike naj medicinska sestra naroča na načrtovane pogovore, in sicer posamezno, skupno z družinskimi člani ali v skupini.

V čakalnici se lahko sestaja tudi kakšna skupina ali klub (npr. klub zdravljenih alkoholikov ali hipertonicov), čakalnica lahko služi tudi za strokovna srečanja ali sestanke v sklopu zdravstva, če to njena velikost dopušča in seveda zunaj ordinacijskega časa.

## Sklep

Čakalnica v družinski medicini pomeni izziv za skupino družinske medicine, da izrabi nekatere priložnosti, ki vejejo iz njenih nenapisanih zakonitosti in jih je možno uporabiti za dvig kakovosti dela in izboljšanje zdravja posameznika in družine.

Dojeti moč in zakonitost čakalnice pomeni razumeti moč psihološkega vzdušja, ki obdaja bolnika v določenem času, ter sooblikuje in soustvarja njegovo lastno sliko o zdravju in bolezni. Pomeni pa tudi pogled v ogledalo lastnega dela, kar lahko sistem, ki je dovolj moder, služi, da postane še modrejši, in pridobi, če prisluhne, čakalnici vse možnosti, da bo nekoč postal dober zdravnik.

### Literatura:

1. Košir T. Čakalnica v splošni medicini. V: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F eds. Splošna medicina. Načela in tehnike. Ljubljana: Sekcija splošne medicine Zveze zdravniških društev – SZD, 1992: 181–2.
2. Božiček V. Zdravstvenovzgojno delo medicinske sestre v Bistrici ob Sotli v okviru preventivne družinske medicine. Zdrav Var 1994; 33: 161–3.

# OPREMA ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE ZA DELO NA TERENU

---

*Mitja Mohor*

Kakšno opremo naj ima na voljo zdravnik pri delu v ambulanti in na terenu, je v veliki meri odvisno od njegovega znanja, izkušenj, organizacije dela v zdravstveni ustanovi in finančnih zmožnosti.

Za večino obiskov bolnikov na domu zadošča oprema v zdravniški torbi, ki omogoča »navadno« obravnavo. Neredko pa se šele na bolnikovem domu izkaže, da bo potrebna dodatna oprema, ki bo omogočila diagnostične in terapevtske posege. Zato je smiselno, da opremo za obiske bolnikov razporedimo po sklopih in jo imamo vedno s seboj v vozilu.

Seznam predlagane opreme naj bi zdravnikom pomagal pri odločitvi, kaj potrebujejo za delo na terenu.

## **Predlog opreme za zdravnikovo službeno vozilo**

Predlagana oprema vozila za zdravnika:

- zdravniška torba,
- kovček z opremo za oživljanje,
- kovček z opremo za preveze,
- oprema za imobilizacijo,
- dodatna oprema ali kompleti (glede na potrebe):
  - prenosni 12-kanalni EKG z defibrilatorjem z opremo,
  - komplet za kateterizacijo mehurja,
  - komplet za porod,
  - komplet za izvedbo mrliškega pregleda in odvzem telesnih tekočin,
  - drugi seti (npr. za kirurško oskrbo rane),
- prenosna svetilka,
- zemljevid območja, ki spada k ambulanti,
- radijska (UKV) postaja v vozilu,
- prenosna UKV-postaja ali brezžični telefon za zdravnika,
- gasilni aparat s pršilom v prahu,
- oznake službenega vozila in oprema za svetlobno in zvočno signalizacijo za primer nujne vožnje.

## **Oprema zdravniške torbe**

Zdravniška torba mora vsebovati opremo, ki jo zdravnik najpogosteje potrebuje za delo na terenu. Torba naj omogoča smiselno razporeditev in dobro preglednost. Zato enoprostorske torbe niso primerne, saj se v njih oprema premeša. Primernejše so torbe s prostori (predali) za razporeditev opreme. Še boljše je, če lahko sami oblikujemo prostore in razporedimo opremo tako, kot nam najbolj ustreza.

Preden se odpravimo s torbo na teren, je koristno preveriti, ali vsebuje vse, kar bomo potrebovali, in če vsa oprema deluje (npr. otoskop). Ko se vrnemo z obiska, nadomestimo porabljen potrošni material in očistimo uporabljeno opremo. Občasno je treba preveriti rok uporabnosti zdravil in druge opreme (testni lističi, sterilni material) in pred iztekom roka material zamenjati.

Prav bi bilo, da kontaminiranih ostrih predmetov (npr. igel) ne puščamo na bolnikovem domu, ampak jih shranimo v zanje ustreznih škatlah.

Če je le mogoče, ne puščamo zdravil na mestu, kjer je zelo vroče ali zmrzuje, saj ekstremne temperature vplivajo na zdravila.

### **Seznam priporočene opreme v zdravniški torbi**

#### **Dokumentacija:**

- recepti,
- obrazec o hišnem obisku,
- napotnice za specialistični pregled oziroma za sprejem v bolnišnico,
- nalogi za reševalni prevoz,
- obrazec za sprejem bolnika v psihiatrično bolnišnico,
- napotnice za laboratorij (hemogram, biokemija, seč, mikrobiološke preiskave, ščitnični hormoni ...),
- druga dokumentacija,
- rezervno pisalo (kemični svinčnik).

#### **Medicinska oprema:**

- peresni merilnik krvnega tlaka ,
- stetoskop,
- refleksno kladivce,
- loparčki za pregled ust in žrela (za enkratno uporabo),
- otoskop z livčki,
- oftalmoskop,
- škarje,
- 2 baterijska vložka za otoskop ali oftalmoskop,
- električni merilnik krvnega sladkorja z lancetami in testnimi papirčki,
- testni papirčki za analizo seča,
- toplomer,
- rokavice za enkratno uporabo, ustrezne velikosti, nesterilne,
- kirurške rokavice, ustrezne velikosti, sterilne,
- Esmarchova podveza za vensko vnašanje,
- alkoholni tampončki ali pršilo za razkuževanje kože,
- lepilni trak, srednje širok,
- žagice za odpiranje ampul,
- sterilne brizge za enkratno uporabo po 1 ml,
- sterilne brizge za enkratno uporabo po 2 ml,
- sterilne brizge za enkratno uporabo po 5 ml,
- sterilne brizge za enkratno uporabo po 10 ml,
- sterilne brizge za enkratno uporabo po 20 ml,
- sterilne igle za enkratno uporabo – subkutane,
- sterilne igle za enkratno uporabo – intravenske,
- sterilne igle za enkratno uporabo – intramuskularne,
- sterilne intravenske kanile – mali kaliber,
- sterilne intravenske kanile – srednji kaliber,
- sterilne intravenske kanile – veliki kaliber,
- folija za pritrditev intravenske kanile,
- sterilen skalpel za enkratno uporabo,
- škatla za kontaminirane ostre predmete,
- plastična maska z nepovratnim ventilom za izvajanje umetnega dihanja.

**Neampulirana zdravila:**

- nitroglicerinske ligvaletе ali pršilo,
- acetilsalicilna kislina v tabletah po 500 mg,
- peroralno antihipertenzivno zdravilo (npr. kaptopril ...),
- bronhodilatator v pršilu (npr. salbutamol, fenoterol in ipratropij ...),
- antikonvulziv za otroke (npr. diazepamske rektiole 10 mg),
- antipiretik za otroke (npr. paracetamolove svečke),
- druga zdravila po zdravnikovi presoji.

**Ampulirana zdravila**

Ampularij naj bo oblikovan tako, da je mogoče ampule smiselno razporejati in zato takoj najti.

Katera zdravila in koliko ampul posameznega zdravila naj bo v ampulariju, določi zdravnik. Za vsako zdravilo je smiselno imeti vsaj dve ampuli (ena ampula je rezervna).

Predlagamo naslednji seznam zdravil za zdravnikovo torbo:

- adenozin\*,
- adrenalin (epinefrin) (predlagamo več ampul za oživljanje),
- aminofilin,
- amiodaron\*,
- atropin (predlagamo več ampul za primer zastrupitev z organofosfati),
- biperiden,
- deksametazon,
- diazepam,
- fiziološka raztopina v ampuli po 5 ml, 10 ml,
- flumazenil,
- furozemid,
- glukagon,
- glukoza (predlagamo več ampul),
- haloperidol,
- heparin,
- hidrokortizon,
- ketamin,
- ketoprofen,
- klemastin,
- lidokain,
- medigoksin\*,
- metilprednizolon (predlagamo več ampul),
- midazolam,
- morfij,
- nalokson,
- petidin,
- tietilperazin,
- tramadol,
- trospijev klorid,
- verapamil\*,
- druga zdravila po zdravnikovi izbiri.

\* Antiaritmike naj bi na terenu dali le, kadar imamo možnost EKG spremljanja zdravilovega učinka in je ob bolniku ekipa z ustrezno opremo za primer srčnega zastoja ali nevarnih motenj ritma.

**Kovček z opremo za oživljanje****Pribor za umetno dihanje in dajanje kisika:**

- dihalni balon in maske št. 1, 2, 3, 4, 5 za odrasle, otroke in novorojenčke,
- orofaringealni tubusi vseh velikosti,
- kisikova jeklenka s sistemom za dovajanje kisika,
- ohio maske za dajanje kisika za odrasle in otroke.

**Pribor za aspiracijo:**

- aspirator na mehanični ali električni pogon,
- aspiracijski katetri različnih velikosti.

**Pribor za intubacijo:**

- laringoskop na baterije z lopatkami vseh velikosti,
- vodilo za tubuse,
- endotrahealni tubusi vseh velikosti,
- Magillova velika in mala prijemalka,
- medzobni tampon s trakovi za pričvrstitev vstavljenega tubusa,
- rezervni baterijski vložki,
- rezervna žarnica,
- brizga po 10 ml.

**Preostala oprema:**

- rokavice za enkratno uporabo izbrane velikosti,
- stetoskop,
- peresni merilnik krvnega tlaka,
- baterijska svetilka,
- refleksno kladivce,
- ampularij z urgentnimi zdravili – adrenalin, amiodaron, lidokain, atropin, natrijev bikarbonat, fiziološka raztopina, preostala zdravila po zdravnikovi presoji.

**Pribor za nastavitev infuzije in dajanje zdravil:**

- sterilne brizge za enkratno uporabo po 1, 2, 5, 10, 20 ml,
- igle za enkratno uporabo: intravenske, intramuskularne, sterilne,
- fiziološka raztopina ali Ringerjev laktat po 500 ml v infuzijskih plastenkah,
- infuzijski sistemi,
- venske kanile različnih velikosti,
- Esmarchova podveza za vensko injiciranje,
- alkoholni tampončki ali pršilo za razkuževanje kože,
- folije za pritrditev venske kanile,
- lepilni trak, srednje širok,
- žagice za odpiranje ampul.

**Kovček z opremo za preveze:**

- nesterilne rokavice za enkratno uporabo,
- sterilne rokavice za enkratno uporabo,
- sterilne gaze izbranih velikosti,
- krep povoji izbranih velikosti,
- elastični povoji,
- trikotne rute,

- lepilni trak,
- elastične mrežice izbranih velikosti,
- kirurški instrumenti (sterilni) po zdravnikovi presoji,
- razkužilo po zdravnikovi izbiri,
- drugi material po zdravnikovi presoji.

**Oprema za imobilizacijo:**

- komplet ovratnic za imobilizacijo vratne hrbtenice vseh velikosti,
- komplet vakuumskih opornic vseh velikosti.

**Dodatna oprema:**

- prenosni 12-kanalni EKG z defibrilatorjem,
- EKG-kabli,
- EKG-nalepke,
- prevodni gel,
- britvice za enkratno uporabo,
- nalepke za defibrilacijo (kjer imajo defibrilator, ki defibrilira prek nalepk),
- EKG-papir (rezervni),
- rezervna baterija za defibrilator.

**Dodatna oprema – komplet za kateterizacijo mehurja:**

- nesterilne rokavice za enkratno uporabo,
- sterilne rokavice za enkratno uporabo,
- sterilni tamponi,
- sterilna preklana kompresa,
- sterilni pean,
- razkužilo po zdravnikovi izbiri,
- gel za anestezijo sluznice sečnice,
- urinski katetri izbranih velikosti,
- sterilna brizga po 10 ml,
- ampula s fiziološko raztopino po 10 ml,
- zamašek katetra ali urinska vrečka,
- ledvička.

**Dodatna oprema – komplet za porod:**

- sterilne kirurške rokavice,
- sterilne komprese,
- sterilne plenice,
- sterilna peana,
- sterilne škarje,
- sterilni vatranci,
- sterilni sponki za popkovnico ali sterilni trak za podvezo popkavnice.

**Dodatna oprema – komplet za mrliški pregled  
in komplet za odvzem telesnih tekočin:**

- predpisana dokumentacija v zvezi z mrliškim pregledom,
- rokavice za enkratno uporabo,
- igla za punkcijo mehurja,
- komplet za odvzem telesnih tekočin (obrazec, venile, epruvete),

- brizge po 20 ml,
- skalpel za enkratno uporabo,
- kirurška pinceta,
- kronološka tanatološka tabela za pomoč pri ocenjevanju časa nastopa smrti.

### **Dodatna oprema in drugi kompleti**

Dodatne komplete pripravimo tudi za druge posege na bolnikovem domu:

- za kirurško oskrbo rane,
- za vstavev nazogastrične sonde,
- za izpiranje želodca,
- druga oprema,

Vsebino oblikuje zdravnik.

### **Priporočena literatura:**

1. Budak A. Ordinacija liječnika opće medicine. V: Budak A. ed. Opća medicina. Školska knjiga, Zagreb. 1986: 28–37.
2. Košir T. Oprema za delo v splošni medicini. V: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F, eds. Splošna medicina; načela in tehnike. Sekcija splošne medicine Zveze zdravniških društev, Ljubljana, 1992: 212–226.
3. Košir T. Zdravniška torba. V: Švab I in sod. Pravočasno in pravilno; Urgentna stanja v splošni medicini. Zveza zdravniških društev, Ljubljana, 1990: 10.1–10.3.
4. Petrin J. Oprema službenega avtomobila za zdravniške obiske na domu. Zdrav vestn. 1983; 52: 39–40.



# PATRONAŽNA MEDICINSKA SESTRA V DRUŽINSKI MEDICINI

---

*Franci Božiček*

## Uvod

Patronažna medicinska sestra je nepogrešljiva članica zdravstvene skupine v družinski medicini. Z njo bi lahko povezali tudi nekatere prvine, ki so značilne za družinsko medicino, kot so skupinsko delo, celostnost, osebni odnos, družinska naravnost, naravnost v skupnost, usklajenost, svetovanje in še nekatere druge.

## Patronažno zdravstveno varstvo in patronažna zdravstvena nega

Patronažno zdravstveno varstvo zajema aktivno zdravstveno in socialno varstvo posameznika, družine in skupnosti, ki so zaradi bioloških lastnosti ali določenih bolezni posebno občutljivi za vplive iz okolja. Organizirano je na primarni ravni v zdravstvenih domovih. Usmerjeno je v pospeševanje zdravja celotne populacije, preprečevanje bolezni in poškodb ter zdravstveno nego bolnih in poškodovanih. Globalni cilj pa je pozitivno zdravje posameznika, družine in skupnosti.

Patronažna zdravstvena nega je sestavni del primarne zdravstvene nege. Izvajajo jo patronažna medicinska sestra in njeni sodelavci kot specifično pomoč posameznikom – varovancem in družinam na njihovih domovih in v lokalnih skupnostih, da bi lahko kar najbolje opravljali svoje delo v različnih stanjih zdravja in bolezni oz. vse življenje od rojstva do smrti.

## Patronažna medicinska sestra

Patronažna medicinska sestra je nosilka zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Obravnava zdravega in bolnega pacienta, v okviru ožjega in širšega okolja, pri čemer sodeluje v okviru negovalne in zdravstvene skupine. Dela samostojno, ne pod neposrednim zdravnikovim nadzorom, ampak v skupini z zdravnikom.

Pomembno je, da ima patronažna medicinska sestra lastno geografsko območje, na katerem redno dela, saj le tako lahko spozna vse vplive na zdravje v neposrednem okolju bolnikov – bodisi fizičnem ali socialnem.

Patronažna medicinska sestra potrebuje za izvajanje svojega dela ustrezno izobrazbo – biti mora najmanj višja medicinska sestra – in ves čas še sprotno strokovno izpopolnjevanje. Deluje v sklopu ustrezne organizacije na ravni celotne Slovenije in pod ustreznim vodstvom patronažnega varstva, ki je v domeni patronažne medicinske sestre z ustrezno dodatno izobrazbo. V patronažnem varstvu so zaposlene medicinske sestre z višjo oziroma visoko strokovno izobrazbo, nekatere tudi s fakultetno, in zdravstveni tehniki, ki opravljajo delovne naloge v negovalni skupini pod nadzorstvom diplomirane medicinske sestre.

Področja patronažne zdravstvene nege so:

- zdravstveno-socialna obravnava posameznika, družine in skupnosti,
- zdravstvena nega otročnice in novorojenčka na domu,
- zdravstvena nega bolnika na domu.

Varovanec in njegova družina sta lahko izbrana po načrtu (dnevnem, mesečnem, letnem), naročilu in naključno. Pri načrtovanju dela upošteva kadrovske in delovne normative, ogrožene skupine prebivalstva, demografsko, vitalno in zdravstveno statistiko, higiensko epidemiološke posebnosti terena in tudi krajevne značilnosti.

## Metode in tehnike dela patronažne medicinske sestre

Za izvajanje svojega dela uporablja patronažna medicinska sestra nekatere delovne metode in tehnike: sam proces zdravstvene nege, zdravstveno-vzgojno metodo, skupinsko delo, progresivno nego, dispanzersko obravnavo, epidemiološko obdelavo, statistično–analitično raziskavo, intervju (pogovor), patronažni obisk na domu, intervencijo ipd.

Izvajanje zdravstvene nege je osnovna metoda. Odlikuje jo visoka stopnja organiziranosti, ki patronažni medicinski sestri omogoča sistematično, individualno in celostno obravnavo vseh oseb in reševanje njihovih problemov. Sestoji iz ugotavljanja potreb po zdravstveni negi (negovalna anamneza, negovalni problemi in negovalne diagnoze), načrtovanja, izvajanja in vrednotenja zdravstvene nege.

Zdravstveno-vzgojna metoda omogoča vzgojo in prosvetljevanje s področja zdravja.

Pogovor je osnovna tehnika dela patronažne medicinske sestre. Z njim skuša ugotoviti in razrešiti stanje oziroma težave posameznika in njegove družine. Uspeh je odvisen od lastnosti in znanja posamezne patronažne medicinske sestre, pa tudi od prostora in okolja, kjer pogovor poteka. Pri tem je pomemben tudi odnos, ki ga vzpostavijo patronažna medicinska sestra, posameznik in družina.

Intervencijo ali posredovanje uporablja patronažna medicinska sestra za ureditev razmer, stanja ali problemov pri posamezniku, družini in skupnosti. Omogoča poročanje in obveščanje vsem drugim službam. Intervencija je ustna, pisna in kombinirana. Slednja je najzahtevnejša in najuspešnejša, saj terja od patronažne medicinske sestre poznavanje posameznika, njegove družine ter veliko strokovnega znanja in časa.

V patronažnem varstvu pomeni obisk na domu posebno delovno kvaliteto, katere cilj je vzpostavitev sodelovanja med varovancem, družino, skupnostjo in zdravstvenim domom. Nanj se mora patronažna medicinska sestra pripraviti strokovno, psihično in tehnično. Obiski na domu so prvi, ponovni ter po načrtu in naročilu. Med njimi patronažna medicinska sestra izvaja zdravstveno-vzgojno delo in negovalne ukrepe.

## Dokumentiranje v patronažni zdravstveni negi

Patronažna medicinska sestra mora redno zapisovati opravljeno delo.

Osnovna dokumentacija je družinski patronažni karton, ki služi tudi kot ovojnica za vso preostalo dokumentacijo: družinsko socialno anamnezo, posamezne liste za otroka, nosečnico in otročnico, bolnika in starostnika; kartico za načrtovanje ponovnih obiskov, list o kontinuirani zdravstveni negi, ki spremlja bolnika v druge zdravstvene ali socialno zdravstvene ustanove; ponekod poleg predpisane dokumentacije uporabljajo tudi razne druge obrazce.

## Družinski zdravnik in patronažna medicinska sestra

Družinski zdravnik in patronažna medicinska sestra sta pri svojem poslanstvu povezana. Delovno mesto patronažne medicinske sestre je v glavnem na terenu, v ambulanti opravlja svoje administrativno delo, se dogovarja z zdravnikom in pripravlja material za potrebe zdravstvene nege. Obiske na domu opravljata oba, vendar gre za dve različni domeni, ki se dopolnjujeta. V medsebojnem zaupanju in prenosu strokovnih podatkov, ob skupnem načrtovanju in skupnem usklajenem reševanju bolnikovih zdravstvenih problemov se izboljšuje kakovost zdravstvene oskrbe varovancev in družinske medicine.

Patronažna služba je zaradi racionalnosti in možnosti lahko različno organizirana za gosto naseljena območja in za podeželje z razsejano naseljenostjo.

Patronažna medicinska sestra zdravstveno-socialno obravnava posameznika, družino in skupnost v ogroženih skupinah prebivalcev, in sicer kot primarno in sekundarno

no zdravstveno-vzgojno preventivo. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (ne pravila stroke) ji narekujejo izvajanje omejenega letnega števila preventivne patronažne zdravstvene nege (dojenčki v prvem letu starosti 7 obiskov, nosečnica v drugi polovici nosečnosti 1 obisk, dojenčki slepih in invalidnih mater dodatno 2 obiska, otrok v drugem in tretjem letu starosti 1 obisk, družina z aktivno tuberkulozo 2 obiska, bolniki s hujšimi nevrološkimi boleznimi, hudi invalidi, kronično bolne osebe 2 obiska in osebe, starejše od 65 let, osamele in socialno ogrožene, 2 obiska).

Vsaka patronažna medicinska sestra vedno obišče bolnika z družino v smislu klasične polivalentne patronaže, kjer je poudarjeno njeno preventivno delovanje. Te naloge zajemajo tudi patronažno zdravstveno nego otročnic in novorojenčkov ter bolnikov na domu.

Obravnava posameznike iz ogroženih skupin prebivalcev. Mednje spadajo ženske (nosečnice, otročnice, ženske v rodnem obdobju in menopavzi), otroci (novorojenčki, dojenčki, majhni in predšolski otroci, šolarji in mladostniki), odrasli bolniki, starostniki, invalidi, bolniki s kroničnimi degenerativnimi boleznimi, skupine in posamezniki s tveganim obnašanjem in socialno obrobne skupine, ki jim je zaradi fizičnih in socialnih razlogov postala zdravstvena služba manj dostopna.

Družino kot prvo med primarnimi skupnostmi obravnava kot subjekt. Patronažna medicinska sestra mora dobro poznati in prepoznati različne dejavnike, ki jim je družina izpostavljena, ter s svojim svetovanjem in zdravstveno-vzgojnim delom nanje tudi vplivati. Vsi družinski člani so njeni »oskrbovanci«, ker dinamika medsebojnih odnosov v družini spreminja njihovo situacijo in življenjski slog, saj »če ne poskrbimo zanje danes, bodo jutri bolni«.

Kot subjekt obravnava tudi druge primarne (sorodnike, prijatelje, sodelavce in sosesko) in sekundarne skupnosti (strokovne službe, delovne organizacije). V skupnosti so njene dejavnosti usmerjene v skupino, dajejo prednost preventivi pred kurativo, naravnane so interdisciplinarno, poudarjajo aktivno vlogo posameznika v zdravstveni negi in celostno obravnavo, težijo h kontinuiteti zdravstvene nege, k optimalni organizaciji in vodenju zdravstvene nege ter profesionalni etiki.

Patronažna medicinska sestra organizira in izvaja zdravstveno nego za otročnico in novorojenčka na domu (v nekaterih patronažnih varstvih, kjer obstaja delitev dela v negovalni skupini, jo izvaja babica). Obvestilo o zdravstvenem stanju otročnice in novorojenčka dobi iz porodnišnice.

Pri zdravstveno-socialni obravnavi posameznikov, družine in skupnosti ter negi novorojenčka in otročnice je patronažna medicinska sestra popolnoma samostojna, vendar zdravnik pričakuje od nje, da mu bo poročala o svojih opažanjih. Zdravstveno nego bolnika na domu (ki je ob krajših hospitalizacijah vse zahtevnejša in preprašča zgolj nego kroničnih bolnikov), izvaja patronažna medicinska sestra na podlagi zdravnikovega pismenega naročila, v okviru bolnikove družine, celostno, s psihofizičnega in socialnega vidika. Njena naloga je pomagati bolniku, ga podpirati ter učiti samooskrbe in krepitve zdravja. Ugotavlja tudi možnosti, ki za bolnika obstajajo med svojci, v domačem okolju in soseski. Pri organiziranju celostne zdravstveno-socialne obravnave bolnika na domu sodelujeta zdravstvena in negovalna skupina.

Na širokem področju zdravstvene nege bolnika na domu deluje patronažna medicinska sestra po predhodnem pisnem naročilu družinskega zdravnika. Potrebni je več ocen: bolnikovega stanja doma in možnosti tega okolja, koliko lahko skrbi zanj oziroma omogoča nudenje zdravstvene oskrbe na domu. Najbolj optimalna ocena je skupna, ko sodelujeta zdravnik in patronažna medicinska sestra. Zdravljenje na domu zahteva usklajenost vseh sodelujočih strokovnjakov, zato bi načrtovanje moralo biti skupinsko. Zdravljenje na domu načrtuje in vodi družinski zdravnik, ki tudi izvaja njegov zdravniški del, negovalno zdravljenje pa patronažna medicinska sestra. V njeni domeni sta negovalno zdravljenje in nega na domu. Njeno delo pomeni tudi most med zdravniško in socialno oskrbo. Šele učinkovita socialna oskrba omogoči

oskrbo na domu. Včasih družinski zdravnik patronažni medicinski sestri prepušča celotno vodenje bolnika. Gre za eno najbolj zahtevnih oblik zdravstvenega varstva, saj je pogosto treba reševati ne samo medicinske, ampak tudi socialne primere.

V negovalni skupini sta patronažna medicinska sestra in zdravstveni tehnik vključena v proces in izvajanje zdravstvene nege (ponekod na podeželju v sklopu patronažnega varstva nimajo zdravstvenega tehnika, zato tam patronažna medicinska sestra načrt in izvajanje zdravstvene nege prilagodi možnostim).

V zdravstveni skupini je poleg patronažne medicinske sestre (in zdravstvenega tehnika) še osebni zdravnik in tudi zdravstveni tehnik in (ali) medicinska sestra, ki dela z zdravnikom v ambulanti.

Glede na prisotno zdravstveno-socialno problematiko, ki jo ugotavlja osnovna zdravstvena skupina, se ji priključijo še drugi strokovnjaki, kot so fizioterapevti, socialni delavci, delovni terapevti, klinični psihologi in drugi. Skupina je multidisciplinarna. Možnosti tako razvejanega skupinskega dela so odvisne predvsem od tega, za katero območje gre. Ponavadi je podeželje tisto, ki premore manj različnih strokovnjakov. Zato na podeželju (pa tudi v urbanih okoljih) ne gre zanemariti predvsem možnosti vpliva na reševanje pogosto zapletene zdravstveno-socialne problematike, ki jo lahko nudi duhovnik. Določeni vpliv, predvsem pri bolnikih nekrščanskih verskih nazorov, imajo tudi predstavniki raznih drugih verskih skupnosti.

Patronažna medicinska sestra naj bi na svojem terenskem območju prevzela usklajevalno vlogo. Njena naloga je, da na svojem terenu omogoči svojim bolnikom ustrezno strokovno pomoč.

Če je le-ta organizirana v sklopu zavoda ali servisa, je treba delo razmejiti.

V njeno domeno spada vse v zvezi z zdravstveno nego bolnikov na domu. Gre za široko področje: od podpiranja bolnikov pri vseh dnevni življenjskih dejavnostih do izvajanja vseh potrebnih medicinsko-tehničnih posegov, ki jih naročajo zdravniki, kot so nastavitve infuzij, dajanje injekcij, menjava stalnih katetrov, prevezi ... Oskrbo, kot so razvoz hrane, čiščenje, družabništvo ipd., pa opravljajo druge službe.

Če pomoč ni organizirana, patronažna medicinska sestra za nekatere postopke v zdravstveni oskrbi priuči kar samega bolnika, svojce ali prostovoljce (odvisno od postopkov, kdo je glavni bolnikov skrbnik, kakšne možnosti ima patronažna medicinska sestra v okolju ...).

Glede na ugotovljeno stanje pri posamezniku ali družini se patronažna medicinska sestra povezuje s službami znotraj in zunaj zdravstvenega doma (z bolnišnico, vrtcem, šolo, centrom za socialno delo, domom za starejše občane, krajevno skupnostjo, Rdečim križem, Karitasom ...).

Za medicinsko-tehnične posege, ki jih patronažna medicinska sestra izvaja v okviru zdravljenja na domu, nosi polno odgovornost skupaj z družinskim zdravnikom, ki ji je določen poseg pisno naročil. Gre za obojestransko odgovornost; zdravnik lahko naroči določen poseg (največkrat dajanje injekcij na domu) le, če sestri zaupa, da je usposobljena tudi za odpravo morebitnih zapletov; sestra pa naročila ne bi smela prevzeti, če se za izvedbo in odpravo morebitnih zapletov ne čuti sposobno. Temeljno načelo pri delitvi in zaupanju dela v zdravstvu zahteva, naj bo vsakemu delavcu dodeljeno samo tisto delo, ki ga je po svoji izobrazbi zmožen izvajati in ga po svoji izkušnosti zares obvlada. Družinski zdravnik, ki dela s konkretno patronažno medicinsko sestro, ga mora vselej upoštevati. Delitev dela mora biti individualna in konkretna. Opravljena mora biti natančno, nedvoumno in dokumentirano, v soglasju in z odgovornostjo obeh sodelujočih: tistega, ki delo naloži, in tistega, ki delo sprejme.

## Sklep

Med najpomembnejšimi lastnostmi dobrega družinskega zdravnika je sodelovanje z vsemi sodelavci, ki jih ima na voljo. Vsak član zdravstvene skupine ima svoje spe-

cifične naloge. Patronažna medicinska sestra sodeluje z družinskim zdravnikom na horizontalni ravni, na vertikalni pa je vodja patronažne službe odgovoren za vsebinsko in organizacijo dela v negovalni skupini. Če bo družinski zdravnik znal prisluhniti njenim sposobnostim in znanju, bodo njegovi varovanci zagotovo deležni večjega obsega in boljše kakovosti zdravstvene nege, kot bi je bili sicer.

#### **Priporočena literatura:**

1. Banič T. Patronažno zdravstveno varstvo v Sloveniji v letih 1965–1994. Oskrba na domu. Koordinacija dela med različnimi dejavnostmi. Strokovni posvet. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Inštitut za socialno medicino in higieno, 1997: 19–25.
2. Geč T. Predstavitve patronažnega varstva. Oskrba na domu. Koordinacija dela med različnimi dejavnostmi. Strokovni posvet. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Inštitut za socialno medicino in higieno, 1997: 31–33.
3. Kelnerič D, Kišič M. Razvoj sestrinstva in patronažne djelatnosti. V: Socialna medicina. Praktikum II. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja »Andrija Štampar«. Zagreb, 1983: 147–54.
4. Kersnik J. Ocenjevanje družine na hišnem obisku. V: Švab I in sod. Družina v družinski medicini. Zbornik 14. Učnih delavnic za zdravnike splošne/družinske medicine. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za splošno medicino, 1997: 43–60.
5. Kersnik J. Oskrba na domu. Koordinacija dela med različnimi dejavnostmi. Strokovni posvet. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Inštitut za socialno medicino in higieno, 1997: 7–15.
6. Kersnik J, Švab I. Zdravljenje bolnika na domu in hišni obiski: dileme in perspektive. Oskrba na domu. Koordinacija dela med različnimi dejavnostmi. Strokovni posvet. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Inštitut za socialno medicino in higieno, 1997: 63–66.
7. Milčinski J. Medicinska etika in deontologija. Dopisna delavska univerza Univerzum. Ljubljana, 1982: 136–45.
8. Šlajmer Japelj M. Odgovornost patronažne medicinske sestre v primarni skupnosti. V: Zbornik 8. Giesenskih internacionalnih dnevov. Giesen, 1989: 177–79.
9. Šušteršič O. Patronažno varstvo. Oskrba na domu. Koordinacija dela med različnimi dejavnostmi. Strokovni posvet. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Inštitut za socialno medicino in higieno, 1997: 26–30.
10. Švab I. Zdravnik splošne medicine in njegova medicinska sestra. V: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F. Splošna medicina. Načela in tehnike. Ljubljana: Sekcija splošne medicine Zveze zdravniških društev – SZD, 1992: 171–74.
11. Švab I, Kersnik J. Družinska medicina in družina. V: Švab I in sod. Družina v družinski medicini. Zbornik 14. Učnih delavnic za zdravnike splošne/družinske medicine. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za splošno medicino, 1997: 1–17.

# MEDICINSKA SESTRA V DRUŽINSKI MEDICINI

---

*Josip Car, Igor Švab, Darja Arhar*

## Uvod

Osnovno vodilo medicinskih sester je enako zdravniškemu: pomagati ljudem. Temelj poklica medicinske sestre (1) je čuteča, obenem strokovna in znanstveno utemeljena nega (2). Temu sledi vzgoja bolnikov in zdravih ljudi. Aktivno delovanje na družbenem, socialnem in kulturnem področju z namenom izboljševanja in promocije zdravja ni nič manj pomemben del sestrskega dela od zdravniškega. Pri tem opravlja nepretrgano, celostno in v družino usmerjeno sestrsko nego v sodelovanju z zdravnikom družinske medicine ali samostojno.

## Medicinske sestre v družinski medicini

### Zdravstvena nega

Zdravstvena nega je nastala kot odgovor na potrebe družbe in vzdržuje ideale, povezane s človekovim zdravjem, v vseh življenjskih obdobjih. Medicinske sestre usmerjajo svoje moči v promocijo, vzdrževanje in vračanje zdravja ter preprečevanje bolezni, lajšanje trpljenja in zagotavljanje mirne smrti, kadar življenja ni več mogoče vzdrževati (3). Medicinske sestre podpirajo holistični koncept in spoštujejo posameznika kot biopsihosocialno bitje, ki ima zmožnost, da zastavlja cilje, odloča in ima pravico ter odgovornost, da v skladu s svojim prepričanjem in vrednotami izbira med predstavljenimi možnostmi. Zdravstvena nega je kot dinamična podporna stroka, ki jo vodi lasten kodeks etike (4).

Skrb za drugega je jedro zdravstvene nege, zato je celostna dejavnost, ki črpa svoje znanje tako v lastni praksi kot v družboslovju, naravoslovju in filozofiji. Zdravstvena nega zahteva razumevanje, znanje in spretnosti, kot specifične v vsaki strokovni disciplini.

### Skupinsko delo v družinski medicini

V družinski medicini je skupinsko delo nepogrešljivo. Zdravnik družinske medicine sodeluje in vodi zdravstveno skupino.

Definirano je kot delo skupine ljudi, v kateri vsak posameznik prispeva svoje strokovno znanje in je odgovoren za svoj delež, usmerjen k skupnemu cilju. Pomembna je vloga skupinskega vodje, ki načrtuje, organizira in usklajuje delo. Od načina vodenja je odvisno obnašanje članov v skupini, njihova motiviranost in stopnja povezanosti; medsebojno komunicirajo in delujejo interaktivno. Skupino v osnovnem zdravstvenem varstvu sestavljajo zdravstveni delavci in drugi strokovnjaki, s katerimi se prvi povezujejo. Vanjo se vključujejo tudi zdravniki različnih specialnosti, patронаžna medicinska sestra in zdravstveni tehnik. Na osnovi ugotovljenih zdravstveno-socialnih razmer, stanj ali problemov posameznika, družine, skupine ali skupnosti se ji pridružijo še drugi strokovnjaki: fizioterapevti, delovni terapevti, klinični psihologi, socialni delavci in drugi.

### Zdravstveni tehnik

Najožji zdravnikov sodelavec v ambulanti družinske medicine je zdravstveni tehnik s srednjo strokovno izobrazbo (pogovorno medicinska sestra). Delovati mora v skladu s kodeksom Razmejitev zdravstvene nege, ki določa postopke in posege v skladu s stopnjo strokovne izobrazbe (5). Zdravstveni tehnik je prva strokovna oseba, s katero

se bolnik sreča v ambulanti. Od ravni odnosov je odvisno, kako bo bolnik sodeloval in zaupal zdravniku in medicinski sestri. Seveda je za vzpostavljanje dobrih odnosov treba imeti znanje in tudi pozitivno poklicno identiteto, ki vključuje na prvem mestu razumevanje sebe (interpersonalna komunikacija, dejanja, sprejemanje sveta, sebe in drugih z dobre strani), da bi lahko razumeli in (s)poznali sogovornika ter ocenili njegovo izkustveno polje. Predvsem pa je pomembno spoštovati ljudi. Dobra strokovna komunikacija je nepogrešljiva za učinkovito sodelovanje med bolnikom, medicinsko sestro in zdravnikom. Z varovancem je treba doseči tak medosebni odnos, da bo brez strahu in zadržkov sporočal svoje potrebe, želje in pričakovanja.

Ob rednih obiskih v ordinaciji ima bolnik možnost zaupati medicinski sestri marsikatero težavo, ki je ne pove zdravniku. Ona lahko zbira dodatne pomembne informacije za zdravnikovo delo, lahko tudi bistveno pomaga pri jemanju osebne in družinske anamneze. Velikokrat prihajajo bolniki k zdravniku iz povsem drugega razloga, kot mu ga povedo med obiskom. Bolnik pogosto izrabi trenutno akutno težavo, npr. prehlad, kot razlog za obisk pri zdravniku, medtem ko je dejanski razlog skrb zaradi že dalj časa trajajočega kašlja in strah pred rakom. Čeprav zdravniku vzame odkrivanje dejanskih razlogov za obisk več časa, je ta dobro porabljen! Pozneje doživlja zdravnik veliko manj presenečenj in nerazumljivih ponovnih obiskov zaradi preprostih problemov. Medicinska sestra lahko mnogo prispeva k uspešnosti bolnikovega obiska pri zdravniku. Bolnika lahko pripravi na obisk tako, da prej »razkrije« njegove težave in skrbi ter nanje opozori zdravnika. Ni toliko pomembno, da ga sprašuje o simptomih; zadošča že, če bolnika spodbudi, naj zdravniku ali njej zau-pa dejanski razlog prihoda (6). Zapravljena priložnost se namreč kot bumerang vrača s številnimi ponovnimi obiski zaradi neizpovedanega strahu, jeze, upanja, želje, napačnega razumevanja povedanega, nezanimanja ali duševne pasivnosti.

Ob pripravi na obisk pri zdravniku medicinska sestra vzame tudi osnovne podatke (višino, težo) in izmeri krvni tlak, frekvenco srčnega utripa. (Starejšemu) bolniku lahko pomaga, da sestavi seznam težav, zaradi katerih prihaja; lahko naredi tudi seznam zdravil, če jih je več (zapiše jih na list papirja). Po potrebi lahko opravi še odvzem krvi za laboratorijske preiskave, naredi EKG, spirometrijo in drugo.

Zaradi administrativnega dela medicinska sestra pogosto nima dovolj časa za bolnika. Zato ji zdravnik družinske medicine mora dati priložnost, da izrabi svoje spretnosti, se posvetuje z njo oz. jo izobrazi tako, da bo delo dejansko usmerjeno v zdravnikovo področje delovanja.

### **Psihosocialna pomoč**

Zdravilna vrednost človeške prisotnosti ne velja le za zdravnika, ampak tudi za medicinsko sestro, ki ves čas svojega dela tudi z razumevajočim poslušanjem nudi bolniku pomoč, saj ta ni nič manj pomembna od skrbi za telesno zdravje. Bolniki težko spregovorijo o svojih stiskah in težavah med boleznijo, zato medicinska sestra s primerno besedo in držo bolniku omogoči, da se odpre in spregovori. Sprejetost v bolezni je za bolnike nadvse pomembna. Še posebej, ko je bolezen neozdravljiva in pohabljalna (7). Večkrat nasveti sploh niso potrebni; dovolj je bolnika sprejemati in razumeti (8). Medicinska sestra ga vedno spodbuja k pozitivnemu pogledu na bolezen. Usmerja ga tudi k iskanju pomoči pri svoji družini, pri prijateljih in v okolju. Bolnika, ki potrebuje dodatno psihosocialno ali duhovno pomoč, usmerja na njene vire v lokalni skupnosti.

### **Sprejemanje telefonskih klicev, administrativno delo**

Zelo pomembno je, da medicinska sestra spremlja dogajanja v čakalnici. Bolnike, ki so kužni, izolira in čim prej sprejme za obisk pri zdravniku. Prav tako tudi hudo bolne. Dobro počutje bolnikov v čakalnici je pomembno za uspešen obisk pri zdravniku, saj je čakanje čas priprave, ko bolnik pretehta še marsikatero stvar in se odloči,

kaj bo rekel zdravniku (glejte poglavje o čakalnici). Velikokrat bolniki zaradi gneče v čakalnici skrčijo obisk na najnujnejše, kar praviloma ni dobro! Zato je naloga medicinske sestre in zdravnika, da skrbita za dobro počutje bolnikov v čakalnici. Danes se vse več bolnikov naroča na pregled po telefonu. Sprejemanje klicev spada v triažo, tj. razvrstitev bolnikov za obisk pri zdravniku po nujnosti. Čeprav je delo rutinsko, je nadvse pomembno, da medicinska sestra bolniku pravilno svetuje o nujnosti obiska pri zdravniku. Bolnika bo usmerjala in mu svetovala bodisi takojšen obisk pri zdravniku bodisi naj preprosto ostane nekaj dni doma, da se bo pozdravil. V negotovosti bo klic prevezala k zdravniku, da se bo z njim pogovoril in se odločil.

Danes delo z bolniki zahteva številna administrativna dela, ki si jih zdravnik in medicinska sestra delita. Pri tem postaja računalnik vse pomembnejši in danes skorajda nenadomestljiv, nikakor pa ni ključen za delo medicinske sestre. Vnos podatkov v računalnik ali izpis obrazcev sta opravili, kjer jo lahko po potrebi nadomesti tudi administratorica.

### **Patronažna medicinska sestra**

Patronažna medicinska sestra (PMS) je tesna sodelavka zdravnika družinske medicine zunaj ambulante, kateremu omogoča vpogled v bolnikovo domače družinsko stanje glede na možnosti izvajanja zdravstvene nege, tj. področja, ki ga patronažna medicinska sestra opravlja samostojno. Njeni primarni nalogi sta promocija zdravja in preprečevanje zbolevanja (9).

Patronažna medicinska sestra ima visoko ali višjo strokovno izobrazbo in je nosilka zdravstvene nege bolnika na domu. Načrtuje, izvaja in vrednoti zdravstveno nego posameznika v vseh starostnih obdobjih, celotne družine in skupnosti v stanju zdravja in blagostanja ter boleznih, poškodb, nezmožnosti, prizadetosti in neželenih stanj. Patronažna medicinska sestra je tudi zdravstvena vzgojiteljica. Kot taka deluje v zdravstveni ustanovi, med obiski v družini, v raznih telesih lokalne skupnosti. Ob odsotnosti medicinske sestre v predšolskih in šolskih ustanovah so njena ciljna skupina tudi otroci/mladostniki, starši in pedagoški kader. Njene naloge so preventivne: *ohranjanje, krepitev in varovanje zdravja; zdravstvena nega otročnice in novorojenčka na domu; zdravstveno-socialna obravnava varovanca, družine in skupnosti; in kurativne: zdravstvena nega bolnih, poškodovanih, prizadetih in onemoglih varovancev ter rehabilitacija*. Na podlagi delitve dela lahko vključi tudi zdravstvenega tehnika, vendar prvi obisk v družini vedno opravi patronažna medicinska sestra.

Zdravstveno nego bolnika na domu je treba načrtovati in izvajati na osnovi naročila, praviloma izbranega zdravnika. Pogostnost kurativnih obiskov in trajanje zdravstvene nege sta odvisna predvsem od bolnikovega zdravstvenega stanja in njegovih socialno-ekonomskih zmožnosti.

Strokovna opravila zdravstvene nege bolnika na domu zajemajo postopke zdravstvene nege in medicinsko-tehnične posege. Pomenijo pomoč patronažni medicinski sestri in zdravstvenemu tehniku, ko pri bolniku ali drugače prizadetemu varovancu na domu izvajata osnovne življenjske dejavnosti. Patronažna medicinska sestra upošteva bolnikovo psihofizično in socialno celovitost in njegovo družinsko ter širše okolje. Oblikuje negovalno anamnezo, spoznava funkcionalno stanje in ugotavlja potrebe po zdravstveni negi. Na osnovi tega oblikuje negovalne diagnoze, določi cilje in ukrepe, ki jih tudi izvaja. Vse to dokumentira in sproti vrednoti. Patronažno **zdravstveno** varstvo je organizirano kot samostojna služba ali organizacijska enota osnovnega zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih (10).

### **Zdravstvena vzgoja**

Medicinske sestre kot članice negovalne in zdravstvene skupine delujejo na vseh ravneh zdravstvene vzgoje – primarni, sekundarni in terciarni – promovirajo zdravje pri posamezniku, v družini in celotni populaciji.



Zdravstvena vzgoja na primarni ravni se nanaša na ravnanje, ki krepi zdravje in s tem preprečuje zbolevanje. Namenjena je zdravi populaciji, zdravemu posamezniku in njegovi družini. Doseči želi čim višjo stopnjo prosvetljenosti, zainteresiranosti oz. motivacije za to področje in odgovornost do lastnega zdravja.

Zdravstvena vzgoja na sekundarni ravni je namenjena ogroženim skupinam in posameznikom. Vsebuje opis dejavnikov tveganja, bolezenskih znakov, bolezni in zdravljenja. Udeležence usposablja za samoopazovanje, samopomoč, obenem še za pomoč sočloveku z nasvetom ali ukrepanjem. Ogrožene skupine ali posamezniki so potem pripravljene ustrezno delovati, odkrivati zgodnje znake bolezni in tako pripomoči k zgodnji diagnozi, hitrejšemu in uspešnejšemu zdravljenju ter čim prejšnji povrnitvi prvotnega stanja.

Zdravstvena vzgoja na terciarni ravni se ukvarja s preprečevanjem povrnitve bolezni in zmanjševanjem morebitnih bolezenskih posledic. Namenjena je bolnikom, invalidom in njihovim svojcem, ki potrebujejo zmanjševanje ali odpravljanje dolgotrajnih okvar ali nesposobnosti, zmanjševanje trpljenja in izboljšanje bolnikove prilagodljivosti (11).

Zdravstvena vzgoja je permanenten proces, ki spremlja človeka od spočetja, nosečnosti, rojstva, dobe otroštva in odraščanja do odraslosti in starosti. Vsako obdobje terja specifična znanja. Medicinska sestra v ambulanti in patronažna medicinska sestra morata slediti in se prilagajati potrebam, razmeram in stanju posameznika, družine in skupnosti ter jih skupaj z njimi zadovoljevati.

Medicinska sestra je idealna vzgojiteljica v družinski medicini. Med delom v ordinaciji lahko bolnike v nekaj minutah čakanja na obisk pri zdravniku in po njem poučuje o zdravem načinu življenja, prehranjevanja, o pomenu telesne dejavnosti. Starše lahko pouči o normalnem razvoju dojenčka ali pa o odstopanjih otroka od njega; mladostniku spregovori o stresu; kadilce opozori na škodljivost kajenja ter svetuje pogovor z zdravnikom o prenehanju. Bolnike uči, kako naj urejajo (zdravstvene) probleme doma, kdaj naj poiščejo pomoč, kako si pomagati sam; kdaj se odločiti za obisk pri zdravniku.

Drugi del je vzgoja bolnikov za boljše razumevanje lastne bolezni, načinov in poteka zdravljenja. Nasveti in poduki so specifični za posamezne bolezni. Tako bo npr. bolniku s sladkorno boleznijo ob zdravnikovi razlagi še dodatno pojasnila nejasnosti ali vprašanja v zvezi z naravo bolezni in kaj ta vnaša v vsakdanje življenje. Svetovala bo primerne diete, usmerila bolnika v branje ustreznih knjig, opozorila na dodatne vire informacij o pravilni prehrani in dala recepte za pripravo okusne dietne hrane... Npr. bolniku z visokim krvnim tlakom pa bo svetovala primerno telesno dejavnost, uravnavanje telesne teže ... Z vsem tem bo dopolnjevala ali potrjevala zdravnikove nasvete in izobraževala bolnike. Vlivala jim bo tudi zaupanje v zdravljenje in obvladovanje bolezni ter jih spodbujala k boljšemu poznavanju njihovih težav.

Promocija zdravja pomeni ohranjanje in krepitev zdravja in je mnogo širše naravnana kot primarna preventiva. To je proces usposabljanja ljudi, da sami nadzorujejo in izboljšujejo svoje zdravje. Obsega vse prebivalstvo in ga usmerja k aktivnemu zdravemu življenju. Poteka lahko v vrtcih, šolah, lokalnih skupnostih, po najrazličnejših društvi v obliki tečajev, delavnic, predavanj, intervjujev in praktičnih vaj. Za takšno izvajanje promocije zdravja je izredno pomembno dobro sodelovanje s patronažno medicinsko sestro, ki bo pri vsem vzgojnem delovanju poudarjala družinsko usmerjeno zdravstveno varstvo in kontinuiteto zdravstvenega varstva. Uporabljala bo tudi najrazličnejše pripomočke in zdravstveno-vzgojna gradiva.

## **Prednosti skupinskega dela**

Delo zdravnika družinske medicine je tesno prepleteno z delom medicinske sestre in patronažne medicinske sestre, kar vse tri zavezuje k dobremu sodelovanju (11).

Redni skupinski sestanki so osnova za dobro sodelovanje. S skupinskim delom pridobijo vsi. Zdravnik je bolj seznanjen z zdravstvenimi težavami svojih varovancev, bolj se lahko posveti celostni oskrbi in negi bolnika (ki sta mu zaradi sodelovanja s sestro olajšani), posveti se lahko obravnavi zahtevnejših primerov, v svojem delu je bolj prilagodljiv, ne nazadnje pa je manj moten zaradi telefonskih klicev.

Največ pridobi bolnik: skupinsko delo pomeni večjo kakovost dela, tj. dodatno pozornost, boljšo obveščenost in zagotovljeno stalno nego, četudi je zdravnik odsoten.

### **Pogoji za uspešno sodelovanje**

Vsi člani, ki sodelujejo pri delu, morajo upoštevati nekaj pravil, da bo njihovo skupno delo smiselno.

- Med člani morata vladati zaupanje in odkritosrčnost.
- Opredelitev posameznikovih nalog mora biti jasna; zdravnik in sestra se morata pri delu dopolnjevati tako, da bo tudi bolnik razločeval njuni vloge.
- Člani delovne skupine morajo poznati strokovne naloge in pričakovano dejavnost drugih sodelavcev.
- Zdravnik kot vodja delovne skupine mora imeti smisel za delitev odgovornosti sodelavcem ter nadzorovanje zaupanih nalog in opravil. Razpravljanje, načrtovanje in skupno delo je potrebno obema, da bi lahko dosegla zaupanje in razumevanje ter pravilno ocenila prepletajoče se vloge.
- Delovanje delovne skupine v družinski medicini je najučinkovitejše, kadar je na voljo dovolj časa za skupna strokovna srečanja. Redna srečanja, na katerih sodelujeta zdravnik, medicinska in patronažna sestra, so temelj za kakovostno in trajno skrb za bolnike. Pomenijo strokovno celico, kjer si izmenjujejo svoja mnenja vsi člani skupine in tako oblikujejo stališča o tem, kako usmerjati svoja zdravstvena prizadevanja.
- Bolnik je eden od partnerjev strokovne zdravstvene skupine, kar mu zagotavlja Dokument o pravicah bolnikov.

Tudi za študente medicine je dobro, da spoznajo vsebino in naravo dela medicinske sestre v ambulanti in patronažne medicinske sestre na terenu. Priporočljivo je, da opravijo vsaj krajšo prakso v vlogi medicinske sestre tako v osnovnem kakor bolnišničnem zdravstvu. Praksa jim bo pomagala k poznejšemu uspešnejšemu sodelovanju, saj bodo bolje razumeli in bolj spoštovali svoje sodelavce. Prav tako je sočasno tudi seznanjanje z delom različnih zdravstvenih delavcev v določeni fazi izobraževanja (med dodiplomskim ali podiplomskim študijem) zelo uspešno, npr. ob skupni študiji obravnave posameznika, družine ali lokalne skupnosti.

Za medicinske sestre so pomembne tudi razne sposobnosti, kot sta sodelovanje v raziskavah in razlaganje osnovnih rezultatov raziskav iz primarnega zdravstva. Nenehno strokovno izobraževanje in spremljanje razvoja stroke danes zahteva vsak poklic.

## **Sklep**

Sodobni zdravnik družinske medicine je zavezan dobremu sodelovanju z medicinsko sestro kot strokovnjakinjo na svojem področju. Skupno delo zdravnika družinske medicine, medicinske sestre in drugih strokovnih sodelavcev omogoča celostno in najboljšo možno zdravstveno nego in vzgojo bolnikov. To še posebej nazorno potrjuje preventiva, ki bo v prihodnosti zajemala velik del dela obeh.

### **Literatura:**

1. Engelhardt HT. Physicians, patients, health care institutions-and the people in between: nurses. V: Bishop AH, Scudder JR, eds. *Caring, Curing, Coping*. Alabama: University of Alabama Press, 1985: 142–59.

2. Gaut D. A theoretic description of caring as action. V: Leininger MM ed. *Care, the Essence of Nursing and Health*. Detroit: Wayne State University Press, 1984: 27–44.
3. Hajdinjak A, Štebe V. Filozofija zdravstvene nege. *Utrip*, št. 5, 1997.
4. Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Ljubljana: ZZN, 1994.
5. Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego, ZZN Slovenije. Razmejitev zdravstvene nege. *Utrip*, št. 12, 1997.
6. McKenna G. Caring is the essence of nursing practice. *Br J Nurs* 1993; 2: 72–76.
7. Pera H. Razumeti umirajoče: praktična navodila za spremljanje umirajočih. Ljubljana: Župnijski urad Ljubljana–Dravlje, 1998: 1–204.
8. Gadow S. Nurse and patient: the caring relationship. V: Bishop AH, Scudder JR eds. *Caring, Curing, Coping*. Alabama: University of Alabama Press, 1985: 31–43.
9. Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. *Uradni list RS*, št. 19/98.
10. Rajkovič V, Šušteršič O. Informacijski sistem patronažne zdravstvene nege, Založba Moderna organizacija, 2000.
11. Hoyer S. Zdravstvena vzgoja in zdravstvena prosveta. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 1995.
12. Zeldin T. How work can be made less frustrating and conversation less boring. *BMJ* 1999; 319: 1633–5.

# ZDRAVSTVENI KARTON

---

*Janko Kersnik*

## Uvod

Zdravstveni karton je uveljavljen pojem za medicinsko dokumentacijo, ki jo vodimo o posvetih z bolnikom. Zaradi stalnosti in dolgotrajnega odnosa med zdravnikom in bolnikom že tradicionalno hranimo dokumentacijo o posvetih in številne izvide v mapi – zdravstvenem kartonu. Ta bolnikov dokument uporablja zdravnik, ki mora poskrbeti tudi za zaupnost podatkov in ustrezno varovanje zdravstvenega kartona. Drugemu zdravniku ga sme dati na vpogled le na bolnikovo zahtevo ali z njegovim soglasjem. Laiki praviloma nimajo pravice vpogleda v zdravstveni karton. Brez bolnikovega soglasja ima pravico vpogleda v zdravstveni karton sodni izvedenec medicinske stroke, vendar le ob odredbi sodišča. Ob zamenjavi zdravnika lahko bolnik prenese k novemu zdravniku celoten zdravstveni karton ali pa samo obrazce in izvide.

## Vloga zdravstvenega kartona

**Zdravstveni karton** je (1, 2):

- zbir osebnih podatkov (socialnih, vedenjskih, zdravstvenih) o bolniku,
- nepretrgan zapis težav, povezanih z zdravjem,
- zdravnikov notes pri obravnavi zdravstvenih težav,
- sredstvo komunikacije v delovni skupini med zdravnikom in medicinsko sestro,
- seznam kroničnih bolezni,
- seznam stalnih zdravil,
- seznam predpisanih zdravil, ortopedskih pripomočkov, napotitev,
- strokovni in pravni dokument o opravljenih pregledih, preiskavah, posegih in zdravljenju,
- seznam zdravniško upravičene odsotnosti z dela,
- arhiv zbrane medicinske dokumentacije o bolniku,
- sodnomedicinski dokument,
- dokument finančnega in strokovnega nadzora,
- pripomoček (zbir kazalcev kakovosti) za samoocenjevanje kakovosti dela ter notranji in strokovni nadzor,
- pripomoček pri načrtovanju in izpeljavi izboljševanja kakovosti,
- pripomoček za pedagoško in raziskovalno delo.

Da bi zdravstveni karton izpolnil vse naštete naloge, je treba zapise v njem voditi usmerjeno in strukturirano. Slednje omogoča uporaba obrazcev, ki olajšajo dostopnost in izboljšajo preglednost zapisov. Tako se izognemo pretiranemu in nekoristnemu kopičenju zapisov v zdravstvenem kartonu (3).

## Usmerjen zapis o posvetu

Problemsko usmerjen vodeni zapis (angl. problem oriented medical record – POMR) posveta med bolnikom in zdravnikom upošteva praktično iste sklope, kot so že predvideni na dosedanem vložnem listu (4, 5). Vendar zapisovanje poteka le na strani velikosti A4 s sklopi, ki si sledijo navpično. Zdravnik si sam postavlja meje med posameznimi sklopi glede na obseg zapisa o anamnezi, statusu z izvidi, oceni oziroma diagnozi, predvidenih diagnostičnih postopkov, zdravljenju in svetovanju

bolniku. Oznaka za usmerjen zapis o posvetu med bolnikom in zdravnikom je izpeljana po angleških začetnicah poimenovanja teh sklopov – **SOAP** (angl. subjective, objective, assesment, plan) (tabela 1) (4, 5, 6, 7). Posamezne črke postavljamo tudi na začetek vsakega sklopa.

Tabela 1. **Postopek SOAP zapisovanja srečanja med bolnikom in zdravnikom (Smith 1983):**

S – subjektivni podatki, ki jih zvemo od bolnika

O – objektivne najdbe, ki jih dobi zdravnik s pregledom, izvidi, preiskavami ipd.

A – zdravnikova ocena razloga za obisk ali diagnoza ugotovljenega stanja

P – načrt

D – načrt za potrditev ali postavitev diagnoze

E – nasveti bolniku

T – načrt (predpisovanje) zdravljenja

*S – oporne točke, iz tistega, kar nam bolnik pove o svojem stanju, bolnikov razlog obiska, anamnestični podatki;*

*O – vse pozitivne ugotovitve in za zadevo bistvene negativne ugotovitve iz našega pregleda, testov, izvidov;*

*A – zdravnikova ocena ali razlog za obisk, ali bolezn; P – načrt, ki zajema tri različne dele: D – načrt nadaljnje diagnostike, E – svetovanje bolniku in T – predpisano in svetovano zdravljenje (prirejeno po 4, 5, 6).*

Postopek SOAP pri zapisu sledi štirim sklopom, ki se delno prilagajajo analogiji anamneza, status, diagnoza, zdravljenje, vendar so po svojem delovnem pomenu le nekoliko različni. Namen te oblike je predvsem zmanjšati obseg zapisa, da je bolj pregleden in sistematičen. Podatki morajo biti natančni, berljivi in razumljivi vsakemu zdravniku.

Pod S (subjektivni podatki; angl. subjective information) povzamemo bistveno iz bolnikove pripovedi o težavah, ki so ga pripeljale na pregled k zdravniku. Sem sodi tudi naša ugotovitev bolnikovega razloga za posvet.

Pod O (objektivne najdbe; angl. objective data) vpišemo vse pozitivne najdbe, pomembne negativne ugotovitve, značilnosti problema, rezultate preiskav, mnenja drugih zdravnikov in izvide.

Oznaka A (zdravnikova ocena stanja, diagnoza; angl. assesment) je namenjena oceni razloga, zaradi katerega se je bolnik odločil obiskati zdravnika; prav tako zdravnikovi oceni bolnikove težave oziroma diagnozi bolezni ali stanja, ki naj bi botrovalo tokratnemu obisku.

P pomeni načrt (angl. plan), ki je razdeljen na tri razdelke. Prvi (D) je namenjen predvidenim diagnostičnim postopkom, ki bodo pojasnili bolnikovo zdravstveno stanje (angl. diagnostic planning); drugi (E) so nasveti bolniku v zvezi z boleznijo in zdravljenjem (angl. patient education); tretji (T) zajema načrt zdravljenja, predpisana zdravila, fizioterapijo, čas zdravljenja, pričakovani izid zdravljenja (angl. therapeutic planning).

## Oblika zdravstvenega kartona

### Sestava zdravstvenega kartona (2):

- ovitek (plastična ovojnica),
- mapa (kartonasti zunanji del),
- vpenjala (plastična ali kovinska) za spenjanje:
  - stalnih obrazcev,
  - vložnih listov,
  - izvidov,
- žep (za shranjevanje nespetih izvidov ipd.),
- obrazci (za zbiranje določenih podatkov),
- napotki za uporabo obrazcev.

## Mapa z žepom

Mapa je namenjena vlaganju in vpenjanju obrazcev in izvidov. Žep smo doslej precej uporabljali za shranjevanje izvidov. Tak način hranjenja naj bi bil v novem zdravstvenem kartonu le začasen, dokler si izvidov kronološko ne bomo uredili in vpeli ali prepisali na ustrezno mesto. Shranjevanje je smiselno za čas zdravljenja ene epizode bolezni.

## Obrazci


Obrazci omogočajo strukturirano in poenoteno zapisovanje podatkov. Nekateri so »obvezni«, ker pomenijo podlago za zbiranje minimalnega zbira podatkov o posameznem bolniku, drugi pa so na izbiro zdravniku in predvsem olajšajo spremljanje psihosocialnih vidikov, razvoja (npr. otrok), preventivnih dejavnosti, vodenja kroničnih bolezni idr. Vsak obrazec je na enem listu formatra A4, kar omogoča enostaven računalniški izpis.

Obrazec **SPLOŠNI PODATKI** zajema del osebnih podatkov, in sicer identifikacijske, naslov in plačnika (8). Na tem listu so združeni vsi osebni in matični ter podatki o plačniku storitev, ki jih potrebuje predvsem medicinska sestra ali administratorica pri fakturah. Ker pa jih že ima v računalniku, so pomembni predvsem pri vnosu sprememb, kar lahko uredi z računalniškim izpisom.

**VLOŽNI LIST** je pravzaprav predloga s splošnimi osebnimi podatki, ki omogoča prosto zapisovanje stikov med zdravnikom in bolnikom (8). Vložne liste vpenjamo in nalagamo v prvo vpenjalo na zgibu. Sodi med obvezne obrazce. Poleg vpenjamo tudi povzetek vložnih listov.

Slika 2. **Primer vložnega lista z zapisom, ki je prirejen za usmerjeno urejanje zapisov srečanja med zdravnikom in bolnikom po metodi SOAP (razlaga je v besedilu).**

VLOŽNI LIST		št. 1
Ime: Janez Kranjski		Št. kartona: 123
Datum	SOAP	Zapiski
1.4.96 K2/1	S:	vse ga boli
	O:	pordelelo žrelo, subfebrilen (37,2 °C)
	A:	pharyngitis ac.
	P:	počitek, nasvet, kontrola čez 3 dni. Non potest do kontrole.



Okrajšava K2/1: količnik 002 (prvi obisk) zaradi bolezni: 1.

Vsak vložni list ima zaporedno številko. V levi stolpec vpisujemo datum in vrsto obiska (prvi, ponovni ali kratki obisk, bolezen, poškodbo, poklicno bolezen, poškodbo na delu, prometno nezgodo), v desno večjo polovico pa začetnice SOAP pred del besedila, ki pripada skupinam usmerjenega zapisa (glejte Usmerjeni zapis o posvetu).

Ko se nabere več vložnih listov in se zmanjša preglednost, je smiselno narediti povzetek. To je zgoščena informacija o bolnikovih posvetih z zdravnikom v določenem obdobju in nadomešča posamezne vložne liste.

**ZBIRNIK** je seznam vseh zdravstvenih, socialnih in drugih težav ter stanj, ki bolnika spremljajo dlje časa (8). Namen zbornika je, da zdravniku omogoča pregled nad bolnikovimi večjimi zdravstvenimi težavami (2).

Slika 3.

**Primer obrazca, kjer sta združena zbirnik in seznam stalnega zdravljenja**

<b>ZBIRNIK</b>				
Ime: <b>Janez Kranjski</b>				Št. kartona: <b>345</b>
Šifra	Št.	Problem	Začetek	Pripombe
401.9	1	hypertensio arterialis	1984	
723.2	2	cervicobrachialgia	1990	
712.0	3	arthritis urica	1990	
820.8	4	fractura colli femoris sin.	2. 3. 1992	4. 3. 1992: TEP coxae sin.
780.5	5	insomnia	1992	
<b>SEZNAM ZDRAVLJENJA</b>				
Št.	Št.	Zdravilo	Pripombe	
1	1	Olivin 20 mg	2 x 1	
2	1	Edemid	1/3dni	
3	2	Glissonova zanka		
4	3	Zyloric	1/d	
5	2, 3	Ketonal forte	3 x 1 ob bolečinah	
6	3	Cholchicin tbl	ob napadu putike	
7	5	Apaurin 5 mg	pred spanjem	



Vsako težavo, ki ni samo prehodnega in minljivega značaja, vpišemo v zbirnik; prav tako zaporedno številko težave, šifro, diagnozo in datum, ko se je začela. V rubriki *Pripombe* lahko navedemo, kdaj se je težava razrešila, in druge zaznamke v zvezi z njo. Ima tudi mesto za vpis alergij in drugih stanj, kot so slabe družinske razmere, kajenje, alkoholizem, debelost ipd. Pri odraslih lahko zapisujemo tudi cepljenja proti tetanusu. Pri uporabi računalniškega zdravstvenega kartona je smiselno voditi nekaj več diagnoz oziroma je kratkotrajne epizode bolezni smotrno opisati pod eno diagnozo, npr. »prehodne bolezni«.

Del zbornika je tudi **SEZNAM ZDRAVIL**, ki jih bolnik jemlje dlje časa. Vanj vpišemo zaporedno številko, številko težave, na katero se nanaša zdravljenje, ime zdravila, ortopedskega ali sanitarnega pripomočka ipd., kar bolnik uporablja dlje časa. Med pripombe lahko vpišemo število potrebnih zavojčkov v dveh mesecih ali druge zaznamke.

## Družinski zbirnik

### Sestavljajo ga trije deli:

- **Družinsko drevo** za vpisovanje pomembnih podatkov (dejavnikov tveganja) iz družinske anamneze. V predlogo genograma vpisujemo pomembne podatke iz družinske anamneze, ki so lahko važni pri ocenjevanju dejavnikov tveganja za razvoj nekaterih bolezni (srčnožilne bolezni, rak, duševne bolezni) (9).
- **Družinski APGAR I in II** lahko uporabimo predvsem, kadar potrebujemo v bolnikovem okolju pomembno osebo, ki naj bi prevzela zanj določene naloge oziroma bi nam lahko pomagala pri zdravljenju.

V družinskem zborniku je tudi prostor za vnos drugih podatkov o družini, ki bi nam utegnili koristiti pri delu.

## Dodatni obrazci

V **ZBIRNIK POTRDIL** sodijo evidenca bolniškega staleža pri aktivni populaciji in izdaje različnih potrdil in spričeval.

V **ZBIRNIK LABORATORIJSKIH IZVIDOV** sodi evidenca pomembnejših laboratorijskih preiskav trajnejše vrednosti, ki se ne pokrivajo z laboratorijskimi preiskavami pri vodenju kroničnih bolezni.

V **ZBIRNIK PREGLEDOV IN BOLNIŠNIČNIH ZDRAVLJENJ** sodita evidenca pomembnejših diagnostičnih preiskav in pregledov pri specialistih, ki se ne pokrivajo z vodenjem kroničnih bolezni (**PREGLEDI**), ter evidenca zdravljenja v bolnišnici (**BOLNIŠNIČNO ZDRAVLJENJE**).

Vsaka kronična bolezen terja svoje specifično vodenje. Temu cilju so namenjeni posamezni **LISTI KRONIČNIH BOLEZNI** (npr. za sladkorno bolezen, hipertenzijo ipd.). Uporabljamo jih lahko kot del registra kroničnih bolezni.

Evidenca preventivnih dejavnosti (cepljenja proti tetanusu, gripi, preventivnega programa za odraslo populacijo ipd.) je na **PREVENTIVNEM LISTU**. Vanj sodi tudi prenos sistematičnih in preventivnih pregledov otrok, kar potrebujemo pri zdravstvenem varstvu otrok in mladine.

Zbirnike in posamezne liste uporabljamo seveda le, kadar so potrebni. Zasnovani so tako, da olajšajo vodenje bolniškega staleža, kronične bolezni in preventivne dejavnosti ter nam omogočajo lažje usklajevanje z dostopnimi podatki o laboratorijskih in diagnostičnih preiskavah, pregledih pri specialistih ter s podatki o bolnišničnem zdravljenju. S prehodom na računalniški zdravstveni karton je njihovo vodenje avtomatizirano, ker bo obrazec nadomestilo okno, ki bo veliko hitreje in lažje dostopno kot listanje po obrazcih.



## Računalniški zdravstveni karton

Računalniški zdravstveni karton ima obetavno prihodnost. Pri prehajanju na računalniško zbiranje podatkov je pomembno definirati obliko in obrazce zdravstvenega kartona ter uskladiti nastajajoče programe. Usmerjeni zapis o posvetu in problemsko usmerjeno vodenje zdravstvenega kartona zagotavljata preglednost zbranih podatkov, sistematičnost pri zbiranju in hitro dostopnost vseh podatkov ter omogočata lahek prehod na računalniški zdravstveni karton.

V svetu in pri nas obstaja več poizkusnih računalniških zdravstvenih kartonov. Pred dokončno uveljavitvijo bo treba najti načine, ki bodo uporabnikom skrajšali čas vnosa in približali uporabnost strukturiranega vnosa. Strukturirani vnos ima odločilne prednosti pri raziskovanju ter zagotavljanju in izboljševanju kakovosti, ker skrajša čas zbiranja podatkov. Omogoča zbiranje in računalniško obdelavo kazalcev kakovosti.

## Preostali dokumenti

Medicinska dokumentacija poleg zdravstvenega kartona obsega še številne druge obrazce.

### Napotnice

Napotnica je obrazec, s katerim prenesemo del opravil na drugega izvajalca v pričakovanju njegovega poročila (izvida), ki nam omogoča nadaljnjo oskrbo bolnika. Opravila prenesemo zato, ker resnost ali oblika zdravstvene težave presega naše zmožnosti, da bi jo v tistem trenutku lahko obravnavali sami. Obrazec ima navadno glavo in telo. Glava vsebuje vse potrebno o bolnikovem zavarovalnem statusu in demografske podatke; v preostalem delu zdravnik navede želeno konzultantovo stroko oziroma želeno storitev in svojo oceno zdravstvene težave. Priporočljivo je, da napotni zdravnik napiše čim več znanih podatkov o bolniku, ki se nanašajo na trenutno zdravstveno težavo. Poznamo napotnice za naslednje storitve:

- pregled pri zdravniku in sprejem v bolnišnico,
- laboratorijske preiskave,
- izvedensko mnenje (zdravniške in invalidske komisije).

Za nekatere napotitve so obrazci predpisani na državni ravni, za druge pa posamezne zdravstvene ustanove uporabljajo svojo obliko.

### Recepti

Recept je obrazec, s katerim drugemu izvajalcu, praviloma s področja lekarniške dejavnosti, naročamo izdajo določenih učinkovin in sredstev z navodilom za uporabo neposredno uporabniku – bolniku. Ker gre za uporabo diferentnih sredstev, se ponekod uveljavlja dvodelni recept: prvi del je namenjen izdajatelju učinkovine kot naročilnica in navodilo za izdajo, drugi pa uporabniku učinkovine kot obširnejše navodilo o njeni uporabi. Tako poteka izdajanje zdravil in tehničnih pripomočkov.

### Nalog

Nalog je obrazec za naročilo drugi službi v osnovnem zdravstvu, naj opravi njej lastne posebne naloge za določenega bolnika. Z nalogi naročamo rešilne prevoze bolnikov, fizioterapijo in nego na domu, ki jo opravlja patronažna sestra.

### Potrdila in spričevala

Potrdila in spričevala so obrazci, na katere pišemo sporočila o bolniku, namenjena tretji osebi (drugemu zdravniku, delodajalcu, razredniku, zavarovalnici, sodišču idr.):

- obvestilo zdravniku o posvetu,
- potrdilo o zdravniško upravičeni odsotnosti z dela,
- šolska opravičila,
- spričevala o zdravstvenem stanju.

Spričevala o zdravstvenem stanju imajo pridobitni namen, saj bolnik z njimi uveljavlja določene pravice pri tretji osebi. Če jih izdajamo na bolnikovo zahtevo, izdaja ni sporna, medtem ko spričevala ali potrdila praviloma ne smemo izdati na zahtevo tretje osebe, če nimamo pristanka prizadetega bolnika.

### **Poročila**

Med številnimi predpisanimi poročili o opravljenem delu, vodenju čakalne knjige in različnih evidencah je treba omeniti seznam predpisanih narkotikov, ki ga mora voditi vsak zdravnik.

### **Literatura:**

1. Kersnik J. Zdravstveni karton in zagotavljanje kakovosti. V: Kersnik J. Zagotavljanje kakovosti 1994. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1994: 71–7.
2. Kersnik J, Švab I. Predlog novega zdravstvenega kartona. Zdrav Var, 1996; 35: 193–9.
3. Kersnik J. Problemsko usmerjena medicinska dokumentacija v splošni medicini. Med Razgl, 1994; 33: 223–40.
4. Weed LL. Medical records that guide and teach. NEJM, 1968; 278: 593–600.
5. Weed LL. Medical records that guide and teach. NEJM, 1968; 278: 652–93.
6. Goldfinger SE, Dineen JJ. Problem oriented medical record. V: Isselbacher KJ, Adams RD, Braunwald E, Petersdorf RG, Wilson JD. Harrison's principles of internal medicine. Tokyo: McGraw Hill, 1980: 9–11.
7. Smith HT. The medical record. V: Taylor RB: Family medicine. New York: Springer Verlag. 1983: 1789–802.
8. Gervas J, Fernandez MP. Minimum basic data set in general practice: Definitions and coding. Fam Pract, 1992; 42: 349–52.
9. Smilkstein G. Assesment of family function. V: Taylor RB. Family medicine. New York: Springer Verlag, 1983: 74–84.

### **Priporočena literatura:**

1. Goldfinger SE, Dineen JJ. Problem oriented medical record. V: Isselbacher KJ, Adams RD, Braunwald E, Petersdorf RG, Wilson JD. Harrison's principles of internal medicine. Tokyo: McGraw Hill, 1980: 9–11.
2. Kersnik J, Švab I. Predlog novega zdravstvenega kartona. Zdrav Var, 1996; 35: 193–9.

# POMEN ZDRAVSTVENEGA KARTONA PRI VODENJU KRONIČNEGA BOLNIKA

*Janko Kersnik*

## Uvod

Zdravstveni karton je ogledalo zdravniškega dela (1). Od dobrega zdravnika zato pričakujemo tudi vestno vodene in urejene zdravstvene kartone (2), ki so temelj dobre oskrbe bolnika in eno izmed sredstev, s katerimi pogloblja in izpopolnjuje svoje znanje (3). V zdravstvenem kartonu hrani stalno dosegljive temeljne podatke o bolniku, zbrane izvide drugih zdravnikov ter laboratorijskih in drugih preiskav. Zdravstveni karton je nepretrgan zapis vseh bolezni, iz katerega sta razvidna število obiskov posameznega bolnika in pregled nad vodenjem kroničnih bolezni; je zapis predpisanih zdravil, omogoča stalnost zdravstvene oskrbe bolnika in ima lastnosti sodnomedicinskega dokumenta (1, 4).

## Posebnosti zapisovanja pri vodenju kroničnih bolnikov

Zdravljenja kroničnega bolnika si ne moremo predstavljati brez sistematičnega vodenja zdravstvenega kartona in druge medicinske dokumentacije. Zasnova današnjega zdravstvenega kartona temelji predvsem na praksi izpred tridesetih let, ko je bilo delo v družinski medicini zamišljeno predvsem kot reševanje posamičnih (zlasti akutnih) zdravstvenih težav. Nekaj predelkov je bilo namenjenih tudi zbiranju podatkov o bolniku, ki so bili (mnogi tudi še danes) pomembni v takratnih družbenih razmerah. Največ prostora je namenjenega različnim datumom: za obisk, naročanje na kontrolni pregled, terapijo in upravičeno odsotnost z dela. Slednji predelek je zgled za izjemno natančno določene oblike pregleda nad zdravniško upravičeno odsotnostjo z dela. Način dela v družinski medicini se je v zadnjih štiridesetih letih spremenil tudi zaradi vedno več kroničnih bolezni, ki jih ni moč obravnavati kot posamični stik ali niz nekaj zaporednih stikov. Kronična bolezen se lahko vleče desetletja, prekinjajo jo številni stiki zaradi drugih zdravstvenih težav, zato se preglednost nad njenimi posameznimi kazalci pogosto izgubi. Večina zdravnikov družinske medicine pri nas ni zadovoljna s sedanjo obliko zdravstvenega kartona, pomanjkljivosti rešuje z lastnimi inovacijami in si želi drugačnega (5).

## Načela vodenja zdravstvenega kartona pri kroničnem bolniku Seznam bolnikov z določeno boleznijo

Temelj aktivnega zdravljenja kroničnega bolnika je, da vodimo seznam posameznih kroničnih bolezni (6, 7, 8, 9), ki ga lahko naredimo na več načinov:

Zdravstvene kartone bolnikov označimo z »zastavicami« določene barve. Najlažje jih označimo z raznobarvnimi lepilnimi trakovi. Priporočljivo je uporabljati enotne barve za posamezne bolezni: modra – hipertenzija, rjava – sladkorna bolezen, rdeča – alergija, rumena – epilepsija in druge nevrološke bolezni, zelena – pljučne bolezni, bela – rakave bolezni, siva – duševne motnje, črna – kajenje in vijolična – hiperlipidemija (10). Zaradi lažje preglednosti je nalepke smotno razvrstiti od desne proti levi v naslednjem zaporedju: duševne motnje, hipertenzija, rakave bolezni, hiperlipidemija, alergije, sladkorna bolezen, nevrološke bolezni, pljučne bolezni, kajenje (slika 1).

Slika 1.

**Barvne oznake zdravstvenih kartonov za posamezne kronične bolezni: modra – hipertenzija, rjava – sladkorna bolezen, rdeča – alergija, rumena – epilepsija in druge nevrološke bolezni, zelena – pljučne bolezni, bela – rakave bolezni, siva – duševne motnje, črna – kajenje in vijolična – hiperlipidemija.**

KAJENJE	KOPB	NEVROL	D. MEL.	ALER.	HOL.	CA	HA	PSIH.
---------	------	--------	---------	-------	------	----	----	-------

Drugi način vodenja seznama je izpis posebnih »kartončkov« (sliki 2 in 3) (9). Za posamezne bolezni lahko uporabimo posebne natisnjene kartončke ali barvne listke, na katere s tiskalnikom izpišemo osnovne bolnikove podatke. Tak način omogoča obdobjno posodabljanje seznama z izločanjem izpisanih bolnikov.

Slika 2. Prednja in zadnja stran kartončka za vodenje hipertenzije

The left form (front side) includes a header with fields for patient identification: KOPR., D.ME., ALER., HOL., CA., HA., PSIH. Below this is a title bar for 'HIPERTENZIJA'. The main area contains a grid for recording data, with labels 'tel.' and 'št. kar.' (number of cards). Below the grid is a section for 'DODATNI NADZOROVANI DEJAVNIKI TVEGANJA' (Additional monitored risk factors) with several lines for text entry.

The right form (back side) is a data table with the following columns: DATUM, RR (mmHg), kardi (min), sočalna, protein (urija), TEŽA, Q indeks, PREG., zdravila, and naroben. The table consists of 10 columns and 15 rows for data entry.

Slika 3. Prednja in zadnja stran kartončka za vodenje sladkorne bolezni

The left form (front side) includes a header with fields for patient identification: KOPR., D.ME., ALER., HOL., CA., HA., PSIH. Below this is a title bar for 'SLADKORNA BOLEZEN tip'. The main area contains a grid for recording data, with labels 'tel.' and 'št. kar.'. Below the grid is a section for 'DODATNI NADZOROVANI DEJAVNIKI TVEGANJA' with several lines for text entry.

The right form (back side) is a data table with the following columns: DATUM, KS (mmol/l), gliko (urija), ketoni v (urina), TEŽA, Q indeks, PREG., zdravila, and naroben. The table consists of 10 columns and 15 rows for data entry.

Tretji način je vodenje zaporednega seznama bolnikov z določeno kronično boleznijo. Pri ročnem pisanju so problem izločeni bolniki in novi vpisi, kar onemogoča vodenje po abecedi. Današnji računalniški programi v Sloveniji še ne omogočajo vodenja računalniškega seznama kroničnih bolnikov. Za silo se mu lahko približamo z izpisom bolnikov, ki smo jim v določenem obdobju pripisali določeno diagnozo. Treba si bo prizadevati, da bodo dobavitelji programske opreme ponudili možnost vodenja zbirnika kroničnih diagnoz in označevanja bolnikovega računalniškega kartona z oznako za določeno kronično bolezen. Šele tako vodeni računalniški karton bo omogočal enostavno vodenje seznamov bolnikov s kroničnimi boleznimi.

### Priporočila in smernice za zapisovanje neobhodnih podatkov pri posamezni kronični bolezni

Vodenja zdravstvenega kartona se v preteklosti ni bilo mogoče naučiti na medicinski fakulteti in drugih organiziranih oblikah izobraževanja. Učili smo se ga od starejših kolegov, kar je privedlo do znatnih razhajanj v načinu zapisovanja. V svetu in pri nas se vedno bolj uveljavljajo smernice in iz njih izpeljani standardi, na podlagi katerih lahko merimo kakovost (11, 12). Vsebina tega, kar moramo in želimo zapisovati pri vodenju določene kronične bolezni, odločilno vpliva na oblikovanje posebnega obrazca. Še posebno pri kroničnih boleznih se je pokazala potreba po problem-sko usmerjenem zapisovanju, ki omogoča interaktivno zbiranje podatkov na struk-





**Literatura:**

1. Kersnik J. Zdravstveni karton in zagotavljanje kakovosti. V: Kersnik J, ur. Zagotavljanje kakovosti 1994. 11. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino Slovenskega zdravniškega društva, 1994: 71–7.
2. Kersnik J. Problemsko usmerjena dokumentacija v splošni medicini. *Med Razgl* 1994; 33: 223–40.
3. Mc Whinney IR. Records. V: Mc Whinney IR. Family medicine. New York: Springer Verlag, 1989: 324–32.
4. Balažič J, Košir T. Sodnomedicinska opravila zdravnika družinske medicine. V: Medicinsko izvedenstvo, 85. Strokovni sestanek ob 40-letnici dela in obstoja Medicinske fakultete in Inštituta za sodno medicino. Zbornik referatov. *Med Razgl* 1985; 24(suppl): 91–101.
5. Kersnik J, Švab I. Pilotsko testiranje predloga novega zdravstvenega kartona. *Zdrav Vars* (v tisku).
6. Grahovac V. Zdravstvena zaščita kroničnih bolnika. V: Budak A, ur. Organizacija rada i iskustva iz prakse opće medicine. Zagreb : Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1990: 208–12.
7. Jakšič Ž, Kovačić L. Elementi programa zaštite kroničnih bolnika. V: Budak A, ur. Organizacija rada i iskustva iz prakse opće medicine. Zagreb : Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1990: 175–8.
8. Mazzi B. Neki aspekti kontinuiranog rada s kroničnim bolesnicima. V: Budak A, ur. Organizacija rada i iskustva iz prakse opće medicine. Zagreb : Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1990: 206–7.
9. Gordon J, Kearney M, Watson P. Medical records in general practice. *Med J Austr*, 1992; 156: 701–9.
10. Nightingale JH, Walton RJ. Colour tagging of medical records and age – sex cards. *J Roy Coll Gen Pract* 1985; 35: 520–1.
11. Kersnik J. Oblikovanje priporočil za kakovostno delo zdravnika družinske medicine. *Zdrav Vestn* 1996; 65: 413–5.
12. Kersnik J. Kakovost v družinski medicini. 1. natis. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino – SZD, 1998: 308.
13. Weed L L. Medical records that guide and teach. *N Engl J Med* 1968; 278: 593–600.
14. Weed L L. Medical records that guide and teach. *N Engl J Med* 1968; 278: 652–93.
15. Kersnik J, Švab I. Predlog novega zdravstvenega kartona. *Zdrav Vars*, 1996; 35: 193–9.

# UREJANJE DELOVNEGA ČASA

---

Igor Švab

Med prvimi izzivi, s katerimi se sreča mladi zdravnik v ambulanti, so gneča v čakalnici in gora kartonov ob prihodu v službo ter negodovanje bolnikov zaradi dolgega čakanja na pregled. Delovni čas je neenakomerno porazdeljen, saj zdravnik pogosto ne ve, koliko ljudi bo moral pregledati na določen dan. Bolniki so nezadovoljni, ker opazijo, da se zdravniku mudi, in imajo pogosto občutek, da dela površno. Pojavljajo se poskusi prihajanja v ambulanto prek vrste, kar še dodatno vpliva na njihovo nezadovoljstvo. Med šolanjem pridobljeno znanje ne zadošča, da bi zdravniki uspešno reševali ta sicer preprost organizacijski problem, ki pa pomembno vpliva na zdravnikovo priljubljenost med bolniki.

## Enostavne oblike urejanja delovnega časa

Večina ambulant ima svoj delovni čas razdeljen na posamezne dele. Ob določeni uri v dnevu je čas za dajanje injekcij in prevezovanje, kronični bolniki, ki imajo samo redne kontrole, so naročeni na določen dan in uro, sistematski pregledi predšolskih in šolskih otrok so tudi ob vnaprej določenem času. Predloge za oceno invalidnosti pišemo navadno ob koncu delovnega dne. V nekaterih ordinacijah je omogočeno, da bolniki, ki želijo samo recept ali napotnico brez zdravnikovega pregleda, kadar koli oddajo knjižice in pridejo po recepte ob koncu obratovanja. Ko zapustimo ambulanto, opravimo še naročene hišne obiske.

Prva stopnja urejanja delovnega časa je urejanje reda v čakalnici tako, da bolnikom omogočimo, da bodo prišli v ambulanto v enakem vrstnem redu, kot so se prijavi. Ne gre za naročanje v pravem pomenu besede, ampak za zagotavljanje večjega reda v čakalnici, ki ga pogosto zahtevajo bolniki sami. Seveda je treba biti tudi pri tem prožen: bolniku, ki očitno trpi, je treba dati prednost ne glede na to, ali je prišel v čakalnico pozneje. Večinoma takega bolnika spustijo naprej čakajoči sami, kljub temu pa je pomembno, da mora ekipa (zdravnik ali sestra) imeti stalen vpogled nad stanjem v čakalnici.

Nekateri zdravniki poskušajo omejevati število bolnikov, ki so jih voljni dnevno pregledati. Tako dobimo najbolj primitivno obliko naročanja, ki je pogosta v specialističnih ordinacijah. Tak način dela je za zdravnika lagoden, ker si vsak dan zagotovi vedno enako število ljudi, vendar se v družinski medicini zaradi togosti ni uveljavil.

Družinski zdravniki so morali najti takšno obliko, ki ne bi omejevala varovancev, da bi prišli na pregled v ambulanto, po drugi strani pa omogočala boljše načrtovanje dela in enakomerno obremenitev zdravnika čez dan. To pa je dosegljivo samo z naročanjem bolnikov.

## Naročanje na pregled

### Uvajanje

S pripravami moramo začeti najmanj dva meseca pred datumom, ko nameravamo začeti naročati. Ko začnemo uvajati naročanje, moramo upoštevati naslednje dejavnike (1):

### Število bolnikov

Brez posebnih težav lahko vpeljemo naročanje v ordinacijah, kjer imamo registriranih do 2500 ljudi. Ob večjih številkah se večja tudi verjetnost, da nam zaradi preobremenje-



nosti ne bo uspelo, čeprav je možno uspešno naročiti tudi več kot 3000 bolnikov. Število opredeljenih bolnikov je redko razlog, da ne bi mogli vpeljati naročanja.

### Dosedanje število pregledov dnevno

Večji problem je navadno število pregledov v ambulanti. Če imamo povprečno do 60 bolnikov dnevno, nam novi način dela ne bi smel predstavljati težav. Do 45 temeljitih pregledov dnevno je meja, do katere je še možno kolikor toliko strokovno delati (2). S povečevanjem števila obiskov v ambulanti se praviloma dogaja, da se število pregledov zmanjšuje na račun kratkih in pisarniških storitev. To je dolgoročno zelo slabo, saj začne zdravnik delovati kot administrator, ki v bistvu ne razreši zdravstvenih problemov, ampak jih prelaga na poznejši čas ali druge zdravnike. Uvajanje naročanja je tudi način, kako lahko zmanjšamo število nepotrebnih stikov, kar je zlasti pomembno pri nekaterih težavnih bolnikih, ki potem obisk v ambulanti prenehajo enačiti z drugimi ključnimi opravki (pošto, banko, trgovino).

### Oddaljenost od ambulante in razvitost komunikacij

Način, kako bomo naročali bolnike, je različen. Pomembno je, kje delamo: v mestnem okolju z dobrimi telefonskimi in prometnimi zvezami, v ambulanti, ki deluje v tovarni, na kmetijskem območju, kjer so oddaljenosti večje in povezave slabše. Na splošno velja, da v predelu s slabimi zvezami sistem naročanja večkrat odpove kot v mestu, pogosto zaradi slabih prometnih zvez (npr. avtobus samo enkrat ali dvakrat dnevno). Pomanjkanje telefonskih zvez v sedanjem času praktično ni več ovira.

Najpomembnejša naloga je prepričati člane strokovne skupine in sodelavce, da je takšen način dela potreben. Najbolje se je pogovoriti na strokovnem sestanku. Brez soglasja sodelavcev se raje ne lotevamo uvajanja naročanja, saj v končni fazi naročanje prevzame medicinski tehnik in nam brez njegovega sodelovanja ne bo uspelo (3, 4). Ko smo dobili soglasje za izvedbo naročanja, moramo pred njegovo uvedbo obvestiti bolnike, da bomo začeli z novo organizacijo dela. Obvestilo naj visi v čakalnici vsaj en mesec pred začetkom naročanja. Lahko pripravimo kratka obvestila, ki jih damo bolnikom med obiskom v ambulanti, v katerih je podrobno in jasno pojasnjeno, kako bo potekalo naročanje.

### Oblike zapisovanja

Prva za splošno medicino uporabna oblika je zelo preprosta: predvideni delovni čas razdelimo na časovne presledke, v katere vpisujemo bolnike, dokler ni dan zapolnjen. Pametno je, da pustimo prazen prostor za takrat, ko pričakujemo večje število nenajavljenih bolnikov, pa tudi 1 do 2 uri na začetku delovnega dne in da ne naročamo dveh prvih pregledov zapored. Nekateri zdravniki si poskušajo bolnike z določenimi boleznimi naročiti na stalne dneve (npr. hipertontike v sredo, diabetike v četrtek itd.). Način je preprost, slaba stran pa je, da je težko najti prost termin, če je dan že zapolnjen (5).

#### Primer zapisovanja:

Ura	Bolnik
7.00	Janez Kranjc
7.10	Peter Bajuk
7.20	Gregor Jarc
7.30	PRAZNO
7.40	Nace Kovač

Navadno bolnike naročamo v presledkih po deset minut. Če gre za posebno zahtevnega bolnika, si lahko zanj rezerviramo dva termina. Pozneje lahko presledke

spremenimo glede na posebnosti našega dela (6). Le malo se razlikuje naslednji sistem, ko v razmikih po 30 minut naročamo več bolnikov. Na ta način povečujemo čakalno dobo bolnikov, preprečimo pa, da bi zdravnik čakal na bolnika.

**Primer zapisovanja:**

Ura	Bolnik 1	Bolnik 2	Bolnik 3
7.00	Janez Kranjc	Peter Bajuk	Gregor Jarc
7.30	Nace Kovač	PRAZNO	PRAZNO
8.00	Danica Zupanič	Roman Oblak	PRAZNO

## Sistem drsnih blokov

Med vsemi načini je ta še najbolj zapleten. List razdelimo na tri dele. Leva stran je blok 1 in vanj naročamo bolnike za več kot en teden vnaprej, razen zadnjih nekaj presledkov, ki so del tretjega bloka. Desna stran je blok 2 in vanj naročamo bolnike od enega tedna do dneva ordinacije, razen zadnjih nekaj vrstic, ki so del bloka 3. V blok 3 lahko naročamo samo isti dan. Po nedelji in praznikih, ko pričakujemo večje število nenajavljenih bolnikov, povečujemo prostor za bloka 2 in 3.

**Primer zapisovanja:**

Blok 1		Blok 2	
7.00	Janez Kranjc	7.10	Peter Bajuk
7.20	Gregor Jarc	7.30	Nace Kovač
7.40	PRAZNO	7.50	Roman Oblak
8.00	PRAZNO	8.10	PRAZNO
8.20		8.30	
8.40		8.50	
9.00		9.10	
9.20		9.30	
9.40		9.50	
10.00		10.10	
10.20		10.30	
10.40		10.50	
Blok 3			
11.00	Josip Car		Janko Kersnik
11.20			

Vrstni red vpisovanja je seveda povsem poljuben in odvisen od dogovora med bolnikom in tistim, ki naroča.

Sodobna tehnologija seveda omogoča uporabo računalniških programov, ki samodejno vodijo sistem naročanja, zdravnika opozorijo na bolnike, ki niso prišli na pregled, in tako razrešijo marsikateri problem (7).

Po nekajmesečnem delu z naročanjem bolnikov je smotrno narediti analizo načina, ki smo ga uporabili. Če smo že pred začetkom naročanja naredili anketo, jo ponovimo in primerjamo rezultate. Ne pozabimo pustiti prostora za pripombe bolnikov.

## Razlogi za neuspeh

Včasih se nam naročanje izjalovi. Najpogostnejši razlogi so naslednji:

### Premajhno sodelovanje v skupini

To je najpogostnejši razlog za neuspeh. Naročanje je v rokah medicinskih tehnikov ali administratorov in brez njihovega odgovornega sodelovanja nimamo nobene možnosti na uspeh. Najpogostnejši vzrok za premajhno sodelovanje v skupini pa je nezadostna obveščенost in dvomi o tem, ali z uvajanjem naročanja ne posegamo v

bolnikove pravice do dostopne zdravstvene službe. Sodelavce je treba motivirati s tem, da jim povemo, da bo uvajanje naročanja res terjalo nekaj dodatnega dela, ki pa se bo bogato obrestovalo, ko bo popolnoma vpeljano. Vedeti je treba, da zaradi nereda v čakalnici sestre trpijo bolj kot zdravniki.

### **Netočen začetek dela**

Naročanje seveda pomeni, da bosta ob določenem času v ordinaciji oba: bolnik in zdravnik. Na srečo je možno predvidljive odsotnosti upoštevati v shemi naročanja. Pri nenapovedanih odsotnostih pa čaka naročitelja neprijetna naloga, ko mora vse naročene obvestiti in se dogovoriti za nov termin. Zato morajo vse kartoteke vsebovati tudi telefonske številke, na katerih so bolniki dosegljivi.

### **Nujni primeri**

Nujni bolnik, ki ga bodo pripeljali v ambulanto, ne pomeni velikega časovnega problema, če ne potrebuje spremstva v bolnišnico. Na srečo so takšni primeri redki in niso velika ovira. Večjo težavo povzročajo nujni hišni obiski. Več jih je tam, kjer je čakalna doba na pregled dolga, in ko nujen hišni obisk pomeni način, kako predčasno priti do zdravnika.

### **Nestalna zaposlitev zdravnikov**

Naročanje je smiselno uvesti v ordinacijah, kjer je verjetnost, da bo zdravnik ostal zaposlen dlje časa. Zdravnik, ki mu ordinacija pomeni samo odskočno desko za kakšno drugo delovno mesto, ni motiviran za uvajanje naročanja.

### **Stalnost bolnikov**

Zdravnik, čigar ekipa se bo odločila za naročanje na pregled, mora imeti stalno populacijo, da jo lahko navadi na novi način dela.

### **Nezadostno sodelovanje prebivalstva**

Približno 5 do 10 % naročenih se ne zglašijo na pregled. Odstotek se sčasoma zmanjšuje, verjetno tudi zato, ker bolniki, ki naročanja kot načina zdravnikovega dela ne sprejemajo, spremenijo delo v ambulantni. Izjema pri tem splošnem pravilu so mladostniki, ki se jih navadno zglašijo na kontrolni pregled le polovica vseh primerov (8). Če se bolnik ni oglasil na pregled, nam mora to vedno vzbuditi sum, da je z njim mogoče kaj narobe. Pokličimo ga, obiščimo ga na domu, pozanimajmo se, kaj je z njim! Ljudje danes nismo več navajeni sprejeti čakanja kot način življenja, zato smo do onih, ki jih krivimo za izgubo našega časa, zelo kritični. Zdravniki nismo pri tem nobena izjema.

## **Sklep**

Bolniki ocenjujejo kakovost zdravnikovega dela tudi po času, ki ga morajo prebiti v čakalnici. Pogosto celo velika strokovnost in potrpežljivost zdravstvenih delavcev ne zadoščata, da bi popravili slab vtis, ki ga naredi dolgotrajno čakanje pred vrati ordinacije. S tega stališča je uvajanje naročanja bolnikov nujno potrebno zaradi večjega zaupanja med bolnikom in zdravnikom.

Če se odločamo, da bomo v naši ambulanti naročali bolnike, moramo vedeti, kaj bo to prineslo nam in našim varovancem. Verjetno bodo vedno obstajali ljudje, ki se nikakor ne bodo mogli navaditi, da se je treba v ambulanti zglasiti ob določeni uri in minuti. Večinoma pa so prednosti zanje nesporne, zato zelo ugodno sprejemajo vse oblike naročanja, tudi najbolj nerodne. Pri zdravniku pa stvar ni tako preprosta, saj mu taka oblika dela vsaj na začetku nalaga več dela, za katerega ni posebej na-

grajen. Verjetno so vedno bili in bodo zdravniki, ki jim godi polna čakalnica, saj jim daje občutek zaželenosti in pomembnosti.

Uvajanje naročanja pomeni enega izmed osnovnih pogojev za kakovosten preskok v zdravniškem delu. Ne gre namreč samo za to, da bolniki manj čakajo. Za vsakega naročenega bolnika naj bi že vnaprej vedeli, kakšne vrste pomoči bo potreboval, in kakšni bodo naši postopki z njim. To pa že spada v poglavje, ki zadeva kakovost dela in ne administriranje.

#### **Literatura:**

1. Kovačič L. Dogovarjanje pregleda u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Zagreb: JUMENA 1979: 1–79.
2. Butler JR, Calnan MW. List sizes and use of time in general practice. *Br Med J* 1987; 293: 1383–6.
3. Freeman GK. Receptionists, appointment systems and continuity of care. *J R Coll Gen Pract* 1989; 39: 145–7.
4. Loudon DR. Practice management. V: Taylor RB. Family medicine. New York: Springer, 1983, 1765–89.
5. Shires DB: Office organization. V: Shires DB, Hennen BK, Rice ID. Family medicine. New York: Mc Graw-Hill, 1987: 546–73.
6. Wilson AD: Consultation length: general practitioners attitudes and practices. *Br Med J*, 1985; 290: 1322–4.
7. Campbell SM, Roland MO, Gormanly B. Evaluation of a computerized appointment system in general practice. *Br J Gen Pract* 1996; 46: 477–8.
8. Irwin CE Jr; Millstein SG; Ellen JM. Appointment-Keeping Behavior in Adolescents: Factors Associated With Follow-up Appointment-Keeping. *Pediatrics*, 1993; 92: 20–3.

# SEZNAM BOLNIKOV

---

*Janko Kersnik*

Za kakršno koli poglobljeno delo z bolniki na področju primarne, sekundarne ali terciarne preventive zdravnik družinske medicine potrebuje seznam skupine, ki jo namerava obravnavati. Seznam (register) bolnikov je ena izmed prvin dispanzerske metode dela, na kateri temelji delo zdravnika družinske medicine kot izvajalca javnega zdravstva.

## Dispanzerska metoda dela

Dispanzerska metoda dela je način organizacije zdravnikovega dela. Zdravnik v družinski medicini praviloma pasivno čaka na bolnike, ki želijo oziroma potrebujejo njegove storitve (1). Poleg nalezljivih otroških bolezni, ki jih zdravstvena služba sistematično obvladuje, je med ljudmi vedno več kroničnih nenalezljivih bolezni in stanj. Njihov vpliv na prezgodnjo zbolewnost in umrljivost je mogoče zmanjšati z usmerjenim pospeševanjem zdravja, zgodnjim odkrivanjem in zmanjševanjem dejavnikov tveganja (2). Dispanzerska metoda dela je pri tem v veliko pomoč. Od zdravnika zahteva naslednje (1):

- Poznati mora svoje bolnike in ciljne skupine svojih usmerjenih dejavnosti. V ta namen uporablja seznam bolnikov po starosti in spolu (3). Zdravstveno in socialno stanje spozna z neposrednim opazovanjem v ambulanti in na hišnih obiskih ter s sodelovanjem s patronažno sestro in socialno službo.
- Uporabljati mora multidisciplinarni, tj. skupinski način dela z bolniki. Zdravnik, ambulantna in patronažna medicinska sestra imajo z bolniki sicer posamične stike, ki jih s pogovori medsebojno usklajujejo. Vodenje delovne skupine prevzema glede na naravo zdravstvene težave eden izmed članov (4, 5).
- Bolnike, ki jih mora zdravnik oskrbovati dalj časa (kronične bolnike), ali sodijo v ogroženo skupino prebivalstva (starostniki), vodi na posebnem seznamu in njihovemu zdravstvenemu kartonu dodeli posebno barvno oznako (6). Seznam omogoča hiter pregled o starostni in spolni sestavi skupine bolnikov ter rednih kontrolnih pregledih.
- Zdravnik družinske medicine sodeluje s patronažno sestro, ki svoje delo opravlja samostojno, vendar bolnikove zdravstvene težave obravnavata skupno (5, 7).
- Skupinska obravnava bolnikov ima svoje prednosti pri boleznih in stanjih, ki terjajo spremembo načina vedenja (alkoholizem, kajenje, debelost, psihosomatične bolezni, hipertenzija, sladkorna bolezen idr.). Podpora skupine in izkušnje njenih članov ugodno vplivajo na spremembo vedenja. Zdravnik ali patronažna sestra vodita skupino in delujeta kot katalizator za sproščanje napetosti in reševanje sporov.
- Zdravnik družinske medicine lahko na podlagi seznamov bolnikov sistematično izvaja usmerjene preventivne ukrepe (redni letni hišni obiski pri starostnikih, ki ne morejo samostojno priti v ambulanto, priložnostno letno merjenje krvnega tlaka idr.) ali obdobjno cepljenje proti gripi (8).

## Seznami bolnikov

Seznam bolnikov je skupina vseh tistih, ki ustrezajo določenim merilom za izbiro. Pomeni osnovo za načrtovanje in izvajanje ter zagotavljanje in izboljševanje kakovosti dela. Pomagamo si tudi z označevanjem zdravstvenih kartonov z barvnimi oz-

nakami in uporabo kartončkov z demografskimi in izbranimi kliničnimi podatki o bolniku (6, 8). Seznamov je več vrst:

- Osnovni seznam, ki ga ima zdravnik družinske medicine, je **seznam bolnikov po starosti in spolu**. Z možnostjo izbire osebnega zdravnika je tak seznam postal jasno opredeljen. Računalniško vodenje zdravstvenega kartona (trenutnih administrativnih podatkov) omogoča izpis tekočih seznamov. Kot nadomestilo kartona ali za dopolnilo zdravniku vodi seznam bolnikov na posebnih kartončkih (slika 1). Bolniki so ločeni po spolu in razvrščeni po starosti od najstarejšega do najmlajšega. Seznam bolnikov po starosti in spolu omogoča, da izberemo skupine bolnikov, pri katerih so potrebni določeni zdravstveni ukrepi (cepljenje proti tetanusu, cepljenje proti gripi, bris pri ženskah, mamografija), in da imamo pregled nad njihovimi kroničnimi zdravstvenimi težavami (3).
- **Seznam bolnikov v bolniškem staležu** je dinamičen popis, ki ga vodi vsak zdravnik z izločenimi zdravstvenimi kartoni začasno delanezmožnih bolnikov.
- **Seznam bolnikov, ki jih obiskujemo na domu**, je potreben, če želimo učinkovito zagotavljati pomoč ostarelim, hudo bolnim, invalidnim in umirajočim. Zajema bolnike, pri katerih moramo obdobjno opraviti hišni obisk zaradi zdravljenja na domu.
- **Seznam bolnikov po boleznih** zajema vse znane bolnike z določenim stanjem ali boleznijo, s katero se zdravnik družinske medicine ukvarja in pri tem potrebuje spremljanje več kazalcev stanja bolezni (hipertenzija, sladkorna bolezen, hiperlipidemija; bolniki, ki jemljejo antikoagulantno zaščito idr.). Bolezni, ki za nadzor ne zahtevajo posebnih preiskav, lahko vodimo na posebnem seznamu, ali pa označimo njihove zdravstvene kartone ali seznam bolnikov po starosti (ali oba).

### Kartonček seznama bolnikov

Seznam bolnikov lahko vodimo računalniško ali na kartončkih. Na prvi strani kartončka so osnovni podatki o bolniku in prostor za vnos nadzorovanih dejavnikov tveganja (slika 1). Na hrbtni strani je prostor za vnos podatkov o boleznih in trajnem zdravljenju, ki je enak zbirniku iz zdravstvenega kartona. Na hrbtni strani kartončkov za kronične bolezni je prostor za vnos podatkov, ki jih potrebujemo za uspešno vodenje bolezni, in so lahko enaki kot na zbirniku posamične kronične bolezni v zdravstvenem kartonu (9).

Slika 1.

**Prva stran kartončka iz seznama bolnikov po starosti in spolu, ki je enak prvim stranem kartončka seznamov bolnikov po boleznih. Razlika je le v napisu, kjer namesto SEZNAM BOLNIKOV piše npr. HIPERTENZIJA, SLADKORNA BOLEZEN tipa II, HIPERLIPIDEMIJA ipd.**

KOPB.	ALER.	HOL.	CA	HA	PSH.				
<b>SEZNAM BOLNIKOV</b>									
								tel.	
								št. kar.	
<b>DODATNI NADZOROVANI DEJAVNIKI TVEGANJA</b>									

ZBIRNIK				
ŠIFRA	ŠT.	ZDRAVSTVENA TEŽA	ZAČETEK	PRIPOMBE

SEZNAM ZDRAVLJENJA				
ŠT.	ŠT.	ZDRAVILO	ŠT. PONOVIH RP.	PRIPOMBE

Barvne oznake: rdeča – preobčutljivost za zdravila ali druge oblike alergije; na skrajnem desnem robu rdeča barva opozarja na bolnika na antikoagulantni zaščiti; rjava – sladkorna bolezen; zelena – kronična pljučna bolezen (nekdanj samo tuberkuloza); modra – povišan krvni tlak; bela – bolnik z rakom (ozdravljen ali trenutno zdrav); siva – duševne motnje (trenutno ali v preteklosti); črna – kajenje in črtasta zeleno rumena predstavlja bolnike s srčno žilno ogroženostjo nad 20 %.

Namesto natisnjenih obrazcev si lahko pomagamo z barvnimi lističi, na katere pri bolniku z določeno boleznijo ali stanjem naredimo računalniški izpis njegovih osebnih podatkov. Kartončke ali lističe hranimo v ustrezni škatli in jih obdobjno tekoče dopolnimo. Uporabimo jih za nadzor nad bolnikovimi obiski, za pregled kakovosti lastnega dela in za raziskovalne potrebe.

### Označevanje zdravstvenih kartonov

Z označevanjem zdravstvenih kartonov z barvnimi oznakami si zagotovimo hitrejši in lažji pregled nad pomembnejšimi zdravstvenimi težavami svojih bolnikov. Posebno pomembne oznake se nanašajo na določeno bolnikovo preobčutljivost (alergijo), sladkorno bolezen in jemanje antikoagulantnih zdravil. Zaradi preglednosti je koristno označevati tudi bolnike s povečanim krvnim tlakom, kronično obstruktivno boleznijo ali astmo, z duševnimi motnjami, rakom, prizadetim živčevjem in kadilce ter bolnike, ki jih obdobjno obiskujeta zdravnik ali patronažna sestra. Zdravnik si lahko posebej označi, kar ga zanima. Pri označevanju je priporočljivo uporabljati enotne oznake s stalnim mestom (slika 1) (6):

- rdeča: preobčutljivost za zdravila ali druge oblike alergije; na skrajnem desnem robu rdeča barva opozarja na bolnika na antikoagulantni zaščiti;
- rjava: sladkorna bolezen,
- zelena: kronična pljučna bolezen (nekdanj samo tuberkuloza),
- modra: zvišan krvni tlak,
- bela: bolnik z rakom (ozdravljen ali trenutno zdravljeno),
- siva: duševne motnje (trenutno ali v preteklosti),
- črna: kajenje.

Razpoznavnost barvnih oznak se še poveča, če so oznake na zdravstvenem kartonu tudi prostorsko vedno enako razporejene (slika 1).

### Sklep

Seznami bolnikov v kateri koli obliki so zdravniku družinske medicine v pomoč pri delu z bolniki, pri katerih mora voditi in spremljati kazalce urejenosti njihovega stanja ali bolezni (10). Uporabnost in enostavnost vzpostavljanja ter vzdrževanja seznamov se bo povečala, ko bodo računalniški programi omogočali posameznemu bolniku ali njegovemu računalniškemu kartonu obesiti določeno »zastavico«. Posodabljanje podatkov bo potekalo avtomatizirano in kadar koli bomo lahko naredili popoln izpis bolnikov z določeno boleznijo ali stanjem. Vsak zdravnik družinske medicine naj bi imel vsaj seznam hipertnikov in seznam še ene skupine bolnikov, s katerimi se ukvarja bolj poglobljeno; mednje spadajo, sladkorni bolniki, zdravljenci na domu, bolniki z depresijo, astmo, antikoagulantno zaščito idr.

#### Literatura:

1. Jovanović Z. Racionalna organizacija rada i primjena dispanzerske metode rada u djelatnosti opće medicine. V: Budak A, ur. Organizacija rada i iskustva iz prakse opće medicine. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1990: 81–3.
2. Jakšić Ž, Kovačić L. Elementi programa zaštite kroničnih bolesnika. V: Budak A, ur. Organizacija rada i iskustva iz prakse opće medicine. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1990: 175–8.
3. Sullivan FM, Eagers R, Lynch K. Create and maintain an age-sex register. *BMJ* 1987; 295: 99–100.
4. Sačić J. Uloga tima liječnika specijaliste opće medicine u medicinskom centru. V: Budak A, ur. Organizacija rada i iskustva iz prakse opće medicine. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1990: 93–8.
5. Kersnik J. Kaj moramo poizvedeti na hišnem obisku pri starostniku. *Zdrav Var*, 1997; 36: 303–8.
6. Nightingale JH, Walton RJ. Colour tagging of medical records and age-sex cards. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1985; 35: 520–1.

7. Bartolović D. Patronažna medicinska sestra. V: Budak A, ur. Organizacija rada i iskustva iz prakse opće medicine. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1990: 89–92.
8. United States preventive task force. The periodic health examination: age specific charts. V: United States preventive task force. Guide to clinical preventive services. Baltimore: Williams & Wilkins, 1989: XI-LVIII.
9. Kersnik J, Švab I. Predlog novega zdravstvenega kartona. Zdrav Var, 1996; 35: 193–9.
10. Shires DB. Office organization. V: Shires DB, Hennen BK, Rice DI. Family medicine. A guidebook for practitioners of the art. Second edition. New York: McGraw-Hill, 1987: 546–73.

**Priporočena literatura:**

1. Kersnik J, Švab I. Predlog novega zdravstvenega kartona. Zdrav Var 1996; 35: 193–9.
2. Sullivan FM, Eagers R, Lynch K. Create and maintain an age-sex register. BMJ 1987; 295: 99–100.