
AKADEMSKA DRUŽINSKA MEDICINA

9

- Učenje v družinski medicini
- Raziskave v družinski medicini
- Splošna medicina v številkah
- Strokovne organizacije in združenja
- Zdravnikova osebnost

UČENJE V DRUŽINSKI MEDICINI

Božidar Voljč, Igor Švab

Za družinskega zdravnika je učenje dolgotrajen proces, ki se začne v organizirani obliki med študijem medicine in konča s specializacijo, nadaljuje pa ves čas strokovne kariere, saj je za zdravnika nujno, da se stalno izobražuje. Vsak zdravnik je torej večni študent.

Medicinska fakulteta ne izobražuje profila splošne medicine, marveč zdravnika, ki niti po opravljenem strokovnem izpitu še ni povsem usposobljen za samostojno delo v družinski medicini. Usposobljen je za začetek dela v kateri koli medicinski veji ter se šele z nadaljevanjem izobraževanja in izpopolnjevanja usposobi za samostojno delo v stroki, ki jo izbere. Za samostojno delo je usposobljen po uspešno opravljenem specialističnem izpitu.

Cilji učenja družinske medicine

»Splošni zdravnik naj bi bil vesten, požrtvovalen, nesebičen, kritičen, nikoli ne bi smel zanemariti stroke. Ostati bi moral večni študent in nenehno strokovno izobraževanje sodi med njegove pozitivne lastnosti.« Tako so zdravnikove lastnosti opisali anketiranci v vprašalniku, ki ga je izdelala in analizirala Češarkova s sodelavci, ko je ugotavljala vzroke nemotiviranosti mladih zdravnikov za delo v osnovni zdravstveni dejavnosti (1, 2).

Skupina Leeuwenhorst se je učenja družinske medicine lotila sistematično in zapisala, da mora za zdravnika splošne medicine zajeti tri med seboj enako pomembna področja (3).

- znanje,
- spretnosti,
- stališča.

Z izobraževanjem mora zdravnik družinske medicine doseči cilje na vseh treh področjih.

Znanja

Zdravnik mora:

- pridobiti zadostno znanje o poteku bolezni, zlasti o pogostnih, kroničnih in življenje ogrožajočih ali tistih, ki vodijo do resnih zapletov ali posledic,
- razumeti možnosti, metode in omejitve v preventivnem delu, zgodnji diagnostiki in zdravljenju v družinski medicini,
- razumeti način, kako lahko medsebojni odnosi znotraj družine povzročijo zdravstvene motnje ali spremenijo njihovo pojavnost, potek in postopek zdravljenja, ter kako lahko bolezen vpliva na odnose znotraj družine,
- dojemati bolnikovo socialno in biološko okolje in kako le-to vpliva na odnos med zdravjem in boleznijo,
- razumeti in biti sposoben najprimerneje uporabiti širok spekter zdravniških posegov, ki so mu dostopni,
- upoštevati kodeks etike svojega poklica in njegovo pomembnost za bolnike,
- osvojiti osnovne raziskovalne metode, primerne za družinsko medicino,
- razumeti odredbe zdravstvenosocialne zakonodaje in njihovo pomembnost za bolnika.

Spretnosti

Zdravnik mora:

- postavljati diagnozo tako, da upošteva psihične, fizične in socialne dejavnike,
- uporabljati epidemiološke metode in kvantitativno sklepanje v vsakodnevnem delu,
- poznati in uporabljati čas kot diagnostični, terapevtski in organizacijski pripomoček,
- spoznati ogrožene skupine prebivalstva in primerno ukrepati,
- sprejemati smotrne odločitve o vsakem problemu, s katerim se sreča kot zdravnik,
- sodelovati z medicinskimi in nemedicinskimi strokovnjaki,
- poznati in primerno uporabljati veščino vodenja.

Stališča

Zdravnik mora:

- razviti mora sposobnost sočutja in zavzemanja specifičnega in učinkovitega stališča do bolnikov in imeti določeno stopnjo razumevanja lastnih postopkov,
- imeti razumevanje za bolnikovo edinstveno osebnost, ki vpliva tudi na način, kako pridobiva informacije in postavlja hipoteze o naravi bolnikovih težav in njihovem reševanju,
- razumeti, da je spodbujanje bolnika k samostojnemu reševanju lastnih problemov njegova osnovna terapevtska dejavnost,
- dojeti pomen svojega strokovnega prispevka k celotni skupnosti,
- doseči pripravljenost in sposobnost kritičnega ocenjevanja svojega dela,
- razviti potrebo po stalnem strokovnem izobraževanju in kritičnem spremljanju strokovne literature.

Dodiplomsko izobraževanje

Z reformo študija je Medicinska fakulteta v Ljubljani v študijskem letu 1994/95 prvič uvedla samostojni predmet Družinska medicina. Tako je uresničila več desetletij trajajočo željo zdravnikov splošne medicine, da se področje njihovega dela pojavi tudi na dodiplomski ravni. Medicinska fakulteta v Ljubljani pa se je priključila težnji, ki zagovarja uvrstitev družinske medicine v študijske programe medicinskih fakultet (4).

Predmet Družinska medicina ima več ciljev. Študenti naj bi ob delu v ambulantah in na bolnikovem domu uporabili vse, med dosedanjim študijem sicer večinoma teoretično pridobljeno znanje, da bi tudi praktično pomagali bolniku. Drugi cilj je naučiti študente posebnih značilnosti družinske medicine, zaradi katerih se razlikuje od drugih predmetov na fakulteti. Tretji cilj študija je omogočiti študentom čim več neposrednega in konkretnega dela z bolnikom.

Zaradi vsega naštetega je študijski program specifičen. Veliko več časa posveča praktičnemu delu in vajam ter delu v majhnih skupinah. Teden za tednom se vrstijo naloge, ki jih je treba opraviti zato, da bi lahko uspešno opravili študij. Ključno vlogo imajo zdravniki mentorji.

Zahtevani cilji, ki jih mora študent doseči, so:

Znanja:

- spoznati specifičnost pogojev dela v družinski medicini,
- prepoznati nespecifične zgodnje simptome in nejasna stanja, iz katerih se lahko razvijejo kronične resne okvare zdravja ali akutne resne bolezni, ki zahtevajo nadaljnjo obdelavo,

- zaznati vpliv socialnega okolja na bolezni,
- seznaniti se mora s stopenjsko diagnostično obravnavo in zdravljenjem ter pripravo bolnika na pregled pri specialistu, konzultantu in za sprejem v bolnišnico,
- seznaniti se mora z delitvijo dela v ambulanti in vlogo drugih udeležencev v skupini zdravnika družinske medicine,
- soočiti se mora z nevarnostjo polipragmazije v diagnostičnih postopkih, napotitvah in zdravljenju, predvsem pri predpisovanju zdravil,
- seznaniti se mora z etičnimi problemi, značilnimi za splošno medicino,
- spoznati mora ekonomsko odgovornost zdravnika družinske medicine, ki zajema ocenjevanje začasne nezmožnosti za delo, predpisovanje zdravil, napotitve v zdraviliščih, bolnišnico, invalidnino, dodatke za tujo pomoč,
- spozna naj medicinsko dokumentacijo in administrativne postopke v družinski medicini.

Veščine:

- opravlja naj tiste diagnostične in terapevtske postopke, ki se jih je že učil in jih je vadil na medicinski fakulteti,
- študent naj z mentorjem opravi zdravniški obisk na bolnikovem domu,
- študent naj bo z mentorjem vključen v izvajanje nujne medicinske pomoči,
- obvlada naj tehnično pisanje vseh obrazcev, ki jih mora znati zdravnik splošne medicine.

Stališča:

- študent naj zna kritično presoditi svoje delo,
- razumeti mora pomen simptomov za bolnika,
- zavedati se mora potrebnosti po lastnem strokovnem izobraževanju.

Sekundariat in specializacija iz družinske medicine

Slovenija se lahko ponaša z eno najstarejših specializacij iz splošne medicine v Evropi. Prvi specializanti so se začeli izobraževati že leta 1962, ko se je to področje v svetu šele začelo uveljavljati. Tega leta je bil v Zagrebu prvič organiziran podiplomski študij iz socialne medicine s prvimi slušatelji iz Slovenije. Kmalu pa se je celotna specializacija preselila v Slovenijo, kjer poteka od leta 1966. Njeno organizacijo je že od vsega začetka prevzel Inštitut za varovanje zdravja, saj Slovenija v nasprotju s Hrvaško ni imela katedre za splošno medicino. Tedanja zasnova poteka specializacije velja še vedno: zdravniki specializanti prebijejo večino časa ob delu v svojih ambulantah, en teden v mesecu imajo organizirano kroženje, ki poteka bodisi na specialističnih klinikah ali Inštitutu za varovanje zdravja, kjer že več kot trideset let poteka podiplomski študij. Program je trajal tri leta. Specializacijo je dolga leta vodila ekipa na Inštitutu za varovanje zdravja (1).

Reforma zdravstvene zakonodaje v Sloveniji je tudi na področju specializacij uvedla pomembne spremembe. Pristojnost so z Ministrstva za zdravstvo prenesli na Zdravniško zbornico Slovenije in uvedli sekundariat. To je povsem nova oblika strokovnega izobraževanja. Traja dve leti in ga sestavlja obvezni in izbirni del. Zdravniki naj bi med sekundariatom krožili po posameznih kliničnih oddelkih (podobno kot pri specializacijah), vendar ga lahko kadar koli prekinemo in nadaljujemo s specializacijo. Nadzor nad sekundariatom ima Zdravniška zbornica, ki je tudi pripravila program. Sekundariat se lahko vključi v specializacijo, če ji ustreza po obsegu in strukturi.

Z osamosvojitvijo in priključitvijo Slovenije kot samostojne države Evropski akademiji učiteljev splošne medicine (leta 1992) je kmalu postalo jasno, da potrebujemo novo specializacijo. Usklajena bi morala biti z novimi zahtevami Evropske

unije, predvsem z njeno direktivo, ki zahteva obvezno specializiranje za vse medicinske stroke (seveda tudi za družinsko ali splošno medicino). Tako je nastal nov program specializacije iz družinske medicine, ki predvideva, naj zdravnik specializant dela v splošni medicini pod mentorjevim nadzorom od začetka specializacije in tudi med njo, kadar se ne izpopolnjuje po programu v drugem zdravstvenem zavodu ali na podiplomskem študiju, vse do uspešno opravljenega izpita. Mentor svetuje zdravniku specializantu v nejasnih in zapletenih primerih, ko bi bila pravilnost samostojnega odločanja vprašljiva.

Specializant mora doseči naslednje cilje:

Znanja:

- znati mora uporabljati za družinsko medicino specifične metode dela,
- razumeti, kako družina vpliva na nastanek in razvoj bolezni.

Veščine:

- znati mora postaviti diagnozo ob upoštevanju socialnega, fizičnega in psihološkega vidika bolezni,
- uporabiti epidemiološke metode pri ocenjevanju svojega dela,
- organizirati primerno zdravstveno oskrbo za ogrožene skupine prebivalstva,
- uporabiti čas kot diagnostični, terapevtski in organizacijski pripomoček,
- voditi skupino splošne medicine in načrtovati njeno delo.

Stališča:

- dojeti mora, da je njegova bistvena naloga spodbujanje bolnika, naj sam rešuje svoje zdravstvene probleme,
- zavedati se mora, da njegovo doživljanje bolnikove osebnosti bistveno vpliva na njegovo delovanje kot zdravnika.

Specializant in mentor morata uskladiti svoj delovni čas tako, da je mentor na voljo specializantu z nasveti. Med mentorjevo odsotnostjo mora imeti specializant možnost neposrednega ali posrednega posveta z drugim dosegljivim specialistom splošne medicine.

Stalno strokovno izpopolnjevanje in obnavljanje licence

Med zdravniki splošne medicine se je v preteklosti neredko dogajalo, da so prenehali spremljati razvoj stroke. Po končani specializaciji so se vrnili v strokovno neurejeno okolje, kjer je znanje hitro kopnelo. Prenekatera ambulanta ali zdravstveni dom sploh nima organiziranega strokovnega izpopolnjevanja. Znanje tujih jezikov se z neuporabo izgublja, samo domača literatura ne zadošča ali je sploh ne berejo, če sploh kaj berejo.

To stanje je želela preseči težnja po obveznem obnavljanju licence v družinski medicini (5), ki je uzakonjeno tudi pri nas. Zakonsko mora vsak zdravnik po določenem časovnem obdobju dokazati, da je še vedno strokovno usposobljen. To lahko doseže na več načinov. Najpogostnejši (ki je uveljavljen tudi pri nas) je, da mora v določenem časovnem obdobju zbrati določeno število točk, ki jih pridobi z udeležbo na različnih strokovnih srečanjih. Tak način ima kljub nekaterim hvalevrednim prednostim tudi nekatere slabosti. Še vedno namreč ni možno zagotoviti, da bi strokovno izpopolnjevanje zdravnikov ne bilo omejeno na nekajdnevno udeležbo na raznih strokovnih srečanjih, katerih strokovni učinek je praviloma manjši od zaželenega.

Zdravnik družinske medicine se mora zato za svoje strokovno izpopolnjevanje aktivno opredeliti in izbirati take oblike izobraževanja, ki so zanj koristne. Torej mora

biti usmerjeno predvsem v znanje in spretnosti, ki omogočajo reševanje zdravstvenih problemov v praksi ter poudarjajo praktično informacijo oziroma spretnosti, uporabne za neposredno bolnikovo oskrbo.

V družinski medicini stalno strokovno izpopolnjevanje in strokovna rast pomenita nenehno bogatenje osnovne izobrazbe. Učenje je lahko izkustveno ali teoretično, formalno ali naključno, zavedno ali nezavedno. Kakršnokoli že je, pa zahteva izpolnitev vedoželjnosti, radovednosti, skrbnosti in zavesti o bolnikovih potrebah in zdravnikovih sposobnostih. Učenje praktično pomeni, da je zdravnik vse bolj usposobljen za reševanje zdravstvenih in življenjskih problemov bolnikov. Vedno znova odkriva področja, kjer se mora izpopolniti, ocenjevati uspešnost oziroma vrednost svojega dela in biti vse bolj prepričan, da je stalen študij vreden truda.

Kako naj zdravnik družinske medicine ugotovi, česa se še mora naučiti in katerega znanja mu primanjkuje? Treba je znati prisluhniti posamičnim in splošnim potrebam bolnikov. To je možno izvesti z ustreznim spremljanjem svojega dela in njegovih učinkov. Zdravnik, ki redno spremlja svoje delo, zelo natančno ve, česa se mora lotiti študijsko. Sčasoma njegovo delo in študij dobita zanj značilne lastnosti.

Izobraževalne potrebe izhajajo iz izkušnje, delovne vsebine in osebnih potreb (6), zato je v njih vselej tudi nekaj individualnega. Ugotovitev izobraževalnih potreb je osnovno izhodišče za učne aktivnosti, sicer postane izobraževanje bolj ugibanje in zato postranskega pomena. Spremljanje dela je zato izjemno pomembno. Ko opredelimo izobraževalno potrebo, lahko izberemo tudi način izobraževanja. Če ugotovimo, da nam primanjkuje praktičnih spretnosti iz EKG, je najbolje, da se dogovorimo za tečaj, kjer bomo pod mentorjevim nadzorom izpopolnili svoje teoretično in praktično poznavanje tega področja.

Načini strokovnega izpopolnjevanja

Učimo se lahko na različne načine. Nekaterim gre najbolje, če v miru berejo, drugi si pomagajo z vizualnimi pripomočki, za tretje pa je največji izziv, če svoje znanje lahko posredujejo študentom, praktikantom in pripravnikom. Sicer pa bi izobraževalne aktivnosti lahko razdelili na organizirane in individualne oblike.

Organizirane oblike

Sestanki zdravnikov

Strokovni sestanki zdravnikov naj bi bili redni, npr. enkrat na teden. Pripravlja in vodi jih zdravnik, ki je zadolžen za organizacijo strokovnega izpopolnjevanja. Sestanki naj bi bili zunaj rednega delovnega časa. Zaželeno je, da so prisotni vsi zdravniki, tudi stomatologi in glavna sestra. Prisotni naj bodo še morebitni študentje in pripravniki. Sestankov ni treba sklicevati s posebnimi vabili, kadar razpravljamo o delu in morebitnih delovnih problemih v preteklem tednu, kjer izpostavimo tekoče strokovne probleme, npr. problematične bolnike, napotitve, izvide, stalež, hišne obiske itd. Ta del sestanka naj zlasti izrabijo mlajši zdravniki in predstavijo strokovne probleme, ki jih ne znajo rešiti oziroma so v dvomih glede njihove razrešitve. Zdravniki, ki so se udeležili zunanjih strokovnih izobraževanj, naj na kratko poročajo o pomembnih novih spoznanjih. Na takih sestankih predlagamo teme za seminarje in referente, izoblikujemo stališča do podiplomskih izobraževanj in specializacij, nakupov zdravstvene opreme, odločamo o razporedih, nadomeščanjih itd.

Seminarji

Potekajo naj kot kratke, enourne organizirane predstavitve. Lahko so tudi predstavitve bolnikov, filmi, videokasete, predavanja, srečanja kot vprašanja in odgovori, diapozitivi itd. Po seminarju sledi razprava. Teme naj bodo prilagojene

strokovni problematiki. Referenti naj po možnosti govorijo prosto, teme naj napišejo in razdelijo udeležencem. Seminar naj ne presega tri tipkane strani. Za pripravo seminarja je treba referentu zagotoviti honorar. V enem letu naj bi v zdravstvenem domu obdelali na seminarjih približno petdeset tem.

Vabljeni predavanja

Gre za obsežnejše predstavitve, ki trajajo do 45 minut; sledi jim razprava. Teme predavanj določijo zdravniki na svojih sestankih, ki se obvezno morajo nanašati na osnovno zdravstveno dejavnost. Pogosto jih pripravijo vabljeni zunanji strokovnjaki. Referenti naj po možnosti govorijo prosto. Predavanje naj ne presega 15 tipkanih strani; treba ga je arhivirati in obenem po kakovosti vključiti v organizacijo dela ali vzgojni proces. Slabost predavanj je, da gre za izrazito pasivno obliko izobraževanja, saj je delež zapomnjenega sorazmerno majhen. Zato je predavanje pametno popestriti s katero od aktivnejših oblik.

Kongresi

Ponudba strokovnih kongresov in srečanj je zelo velika, velika pa je tudi kakovostna različnost. Osnovni odgovori za presojo kakovosti teh srečanj so lahko naslednja vprašanja: Ali je srečanje bolj študijsko ali počitniško? Ali zadeva program področje družinske medicine (mnogi organizatorji napišejo v naslov »za zdravnike družinske medicine« predvsem zato, da si zagotovijo zadostno število udeležencev in kotizacij)? Kolikšna je cena? Ali je srečanje tradicionalno ali novo? Ali so vodje izobraževanja pomembni strokovnjaki? Ali prevladujejo aktivne ali pasivne oblike poučevanja?

Med aktivne oblike sodijo npr. delo v majhnih skupinah do 12 ljudi, med katerimi mora biti vsaj en učitelj, ali npr. igranje vlog, ki je idealna metoda za učenje veščin sporazumevanja. Slednja določa, kakšno vlogo bo kateri izmed udeležencev igral. Popestrimo jo lahko z videokamero ali kasetofonom, ki omogočata ponavljanje posnetka in njegovo analiziranje. Psihodrama je metoda učenja, kjer udeleženci dobijo navodilo, naj odigrajo določeno občutje brez izrecnih navodil. Izrazito pasivne oblike poučevanja so predavanja.

Učne delavnice

Učne delavnice so se v zadnjih desetletjih uveljavile kot aktivna oblika izobraževanja tudi v medicini. Navadno se jih udeleži omejeno število udeležencev (do 40, lahko tudi več), ki potem z delom v majhnih skupinah in z drugimi aktivnimi metodami učenja obravnavajo določeno temo. Prednosti delavnice so:

- zaokrožena skupina udeležencev z istim ciljem,
- poprejšnja natančna priprava materiala s pisno obrazložitvijo,
- delo v majhnih skupinah, katerih udeleženci tvorno sodelujejo v razpravah, oblikovanju stališč, se menjajo v vlogi vodenja, beleženja in poročanja,
- udeleženci sproti prejemajo stališča, ugotovitve in zapisnike vseh skupin, tudi usklajene na skupnih sestankih,
- živijo več dni v zaprtem kraju, kjer je veliko možnosti za neformalna srečanja,
- objava sklepov učne delavnice.

Podiplomski tečaji

Udeležba na raznih organiziranih oblikah podiplomskega izobraževanja, kot sta »Javno zdravstvo« in »Varstvo otrok in mladine«, terja dolgotrajno odsotnost z delovnega mesta, zato jo je treba pravno urediti v skladu z dolgoročnim strokovnim razvojem posameznika in ustanove.

Individualne oblike

Branje

Stroki najlaže sledimo s čitanjem knjig, tudi učbenikov in strokovnih časopisov, usmerjenih ali splošnih. Splošna medicina ima svoje posebej usmerjene revije. Treba pa je brati tudi splošne, zlasti če imajo tradicijo in za vse strani odprta uredništva z dobrim pregledom nad dogajanjem v medicini. Splača se izbrati tako revijo in ji ostati zvest. Preveč revij in informacij pa hromi željo po branju. Pomembno je, da se naučimo prebirati tisto, kar je za naše delo pomembno, in da smo redni bralci zlasti zato, ker znamo potem oceniti kakovost informacij.

Učenje ob nalogi

Pomeni učenje ob delu na določenem projektu. Zdravniku omogočimo mirno okolje, možnost študija in dostop do literature. Naloga, ki jo dobi, je lahko statistična ali drugačna. V določenem času mora predstaviti rezultate mentorju ali skupini.

Kontrola in samokontrola ob mentorjevem nadzoru

Zdravniki se največ naučimo iz pogovorov z bolniki. Na začetku izobraževanja mora biti v ordinaciji vedno navzoč mentor, ki sproti popravlja napake. Pozneje zadošča, če z zdravnikom na koncu ordiniranja pregledata najbolj zanimive bolnike ali tiste, ki jih izbere mentor. Cilj te metode je privzgojiti zdravniku kritičnost do lastnega dela .

Poslušanje bolnikov in družin

Izjemno veliko nas naučijo bolniki in družine, če jih le znamo poslušati. O svojih boleznih veliko vedo, v njihovi pripovedi je skoraj vselej tudi ključ za omilitev njihovega zdravstvenega problema. Predvsem pa osebna izkušnja vsakega bolnika obogati naše izkušnje z zdravstvenimi problemi. Bogate izkušnje so dobra podlaga za zdravnikovo kakovostno delo.

Učenje doma in v službi

Strokovno izpopolnjevanje pomeni tudi pošiljanje bolnikov k specialistom in odčitavanje izvidov ali priporočil. Iz izvidov lahko izluščimo veliko vzgibov za nadaljnji študij, razberemo tudi strokovne podrobnosti in celo novosti.

Poučevanje drugih

Učenje drugih je odlična motivacija za lastno učenje. Treba je prosto govoriti, odgovarjati na vprašanja, se soočiti s kritiko itd. Poučevanje je eden najmočnejših izzivov za učenje in kritično vrednotenje pridobljenega znanja in izkušenj.

Druge oblike individualnega učenja

Študiramo lahko tudi s kasetami, avdiovizualnimi sredstvi, računalniki, prek interneta, z diapozitivi in filmi. Vsaka metoda ima svoje prednosti. Ponekod obstajajo splošni in usmerjeni izobraževalni programi, ki si jih lahko izposodimo in potem doma v miru proučimo sami.

Dolžnost vseh zdravstvenih ustanov je organiziranje stalnega strokovnega izpopolnjevanja. Strokovno izpopolnjevanje v službi je pomemben del vsakodnevne strokovne dejavnosti. Poteka nekoliko drugače kot individualni študij, njegov splošni cilj pa je enak: vzdrževati in dopolnjevati strokovnost vseh zdravstvenih delavcev v ustanovi.

Mentorji v družinski medicini

Veliko deklaracij s področja izobraževanja v medicini opozarja na probleme sodobnega medicinskega izobraževanja. Težave, s katerimi se srečuje klinično izobraževanje študentov medicine, so predvsem naslednje (7, 8):

- Vse več problemov v celoti rešujejo zunaj univerzitetnih kliničnih oddelkov, zaradi česar se študenti skoraj ne srečujejo več z običajnimi boleznimi, ampak samo s posebnostmi oziroma izjemami. Vodenje kroničnega bolnika je skoraj v celoti preneseno v osnovno zdravstveno dejavnost.
- Zaradi intenzivnosti sodobne medicine ostajajo bolniki v bolnišnicah zelo kratek čas. Vse težje je zagotavljati poučevanje osnovnih kliničnih veščin.
- Večina zdravnikov bo delala v nebolnišnični zdravstveni dejavnosti, zato je prav, da se seznanijo z načinom svojega dela.
- Študenti se morajo naučiti nekaterih veščin, ki jih je težko poučevati na bolnišničnih oddelkih: npr. sporazumevanje z bolnikom, vzpostavljanje in vzdrževanje dolgotrajnega partnerstva, usklajevanje teoretičnih možnosti medicine z dejanskimi možnostmi na bolnikovem domu.

Kot rešitev za našete težave se je pojavilo poučevanje zunaj univerzitetnih zidov (9). Ta način skuša izrabiti možnosti, ki jih ponuja ambulantna zdravstvena dejavnost (osnovna in specialistična), ki praviloma ni vključena v sklop medicinskih fakultet. Sodelavci pri izobraževanju so postali tudi zdravniki, ki nimajo univerzitetnih učiteljskih nazivov in jim je poučevanje dodatna in občasna aktivnost ob rednem delu. Pri nas jih najpogosteje imenujemo mentorji, v anglosaški literaturi pa se je uveljavil izraz *preceptors*. Prednosti njihovega vključevanja v izobraževanje so očitne:

- Mentorji opravljajo rutinsko delo na visoki kakovostni ravni, zaradi česar je učenje pri njih bistveno boljši prikaz vsakodnevnega zdravnikovega dela.
- Ker gre za individualno poučevanje, se lažje posvetijo študentu. Nastane partnerski odnos med kolegom, ki je neprecenljivega pomena za nadaljnji strokovni in osebnostni razvoj.

Mentorstvo je tako uvedlo pomemben kakovostni prispevek k medicinskemu izobraževanju, ki se je v nekaterih državah zelo dobro obneslo. Npr. v Maastrichtu ima kar 70 % zdravnikov v osnovni zdravstveni dejavnosti pogodbo o sodelovanju s fakulteto, kar 25 % ambulant pa celo trajnejše pogodbe (10, 11). Tudi v zadnji analizi v delu ameriških šol so poudarili, da so mentorji pomemben vir poučevanja (12), in da se njihovo število povečuje.

Ker mentorji niso stalno zaposleni s poučevanjem, obstaja nevarnost, da bi njihovo znanje s področja izobraževanja lahko sčasoma obledelo. Vendar so ravno zato, ker stalno ne opravljajo pedagoškega dela, za vsakega študenta bolj zainteresirani in so se z njim bolj sposobni individualno ukvarjati. Kljub temu je treba zagotavljati strog nadzor kakovosti njihovega dela in učenja. To je v večini držav urejeno tako, da se morajo mentorji stalno izobraževati. Poleg tega morajo njihove ambulante izpolnjevati določene pogoje, ki jih predpiše zdravniška stroka v soglasju s fakulteto (13). Katedra, ki prevzame organiziranje pouka z mentorji, mora zanje uvesti stalna izobraževanja in tako poskrbeti za obnavljanje njihovega pedagoškega znanja.

Prisotnost študenta v ambulanti vnese motnjo v vsakodnevno rutino. Če je študent prisoten v ambulanti več kot le nekaj ur, samo opazovanje ne pride v poštev, ampak se je treba z njim tudi aktivno ukvarjati. Navadno naj bi si mentor za študenta vzel dodatno vsaj eno uro delovnega časa vsak dan, kar pomeni, da mora zaradi tega bodisi podaljšati svoj čas v ambulanti ali zmanjšati število pregledanih bolnikov, kar lahko vpliva na njegov prihodek. Prisotnost študenta v ambulanti morda vpliva tudi na odnos med bolnikom in zdravnikom, zato se pogosto pojavlja vprašanje, kako bolniki gledajo na dejstvo, saj se ne srečajo samo s svojim zdravnikom, ampak tudi s študentom. Analize so pokazale, da bolniki običajno ne nasprotujejo študentom v

ambulanti, vendar je treba zagotoviti čas za vse, ki bi se radi srečali samo z zdravnikom. Seveda morajo biti bolniki o prisotnosti študenta v ambulanti vnaprej obveščeni.

Večina mentorjev ni habilitiranih učiteljev, kar tudi ne bi bilo smiselno. Njihove prednosti so v zdravstvenem sistemu in vsakdanjem delu, ne pa v akademski kari-eri. Prav zaradi svoje neobremenjenosti z akademsko kariero so neprecenljiv vir vzorov za mlade zdravnike in študente.

Sklep

Vsak posameznik in vsaka stroka morata svojo moč in ugled poiskati v sebi. Brez rednega strokovnega izpopolnjevanja ni niti stroke niti dobrih zdravnikov. Zato družinska medicina namenja izobraževanju prav poseben pomen (14, 15). Tudi ugled vsakega zdravnika in ustanove je v veliki meri odvisen prav od tega, koliko časa nameni kakovostnemu strokovnemu izobraževanju. Ni naključje, da sta besedi zdravnik in učitelj v latinščini sinonoma. Zdravnik je obsojen na večno učenje in poučevanje. Končni cilj, ki bi si ga moral zastaviti mentor pri svojem varovancu, je, naučiti ga učiti se tudi od svojih bolnikov.

Literatura:

1. Češarek A. Praksa študentov medicine v ambulantah splošne medicine, pripravništvo zdravnikov v osnovni zdravstveni dejavnosti in specializacija splošne medicine. *Zdrav Vestn* 1981; 50: Suppl 5: 41–54.
2. Češarek-Turk A in sod. Izbira zdravniškega poklica in želje po diplomi – rezultati ankete med študenti Medicinske fakultete v Ljubljani in med zdravniki pripravniki. *Zdrav Vestn* 1984; 53: 225–30.
3. The general practitioner in Europe. A statement by the working party appointed by the second European conference on the teaching in general practice. V: Heyrman J, Spreeuwenberg C, eds. *Vocational Training in General Practice*. 1987: 158, 183–6.
4. Švab I. General practice in the curriculum in Slovenia. *Med Educ* 1998; 32: 85–8.
5. Nicol F. Making reaccreditation meaningful. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 321–4.
6. Boland M. Wants and needs in continuing medical education. *Allmanmedicin* 1996; 17: 16–8.
7. Boelen C. Medical education reform: the need for global action. *Academic Medicine* 1992; 67: 745–9.
8. Lowry S. Trends in health care and their effects on medical education. *Br Med J* 1993; 306: 255–8.
9. Kassirer JP. Redesigning graduate medical education – location and content. *New Engl J Med*, 1996; 335: 507–9.
10. Department of general practice/family medicine. University of Maastricht, 1999.
11. Martens FMJG, Root JMH Practical medical education in general practice. *Med Educ* 1992; 26: 213–7.
12. Barzansky B Jonas HB, Etzel SI. Educational programs in US medical schools. *JAMA* 1998; 280: 803–808.
13. Criteria for general practitioner trainers. UEMO policy statement. V: Kennedy TE, ed. *European Union of General Practitioners Reference Book 1999/2000*. Kensington, 14–16.
14. Boland M, Boelen C, Fabb W, Rivo M, Sjonell G, Higgins RW. Making medical practice and education more relevant to people's needs: the contribution of the family doctor. WHO, Geneva, 1999.
15. Olesen F. Opening speech at the Prague conference. *Eur J Gen Pract* 1997; 3: 83–4.

RAZISKAVE V DRUŽINSKI MEDICINI

Božidar Voljč, Igor Švab

Uvod

Raziskovalno delo ostrí kritični čut in spodbuja znanstveno reševanje problemov, zato je osnova vsake stroke ter njenega razvoja. Strokovno je zbirka vsega znanstveno doseženega, splošno priznanega in vsak čas ponovljivega. Dobra praksa je uredničenje stroke na najvišji možni poklicni stopnji. Iz take prakse izhajajo pobude za nove raziskave. Krog je tako sklenjen, zato ima opuščanje ali zanemarjanje raziskovalnega dela za vsako stroko pogubne posledice.

Med vsemi medicinskimi vejami je prav družinska medicina edina sposobna obvladovati največji del zdravstvenih problemov. To veliko nalogo lahko opravi zato, ker ima poseben način dela. Raziskave v družinski medicini so potrebne zato, da z njimi razširja svoje znanje in vsebino dela, z iskanjem ustreznih raziskovalnih metod pa bogati medicinsko miselnost. Za družinsko medicino je nujno, da prizadevni posamezniki mukoma pridobljeno znanje in izkušnje pregledno in ponovljivo prikažejo ter znanstveno strukturirajo. Ker je družinska medicina od vseh medicinskih vej najbližja življenju, morajo tudi njene raziskave izhajati iz življenja.

Družinska medicina se kot stroka ni začela utemeljevati z raziskavami, pač pa izhaja iz misijonarske potrebe po razširjanju idej. Raziskovanje v družinski medicini se je začelo z raziskavami, ki so bile bolj inventarnega značaja in so preveč podlegale v bolezni usmerjeni medicini. Prve raziskave so se ukvarjale predvsem z obsegom pomoči, zboleznostjo, prevencijo in zgodnjo diagnostiko, nadzorovanjem ogroženih skupin, ocenjevanjem nekaterih terapevtskih postopkov – torej z metodami, ki jih lahko uporabimo kjerkoli drugje v medicini. Šele pozneje so se pojavili članki, ki so opozarjali na možnosti specifičnega raziskovanja (1–3). Ugotovili so, da so raziskave nujne tudi zaradi identitete stroke, zato morajo biti usmerjene v tisto, kar je zanj značilno. Šele potem so se razvile za to stroko značilne raziskave.

Značilnosti raziskav v družinski medicini

Vsaka usmerjena visokošolska stroka ima do strokovnih in znanstvenih problemov svoja stališča ter iz njih izhajajoče raziskave in vzgojo. Richardson je opisal štiri merila, po katerih lahko ocenimo posebno usmerjenost katere koli medicinske akademske stroke (4):

- Zboleznost v ocenjevani stroki mora biti dovolj razširjena in toliko posebna, da zahteva njeno reševanje sicer osnovno, a posebno in nepodvajano znanje, ki nujno sodi tudi v izobraževalni program.
- Za opredelitev in reševanje problemov so v ocenjevani stroki vsaj v najpomembnejših točkah potrebne posebna tehnika dela in posebne spretnosti.
- Ocenjevana stroka mora imeti lasten koncept in lastna strokovna stališča.
- Ocenjevana stroka mora s svojim konceptom omogočati aktivno raziskovalno delo, kritično-analitični in eksperimentalni način ter aktivni napredek.
- Družinska medicina izpolnjuje vse te zahteve.

V povprečju vsak zdravnik družinske medicine dokončno zdravstveno oskrbi 85 % vseh bolnikov. Zboleznost, s katero se druge medicinske stroke ne ukvarjajo, je del specifičnosti družinske medicine. Gre za posebno zboleznost, ki jo označujeta selekcioniranost in neizraženost v zgodnjih stadijih, ki jih je v družinski medicini največ. Danes predvsem proučujejo bolezni, ki ogrožajo bodisi življenje, organe ali duševno zdravje, manj pa tiste, ki povzročajo strah, nelagodje, občutek izgubljenosti

sti itd. Vsa taka stanja so pogosten del specifične zbolewnosti v družinski medicini, kjer je raziskovanje še posebej pomembno, saj se raziskave v drugih strokah ukvarjajo s standardiziranimi bolniki, medtem ko je stvarna zbolewnost v družinski medicini drugačna (5).

Poleg objektivno ugotovljive patologije zdravnik družinske medicine bolj kot kateri koli drugi specialist upošteva tudi duševne značilnosti in družinske ter druge socialne okoliščine. Svoje poznavanje bolnika vključi v analizo, ki je drugačna od klinične. S svojim znanjem in metodami lažje odkriva vzročne povezave med boleznijo, osebnostjo in okoljem, kar mu omogoča ustrezno terapevtsko in preventivno ukrepanje. Sodobno raziskovanje v družinski medicini mora odražati tehnike dela, ki so specifične za to stroko. Zato je izrazito pomanjkanje raziskav na področju tehnik dela, ki so značilne za to stroko (6).

Konceptualno se družinska medicina v marsičem razlikuje od drugih medicinskih strok, o čemer je v tej knjigi veliko povedanega. Odlikujejo jo bolj osebna in trajnejša odgovornost, povezana s celotno naravo dela, ki pa rojeva drugačne vrednosti in merila. Žal je raziskovalnih projektov, ki bi njene koncepte podprli, bolj malo.

Prav zaradi njej lastnega načina se odpira še veliko neraziskanih, a specifičnih problemov. Ker družinska medicina zdravstveno oskrbi največ bolnikov, so rezultati njenih raziskav lahko v korist velikemu številu bolnikov. Zato sodi danes med najbolj aktualna raziskovalna področja v medicini.

Raziskave v družinski medicini izhajajo iz njenih strokovnih stališč in usmeritev, ki so združene v pojmu »v bolnika usmerjena medicina«, in iz delovnega področja zdravnika družinske medicine. Ker mora zdravnik družinske medicine misliti in ukrepati drugače kot klinik, se njegove raziskave ne morejo skladati s kliničnimi. Od njih se ločijo po tem, da slednje nudijo predvsem izhodišča za zdravniško delo, raziskave v družinski medicini pa se ukvarjajo z njegovimi možnostmi, mejami in učinki. Klinični raziskovalec se vpraša, *kaj lahko stori*, raziskovalec v družinski medicini pa, *kaj naj stori*.

Raziskovalni potencial družinske medicine

Družinska medicina ima na raziskovalnem področju medicine nekaj bistvenih prednosti, ki izvirajo iz njenih značilnosti. Poleg klasičnih kliničnih raziskav so njene prednosti predvsem naslednje:

Kvalitativne raziskave

Družinska medicina tako kot redke izmed medicinskih strok upošteva vso človeško razsežnost, ki poleg telesnih vključuje tudi druge prvine našega bivanja, z družino in okoljem vred. Taka usmerjenost pa od zdravnika zahteva, da mora znati opazovati in zaznavati vse, kar je pomembno ali odločilno v bolnikovem življenju in odloča o načinu njegovega sožitja z okoljem. Sem ne sodijo le najrazličnejši odtenki čustvenega in drugega posamičnega odzivanja, pač pa tudi stopnje izraženosti bolezenskih znakov, njihovega dinamičnega odvijanja v prostoru in času, pojavi sozbolewnosti itd. Večino teh pojavov kvantitativne raziskave žrtvujejo v korist ponovljivosti, kar pa pomeni tudi določeno siromašenje velikega bogastva. Veliko znans-tvenih dosežkov klinične medicine je namreč prav s stališča življenja vprašljivih, ker so raziskave zanemarile bolnikovo individualnost in okolje. Če je temu res tako, se je treba vprašati, kaj ima opraviti z znanostjo, če določen celoviti problem omejimo zgolj na njegove sestavine? Omejitev resnice nima nič opraviti z znanostjo. Fiziki so to že spoznali in z relativnostno in kvantno teorijo odprli znanosti in civilizaciji nova obzorja. In zakaj ne bi medicina s primernimi modeli razbistrila še temne odnose med individualnostjo, okoljem in boleznijo? Danes niso na voljo samo računalniki, ki lahko veliko pomagajo pri reševanju teh problemov, ampak imamo že tudi izdelane metode drugih raziskovalnih področij. Omenimo samo vedenjske raz-

iskave in teorijo sistemov. Če hočemo bolnikom res pomagati, jim ne bomo pomagali z izmikanjem pred dejstvi. Človek je res najbolj celostno bitje, zato je kot objekt raziskav zanesljivo najzahtevnejši, a tudi najzanimivejši. Zato smo razvili kvalitativne metode raziskovanja, ki poskušajo preseči opisani problem. Družinska medicina je ena prvih medicinskih strok, ki je sprejela kvalitativne metode raziskovalnega dela (7, 8, 9, 10).

Epidemiološke raziskave

Druga velika prednost raziskav v družinski medicini izvira iz obsežnosti problemov, ki jih obravnavamo. Na ta način je možno zlasti s povezovanjem velikega števila zdravnikov priti do množice pomembnih podatkov. Specialistične klinične stroke se pogosto ubadajo s problemom majhnih vzorcev, medtem ko število obravnavanih bolnikov v družinski medicini ni problem. Tako lahko npr. dobro organizirana mreža zdravnikov družinske medicine zbere pomembne epidemiološke podatke za večletna obdobja, če so zanje ustvarjeni pogoji, ki jih prinaša sodobna računalniška tehnologija (11). Družinska medicina je nenadomestljiv vir podatkov, ki jih pozneje lahko analizirajo epidemiologi; ni pa nikakršnega utemeljenega razloga, da jih ne bi zbirala sama za probleme, ki so zanjo pomembni. Zato so v razvitih državah ustanovili mreže raziskovalnih ambulant (12, 13, 14), ki sodelujejo z epidemiologi ali delajo samostojno.

Vrednotenje kakovosti dela

Zdravniška praksa ni zdravniška znanost. Marsikaj, česar nismo znanstveno raziskali, delamo intuitivno pravilno. Če nečesa ne vemo, ni nujno, da tega ne znamo. Ljudje so delali vino, izdelovali kovine in pekli kruh, še preden so doumeli in raziskali, kaj se v teh procesih v resnici dogaja. Tako je namesto o znanstvenem in neznanstvenem bolje govoriti o že odkritem in o še neodkritem (15). Značilnost znanstveno utemeljene stroke je, da poskuša čim bolj znanstveno utemeljiti postopke, ki veljajo zanjo. Zagotavljanje kakovosti dela se uveljavlja kot nova paradigma tudi v osnovni zdravstveni dejavnosti (16). Veliko tega, kar se kot vsakdanja praksa odvija v ambulantah, še nima znanstvene potrditve in nanjo še čaka. Vrednotenje tehnologije, zadovoljstvo bolnikov in ocenjevanje uspešnosti postopkov, uporabljenih v družinski medicini, so nujna merila za napredek stroke (17). Take raziskave so izrazito aplikativne narave, vendar zelo pomembne.

Žal je veliko tem, ki jih obravnavajo raziskovalni članki s področja družinske medicine, še vedno naravnanih izključno klinično in biomedicinsko (18).

Kako raziskovati?

Raziskovalno vprašanje

Izhodišče pravega znanstvenega dela je predvsem začudenje; zakaj se je tako zgodilo, kaj je povzročilo dogodek (19), zakaj se je bolnik odločil poiskati zdravnika? Z neodkritimi pravili in danostmi se nehote srečujemo kar naprej. Mimo nas gredo kot radijski valovi brez antene in sprejemnika. Veliko lažje pa jih je zaznati z rednim spremljanjem dela. Z njim postaneta stroka in poklic nenadoma zanimiva, smiselna in polna vprašanj. Od tod izhajajo najbolj naravne spodbude za raziskovalno delo, ki uri naše čute, da so ves čas odprti za probleme okrog nas. Tako lahko vsakdo pride do raziskav, značilnih za njegovo stroko. Do tipičnih raziskav pa se dokopljemo tudi s pogovori med zdravniki. Dober vir idej so naši bolniki, če jim znamo prisluhniti. V organizirani obliki se do raziskovalnih idej lahko dokopljemo tako, da izvedemo kvalitativno raziskavo, ki nas opozori na zanimive hipoteze (20). Osnova vsega pa je dobro poznavanje posebnosti dela, ki ga opravljamo. Zdravniki, ki v svojem delu vidijo le vsakodnevno rutino, in so slepi za bleščečo pestrost, s katero se soočajo, si pač ne bodo mogli postaviti dobrih raziskovalnih vprašanj.

Poglabljanje znanja in študij literature

Ko se navadimo zastavljati si vprašanja, se prej ali slej osredotočimo na enega, ki nas še posebej vznemirja. Razmišljamo o njem, o naših izkušnjah z njim, in z zanimanjem iščemo, zbiramo in prebiramo članke ali knjige, ki se na enak ali podoben način ukvarjajo s podobno temo. Iskanje člankov je v sedanji dobi bistveno lažje. Na voljo so brezplačne spletne strani z dostopom do baz ustreznih člankov (npr. PubMed), ki bistveno olajšajo študij literature, brez katerega ni dobre raziskovalne zasnove. Na tak način svoje znanje in izkušnje primerjamo s tujimi dosežki.

Oblikovanje namena raziskave in hipotez

Namen raziskave je razlog, zaradi katerega smo se sploh odločili raziskovati. Običajno je namen raziskave izboljšati stanje na določenem področju ali izdelati utemeljene predloge za izboljšanje stanja. Gre torej za širši cilj, ki nas vodi pri našem raziskovalnem delu. Namen raziskave vsebuje vprašanje, ki smo si ga postavili takrat, ko smo resno razmišljali o raziskovanju.

Hipoteza je zelo pomembna točka v raziskavi, mejnik, izbrušena predstavitev naše ideje. Hipoteze so načeloma v obliki trditev, ki jih lahko preverimo z določeno metodologijo. Praviloma jih je več in pri njihovi postavitvi moramo imeti v mislih tudi metodologijo, s katero jih bomo poskusili potrditi.

Raziskovalna metodologija in načrt raziskovanja

Hipoteza marsikdaj ne pogojuje le raziskovalnega področja, ampak že tudi nakazuje potrebno raziskovalno metodo in način, kako se bomo problema lotili. Dober načrt raziskovanja je ključ do uspešno izvedene raziskave (21). Svoja predvidevanja je najbolje napisati v obliki raziskovalnega načrta (protokola raziskave), ki praviloma vsebuje vse bistvene prvine raziskave: kratek uvod, oz. utemeljitev njenega pomena, način, kako jo bomo izpeljali, predvidene rezultate in pregled ključne literature z obravnavanega področja.

Poseben poudarek v raziskovalnem načrtu pripada raziskovalni metodologiji. Čim bolj natančno moramo predvideti, kje, kako, s kom in s kakšno metodo bomo raziskovali, koliko časa bo raziskava predvidoma trajala, kolikšni bodo njeni stroški, kdo, kje in kako bo vključen vanjo. V okvirih raziskovalne enovitosti medicine lahko rečemo, da so oznake, kot »klinične, teoretske, splošnomedicinske raziskave«, pravzaprav neustrezne, saj opredeljujejo predvsem metodologijo raziskovanja, ne pa vprašanj, ki jih poskušajo rešiti. Posebnost raziskav je v raziskovanih problemih in ne v raziskovalnih metodah.

Obvezni del raziskovalnega načrta je soglasje etične komisije. V medicinskih raziskavah so zelo pogosto, v raziskavi v družinski medicini pa kar praviloma vključeni tudi bolniki oziroma družine. Čeprav že po svoji naravi za bolnike ne predstavljajo velikega tveganja, pa morajo biti v raziskovalnem delu pravice in odgovornosti vseh vključenih zelo natančno določene in zapisane. Predvsem je treba zaščititi bolnika. Če narava raziskave zahteva njegov pristanek, naj se vsak sam odloči, ali bo sodeloval ali ne. Zato mu je treba vse natančno razložiti in šele potem naj da svoj pismeni pristanek; vendar le-ta kljub obveščeni bolnika za vključitev v raziskavo raziskovalca ne odreši vseh etičnih obveznosti. Neodvisno od bolnikovega pristanka mora v skladu s svojim znanjem in etičnim čutom presoditi, ali je vključitev bolnika v raziskavo primerna ali ne. Bolnik pa lahko s sodelovanjem tudi preneha, kadar koli želi. Nujna je kar najvišja stopnja odkritega sodelovanja (22).

Zbiranje podatkov

Ko smo v raziskovalnem načrtu poskrbeli za vse podrobnosti, ko so vloge vseh sodelavcev natančno določene in pojasnjene ter vsa soglasja in sredstva zbrana, razi-

skava lahko steče. Zbiranje podatkov je ključna sestavina raziskave, saj se ne zgodi tako redko (zlasti v raziskavah v družinski medicini), da se pojavijo problemi zaradi reprezentativnosti odgovorov, kakovosti podatkov, majhnega števila odgovorjenih vprašalnikov ipd., kar vse zelo otežuje interpretacijo oz. onemogoča doseganje namena raziskave. Poseben problem je zahteva po čim bolj kakovostnih podatkih (23).

Analiza podatkov

Zbrane podatke raziskovalec analizira z najrazličnejšimi statističnimi programi. Sam mora poznati vsaj osnovne statistične metode in najpreprostejše programe, medtem ko je za poglobljeno analizo podatkov (npr. multivariantno modeliranje) največkrat potrebna pomoč strokovnjaka s področja statistike.

Zadnji, a zelo pomembni del znanstveno-raziskovalnega dela je objava ugotovitev, ki naj bi prispevala k temu, da bi se rezultati dela prelili v vsakodnevno prakso in tako izboljšali stanje na področju, ki smo ga raziskovali. Žal se zlasti v družinski medicini prepogosto zgodi, da raziskovalci tega zadnjega koraka ne naredijo.

Struktura raziskovalnega poročila in strokovnega članka

Ko je raziskava končana in rezultati urejeni ter razporejeni v skladu z raziskovalnim načrtom, napiše raziskovalec poročilo po načrtu, ki ga je pripravil, preden je začel raziskovati. Poročilo vsebuje: zgodbo o ideji in hipotezi, metode in potek raziskave, izsledke in razpravo, ali je dobil pričakovane odgovore in kaj, ti pomenijo, splošne, pa tudi njegove strokovne komentarje.

Običajno potem raziskovalec napiše tudi strokovni, znanstveni članek. Strokovna poročila in članki imajo svojo trdno strukturo. V *Uvodu* avtor poskuša odgovoriti, zakaj je raziskava pomembna za znanost in v čem je bistvo problema, ki se ga je lotil. Pomembno je, da poda pregled vseh najpomembnejših raziskav s tega področja. V poglavju *Material in metode* natančno razloži, na kakšen način je izvedel raziskavo. Opis mora biti tako natančen, da lahko omogoči vsem, ki članek berejo, da raziskavo ponovijo in jo tudi na tak način preverijo. V poglavju *Rezultati* avtor predstavi vse rezultate, ki jih je dobil, bodisi v obliki tabel, grafov ali besedila. V poglavju *Razpravljanje* pa razloži, kako se rezultati skladajo z njegovimi pričakovanji in rezultati drugih raziskovalcev. Ozre se še na morebitne metodološke pomanjkljivosti svoje raziskave in opozori na njene omejitve. Temu poglavju sledi *Zahvala* vsem sodelavcem in navedba *literature*. Natančna navodila za pisanje se razlikujejo od tega, ali pišemo raziskovalni članek ali doktorat oz. magisterij. Tudi vsaka revija ima drugačna navodila za pisanje, ki jih objavi vsaj enkrat letno oziroma so objavljena na njeni spletni strani. Pri pošiljanju člankov v objavo je zelo pomembno, da se avtorji vseh teh navodil zelo natančno držijo.

Pisanje strokovnega članka je izredno zahtevno in natančno delo; preden ga damo iz rok, mora biti članek izbrušen kot diamant. To dosežemo tudi tako, da ga damo prebrati strokovnjakom, ki jim zaupamo do tolikšne mere, da smo brez zamere pripravljeni sprejeti vsa njihova vprašanja, pomisleke in predloge. O tehniki raziskovalnega dela v družinski medicini in pisanju člankov je bilo objavljenih kar nekaj člankov in knjig (24).

Negativne raziskave

Vsaka raziskava žal ne potrdi začetne hipoteze. V takem primeru govorimo o negativni raziskavi (25), ki pa jo je posebej težko analizirati in prikazovati. V nasprotnem bi jo sicer lahko imeli za dokaz površnosti ali premajhne raziskovalčeve strokovnosti. Zato mora biti dovolj obširna in dolgotrajna. Obveljalo je prepričanje, da raziskovalci negativnih raziskav ne objavljajo preveč radi, saj ne podpirajo izhodiščne teze. Tudi urednikom medicinskih časopisov naj bi ne bile preveč pri srcu, saj bi

lahko, če bi jih bilo preveč, negativno vplivale na mnenje o raziskavah. Vsi raziskovalci se povsem človeško nagibajo k pozitivnim rezultatom, zato dajejo veliko več poudarka tudi pozitivnim raziskavam, če izvajajo oboje. Njim v prid obstaja veliko intelektualnih, pa tudi finančnih razlogov. Pomembno pri objavljanju negativnih raziskav je, ali se ukvarjajo s pomembnim vprašanjem, ali je dobljeni rezultat nov in zanimiv, ali je bila študija korektno opravljena, ali vpeljuje nov način dela in na povsem zanesljiv način ovrže starega. Če je torej tema raziskave pomembna za stroko in njena stališča, je za objavo manj pomembno, ali raziskovalni izsledki potrjujejo raziskovalno hipotezo ali ne.

Napake in zmote

Neredko se pri še tako skrbno pripravljeni raziskavi pripetijo napake in zmote. Slednje so neizogiben del raziskovalnega dela. Če jih raziskovalec ugotovi, naj jih popravi in o njih poroča. Najhujša raziskovalna pregreha pa je, če raziskovalec kljub ugotovljeni zmoti – ali pa prav zaradi nje – oziroma zato, ker rezultati ne podpirajo njegove teze, navaja lažne podatke, prilagaja rezultate in izvide, napačno sklepa, zanemarija splošno priznane standarde, napačno prikazuje raziskovalne pogoje itd. To so tudi merila, s katerimi ločimo resne raziskovalce od tistih, ki jim je le do dekoracije njihovih življenjepisov. Mnogih raziskovalcev ne zanima dovolj verodostojnost njihovega dela. Tudi zaradi tega razloga je treba vse raziskovalne pogoje natančno opisati.

Sklep

Družinska medicina ima možnost vnesti nove poglede in dognanja na področje medicinske znanosti. Da bi te poglede utemeljila, se mora poslužiti tudi znanstveno-raziskovalne metodologije. Raziskovanje v družinski medicini je še vedno bolj domena zanesenjakov (26), vendar so izpolnjeni že skoraj vsi pogoji, da se bo raziskovanje tudi v tej stroki tako razmahnilo kot drugje v medicini. Prav pa je, da raziskovalci zaradi svoje zanesenosti s čari raziskovalne metodologije ne pozabijo, da je osnovni namen raziskovanja izboljšati stanje na področju, ki ga raziskujejo. Prav prenos raziskovalnih rezultatov v vsakodnevno prakso je najšibkejša točka raziskav (27). V sodobnem raziskovanju je treba še bolj uporabiti multidisciplinarni način (28). Zato je poleg medicinskih strokovnjakov treba k sodelovanju pritegniti še strokovnjake drugih področij, na primer z družboslovnega in filozofskega področja. Sama družinska medicina namreč ne bo zmogla celotnega raziskovalnega zalogaja.

Literatura:

1. Es JC van. Allgemeinmedizin braucht spezifische Forschung. *Allg Med Int*, 1981; 10: 24–8.
2. Sturm E. *Renaissance des Hausarztes*. Berlin–Heidelberg–New York–Tokyo: Springer, 1983.
3. Pereira Gray D. Research in general practice. *Eur J Gen Pract* 1996; 2 (3): 126–8.
4. Švab I. On the sanity of researchers in general practice. *Eur J Gen Pract* 1996; 2: 85
5. Lamberts H. Generic research in general practice. *Eur J Gen Pract* 1996; 2 (3): 129–31.
6. Charlton R. Balancing science and art in primary care research: past and present. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 639–40.
7. Jones R. Qualitative research: challenges for integration and dissemination. *Fam Pract* 1996; 13 (suppl 1): S22–6.
8. Griffiths F. Exploring qualitative research in general practice: introduction. *Fam Pract* 1996; 13 (suppl 1): S5
9. Armstrong D. Measuring man: some problems of method. *Fam Pract* 1996; 13 (suppl 1): S6–9.
10. Marshall M. How useful is qualitative research? *Br J Gen Pract* 1996; 46: 685.
11. Walley T, Mantagni A. The UK general practice research database. *Lancet* 1997; 350: 1097–9.
12. Fleming DM. The role of research networks in primary care. *Eur J Gen Pract* 1998; 4 (3): 96–9.

13. Pereira Gray D. Research general practices. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 517.
14. Smith LFP. Research general practices: what, who and why? *Br J Gen Pract* 1997; 47: 83–6
15. Gaertner JK. Ueber Relativitaet im medizinisch-wissenschaftlichen Denken. *Ars Medici* 1987; 6: 310–8.
16. Švab I, Car J. Znanstveno utemeljena medicina v družinski oz. splošni medicini. *Zdrav Var* 1999; 38 (9, 109): 295–7.
17. Olesen F, Mainz J, Flensted Lassen J. Research, technology assessment, and quality assurance. *Eur J Gen Pract* 1996; 2 (4): 162–5
18. Starfield B. A framework for primary care research. *J Fam Pract* 1996; 42 (2): 181–5.
19. Hull FM. The formation of theories and hypotheses in geneal practice. *Allg MedInt* 1986; 15: 113.
20. Kitzinger J. Introducing focus groups. *Br ed* 1995; 311: 299–302
21. Adamič Š. Splošne napake pri raziskovalnem delu, od načrtovanja do analize in prikazovanja podatkov. *Med Razgl* 1987; 26(1): 21–30.
22. Trintelj J. Etika biomedicinske raziskave na ljudeh: nasveti načrtovalcem raziskav in navodilo predlagateljem vlog za etično oceno. *Isis* 1998; 7(10): 27–30.
23. Fleming Dm. Advance of knowledge in general practice. *Eur J Gen Pract* 1995; 1: 147–8.
24. ? Howie JGR. *Research in general practice*. London: Croom Helm, 1983.
25. 2.) Angell M. Negative studies. *N Engl J Med* 1989; 321: 464–6.
26. Švab I. On the sanity of researchers in general practice. *Eur J Gen Pract* 1996; 2: 85.
27. Roland M. Getting research into practice. *J Epid & Community Hlth* 1995; 49: 225–6.
28. Olesen F. Research in general practice: is needed to develop family medicine, not get embroilled in it. *Br Med J* 1998; 316–324.

SPLOŠNA MEDICINA V ŠTEVILKAH

Danica Rotar Pavlič

Uvod

Zbiranje in posredovanje podatkov je za zdravnika najpogosteje moreče opravilo. Moder načrtovalec zdravstvene politike se tega zaveda in skuša zadevo rešiti tako, da zdravnika čim bolj razbremeni; najbolj tako, da večino administrativnega dela prenese na druge delavce v zdravstvu (na registratorja, administratorja, medicinskega tehnika). Vsem omogoči tudi čim lažje in prijazno delo s podatki, predvsem z uporabo sodobnih računalnikov ter dobrih in hitrih programov. Kljub sodobnim programom se vendarle ne moremo izogniti dejstvu, da se s tem tudi nekoliko skrajša čas, ki ga zdravnik nameni pogovoru in zdravljenju bolnika. Zato je zelo pomembno, da ugotovimo, čemu je zbiranje podatkov namenjeno, ter da bdimo nad deležem časa, ki ga porabimo za podatke.

Zbiranje in posredovanje podatkov

Neredko vlada med zdravniki prepričanje, da se podatki zbirajo »kar tako« in da zbrani obležijo v različnih inštitucijah, ki se ukvarjajo s papirji. Čeprav izboljšave v podatkovnih bazah, ki so bile v slovenskem zdravstvu uvedene po letu 1992, omogočajo analizo zbolewnosti in dela v primarnem zdravstvenem varstvu, se načrtovalci zdravstvene politike te možnosti premalo poslužujejo. Motivacija »od zgoraj navzdol« je pri analizah zbolewnosti za zdravnika odbijajoča. Zadeve se je treba lotiti ravno obratno, in sicer pri prvem stiku bolnika z zdravnikom. Naša vsakdanja praksa sama zastavlja vprašanja, ki jih brez pregleda določenih podatkov (informacij) ne znamo rešiti. Prav tako nam ne uspe ugotovitev iz prakse podpreti z dokazi ali pa ovreči nedokazane ocene o neobremenjenosti zdravnika in njegove delovne skupine.

Trajanje obiska (konzultacije)

Primeri:

»Moj prvi bolnik se je zjutraj pojavil nenajavljen. Ker ga nisem pričakoval, so bili drugi, ki so bili naročeni, na vrsti pred njim. Seveda je moral nekoliko čakati, zato je bil zelo jezen.«

»Nekoč sem delala v ambulanti, ki ni uporabljala sistema naročanja. Vsakodnevna praksa je bila, da so se bolniki menjavali v 5-minutnih intervalih. Delo je bilo zelo stresno in moje zadovoljstvo z delom zelo majhno.«

Ker je trajanje obiska zelo povezano z bolnikovim in zdravnikovim zadovoljstvom, se nam pogosto zastavlja vprašanje, kako si čas razporejajo drugi zdravniki in kakšno je povprečje v državi. Po izračunu, ki ga je leta 1989 opravila Kosta (1), ima zdravnik splošne medicine na leto 7000 obiskov, kar pomeni, da jih je v 220 delovnih dneh po 32 do 36 na dan. Izračunani čas enega obiska je po tej metodi 10 minut. Pri neposrednem merjenju pa drugi avtorji ugotavljajo, da je povprečno trajanje prvega obiska 7,4 minute (2). Čas obiska pri slovenskem zdravniku je krajši kot pri švedskih in angleških zdravnikih (15, 20 minut). Po raziskavi, ki sta jo leta izvedla Švab in Rotar (3), je bila povprečna dolžina obiska pri zdravnikih naslednja: v Belgiji 19,2 min, na Irskem 15,6 min, na Portugalskem 18,9 min, v Španiji 6,1 min in Sloveniji 7,2 min.

Kako je v Sloveniji z naročanjem?

V ambulantah, ki so že vpeljale sistem naročanja, bolnike naročijo po telefonu. Tis-

ti, ki zbolijo akutno, ponavadi pridejo nenaročeni. 53 % zdravnikov ne uporablja sistema naročanja; skoraj vse bolnike naroča 27 % zdravnikov; več kot polovico jih ima naročenih 7 %, manj kot polovico pa 13 %.

Zbolevnost

Primeri:

»Osemintridesetletni M. B. (čezmerno prehranjen) prihaja v ambulanto le poredkoma, tako da o njem ne vem veliko. V uvožno–izvoznem podjetju, kjer je zaposlen kot vodja marketinga, se počuti dobro. Prišel je, ker so mu v toplicah izmerili previsok krvni tlak.«

»Gospa Novak prihaja na pregled s svojim štiriletnim sinom. Sin je bil najprej prehlajen, sedaj pa ga bolijo ušesa. Šestletni sin je zdrav. Gospa pričakuje naraščaj, obenem je zelo zaskrbljena, ker je slišala, da bo šlo njeno podjetje v stečaj.«

Osnovna zdravstvena dejavnost ima značilnosti, ki jo ločijo od specialističnih služb na sekundarni ravni in ji dajejo svoj pomen. Na eni strani se zdravnik srečuje z zelo velikim številom specifičnih in nespecifičnih simptomov ter znakov in s preprostimi bolezenskimi stanji (4). Drugo pomembno lastnost pa kažejo obiski bolnikov s kompleksnimi težavami, tako da zdravnik družinske medicine neredko raziskuje tudi okoliščine bolezni.

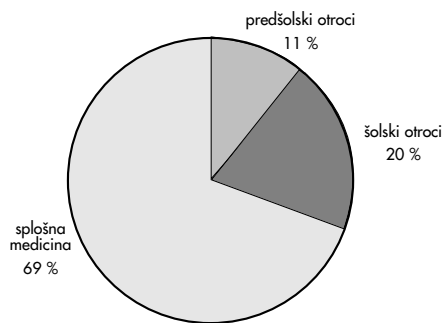
Zbolevnost v Sloveniji beležimo s trimestnimi in štirimestnimi kodami Mednarodne klasifikacije bolezni (10. revizija). Zdravnik je v skladu z Zakonom o zbirkah podatkov v zdravstvu dolžan posredovati kodirano diagnozo vsakega novoodkritega bolezenskega stanja. Največkrat postavi diagnozo ob prvem obisku ter jo sam (ali medicinska sestra) vnese v računalnik. Zdravstveni dom oziroma zasebnik sta dolžna dvakrat na leto poslati zbrane podatke na regionalni Zavod za zdravstveno varstvo, od tam pa na Inštitut za varovanje zdravja. Poleg navedenih podatkih o diagnozah zbirajo še druge podatke (vrsto obiska – prvi, ponovni, preventivni, hišni obiski; napotitve k specialistu in v bolnišnico). Podatki so vsako leto objavljeni v Zdravstveno–statističnem letopisu.

Najpogostnejši vzroki za prvi obisk pri zdravniku splošne medicine so bile v letu 1996 bolezni dihal (20 %), sledijo bolezni kosti in gibal (12,9 %), poškodbe in zastrupitve (11 %) ter bolezni srca in ožilja (9 %). V letu 1998 so bili najpogostnejši razlogi za prvi obisk: bolezni dihal (19 % vseh razlogov), sledile so bolezni mišičnoskeletnega sistema in veziv (12,4 %), poškodbe in zastrupitve (10 %) ter kardiovaskularne bolezni (9,2 %).

V Veliki Britaniji in Walesu so leta 1992 beležili naslednje najpogostnejše razloge za obisk pri zdravniku: bolezni dihal (31 %), nevrološke bolezni (17 %), kožne bolezni (15 %), bolezni mišičnoskeletnega sistema (15 %), poškodbe in zastrupitve (14 %), infekcijske in parazitarne bolezni (14 %) (5). Podatki so v angleškem primeru navedeni glede na vse obiske. V angleški statistiki zbolevnosti opazimo velik delež nevroloških bolezni, kar je tipičen primer, ki bi ga lahko analizirali po načelu »z dejstvi podprte medicine«.

Zgoraj navedeni primer bolnice nas opozarja na to, da zdravniki splošne medicine neredko zdravimo tudi otroke in mladostnike. Čeprav je lahko glede na pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja izbrani zdravnik za osebe do dopolnjenega 19. leta starosti le izjemoma zdravnik splošne medicine, pa v vaških predelih, kjer ni dispanzerskega pediatra, zanje že od nekdaj skrbi prav zdravnik splošne medicine. Po podatkih Zdravstvenega statističnega letopisa Slovenije je bilo leta 1997 v zdravstveno varstvo otrok vključenih 21 zdravnikov splošne medicine, v zdravstveno varstvo šolskih otrok pa 32 zdravnikov splošne medicine (6). Odstotke vseh za-beleženih obiskov za leto 1996 prikazuje slika 1.

Slika 1. **Delež odraslih prebivalcev ter šolskih in predšolskih otrok, ki so bili leta 1996 pregledani v ambulantah splošne medicine**



Podatki potrjujejo, da zdravniki splošne medicine neredko obravnavajo tudi otroke in mladostnike.

Povprečno število obiskov na dan in povprečno število delovnih ur na teden

Angleški zdravnik splošne medicine posveti zdravljenju najmanj časa, in sicer 38,2 ure na teden, kar je malo v primerjavi s 50 urami francoskega in ameriškega splošnega zdravnika.

Organization for Economic Co-operation and Development, 1990

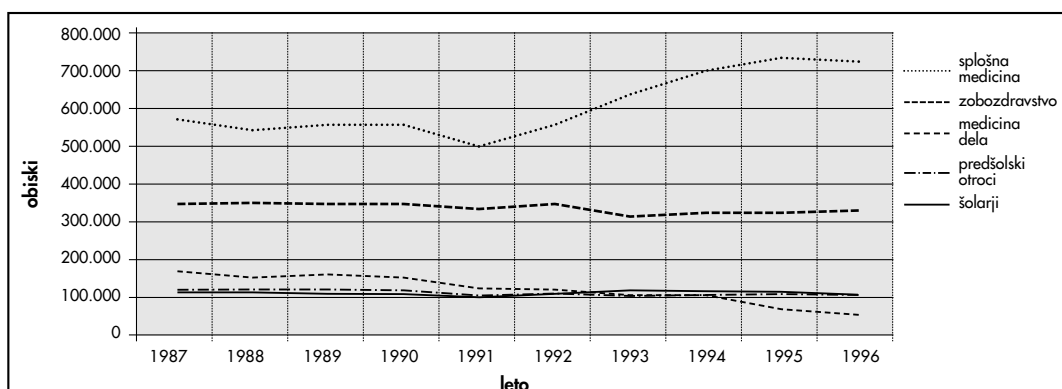
V Sloveniji so leta 1998 zdravniki splošne medicine delali povprečno 40 ur na teden. V dežurstvu so bili povprečno 14 ur na teden. V raziskavi Švaba in Rotarjeve (3) so leta 1991 zdravniki v Belgiji delali povprečno 50 ur na teden, na Irskem 54 ur, na Portugalskem 39 ur, v Španiji 21 ur in v Sloveniji 35 ur na teden (navedeni čas se nanaša samo na delo v ambulanti). V raziskavi, ki jo je leta 1997 izvedla Horvatova, so zdravniki takole izrabili svoj tedenski delovni čas:

- 28,9 ure za delo z bolniki,
- 1,7 ure za administrativno delo,
- 1,7 ure za stike z drugimi zdravstvenimi delavci,
- 0,5 ure za službene poti,
- 0,6 ure za delo z otroki in obiske v bolnišnicah,
- 1,3 ure za izobraževanje,
- 5,2 ure za obiske na domu.

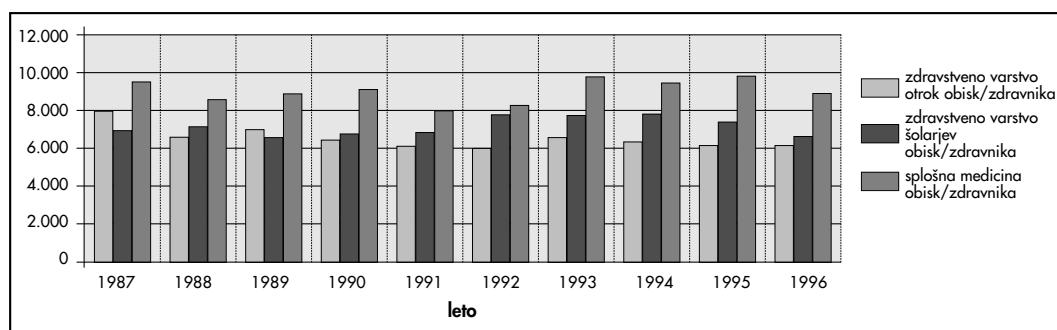
Skupno so v ordinaciji opravili 35,5 ure na teden. Za dežurstvo in stalno pripravljenost so porabili 8,6 ure.

Število obiskov na slovenskega zdravnika splošne medicine vztrajno narašča, kar prikazujeta sliki 2 in 3.

Slika 2. **Vsi obiski v osnovni zdravstveni dejavnosti po posameznih dejavnostih osnovnega zdravstvenega varstva, Slovenija, 1987–1996**



Slika 3.

Število vseh obiskov na zdravnika po posamezni dejavnosti osnovnega zdravstvenega varstva, Slovenija, 1987–1996

Leta 1988 je enega zdravnika splošne medicine obiskalo povprečno 8469 bolnikov, leta 1996 pa 9037, kar pomeni 6,7-odstotni porast. Povprečno število obiskov na dan leta 1991 je bilo 41,9, leta 1996 pa 45,3. Angleški zdravniki spremljajo število obiskov na teden. V letih 1989/90 jih je na teden povprečno obiskalo 118 bolnikov, v letih 1992/93 pa 107 bolnikov.

Če poleg dela v ambulanti upoštevamo urno obremenitev obiskov na domu in dežurstva, so slovenski zdravniki v okviru evropskega povprečja. Ker pa imajo ob tem veliko več obiskov bolnikov na dan, je njihova delovna obremenjenost večja in lahko vodi v izgorelost zdravnika.

Napotitve v bolnišnico in k specialistu

Primeri:

»50-letni gospod Z. je voznik tovornjaka. Prvič je prišel že pred leti, ker ga je ledvena bolečina ovirala pri dolgih vožnjah. Konservativno zdravljenje je bilo na začetku uspešno. Pred dvema letoma sem ga napotil k ortopedu, ki je na začetku predlagal konservativno zdravljenje, potem pa ga je leto dni pozneje operiral. Po operaciji se zdravstveno stanje ni bistveno izboljšalo in gospod Z. je bil invalidsko upokojen.«

Na napotitve vplivajo številni dejavniki: zdravnikove dnevne obremenitve, delovne izkušnje, utečen način dela, stalnost zdravnika na določenem območju, znanje, bolnikove zahteve in dostopnost zdravljenja na sekundarni ravni (7). Ridsdale (4) ugotavlja, da je pomembna tudi zdravnikova predstava o svoji dejavnosti oziroma o delu v ambulanti. Pri tem izpostavi tri modele delovanja ambulante:

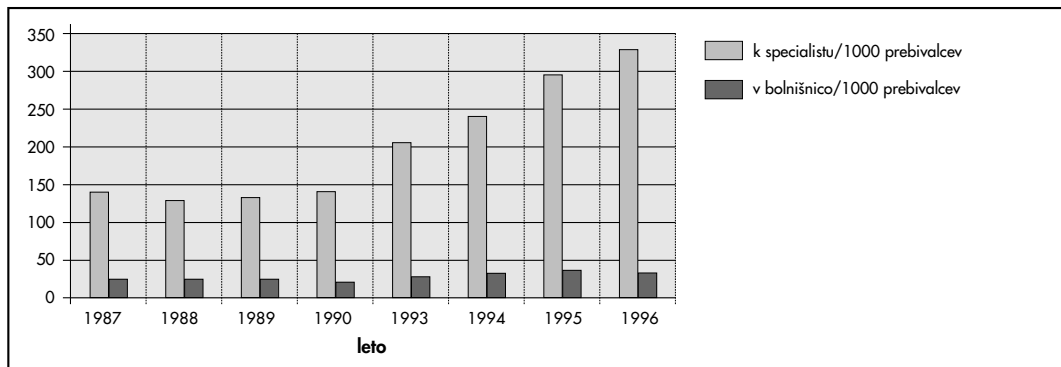
- agencija,
- interesni model,
- medicinski etični model.

V agencijskem modelu zdravnik upošteva želje bolnikov in naročila po ponovnih napotitvah od specialistov ter postane nekakšen »kretničar«. Število napotitev je v tem modelu veliko. V interesnem modelu sta v ospredju interes (finančni, strokovni, bolnikov, vloga zdravnikovega prostega časa). Na število napotitev najbolj vplivajo stroški. V medicinsko–etičnem modelu je zdravnik motiviran za čim boljše zdravljenje v korist posameznega bolnika, in to ne glede na stroške. Napotitev je sicer manj, ker pa za vsakega bolnika v poglobljeni obravnavi porabi več časa, je za takšno delo potrebna znosna delovna obremenitev.

Analize za Slovenijo, ki so prikazane na sliki 4, kažejo, da do vključno leta 1990 ni prišlo do statistično pomembnih razlik v številu napotitev ($R = 0,0208$).

Zdravniki splošne medicine so v letih 1987–1990 k specialistom napotili od 52 do 55 bolnikov na 1000 kurativnih obiskov. V letih 1993–1996 so se napotitve povečale z 68 na 96 napotjenih bolnikov na 1000 kurativnih obiskov. Ugotovljeno povečanje kaže na statistično pomembne razlike ($R^2 = 0,889$). Podatkov o napotitvah v letih 1991 in 1992 nismo spremljali.

Slika 4. Število napotenih bolnikov k specialistom in v bolnišnico na 1000 prebivalcev, Slovenija, 1987–1996

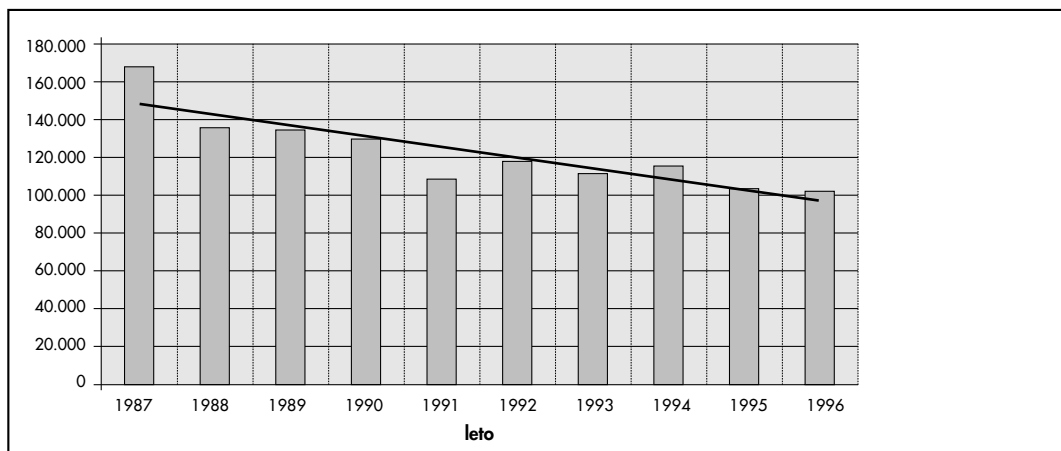


Pri napotitvah v bolnišnico v dejavnosti splošne medicine ni prišlo do statistično pomembnih razlik.

Hišni obiski

Hišni obiski so nepogrešljiva oblika opazovanja posameznika v okviru njegove družine (8) in pomenijo dobro diagnostično orodje. Največkrat kličejo zdravnika na hišni obisk svojci ali sam bolnik (3/4 primerov), četrtnina obiskov pa je na pobudo zdravnika ali patronažne sestre. Slika 5 prikazuje celokupno število hišnih obiskov v obdobju od leta 1987. do leta 1996.

Slika 5. Število hišnih obiskov v dejavnosti splošne medicine, 1987–1996



Izrazito upadanje števila hišnih obiskov lahko razložimo le hipotetično. Eden od dejavnikov, ki vplivajo na zmanjševanje njihovega števila, je lahka dostopnost in dobra organiziranost dežurne službe. Bolnik v takem primeru neredko kliče kar službo nujne medicinske pomoči, zato je število klicev na hišni obisk manjše. Pomembno je tudi, kako je urejeno plačevanje obiskov. V državah, kjer zdravniki za hišne obiske niso posebno nagrajeni, ampak so le-ti del osebnega dohodka (Portugalska), je njihovo število majhno. Torej bi lahko sklepali, da je v Sloveniji služba nujne medicinske pomoči zelo dostopna in vrednost količnikov, ki pripadajo enemu hišnemu obisku, premajhna, da bi spodbudno delovala na zdravnike.

Sklep

Redno beleženje podatkov je smiselno najprej za samega zdravnika, saj mu zagotavlja dober pregled nad vsebino in obsegom lastnega dela (9). Obenem izraža značilnosti bolnikov, ki obiskujejo ambulanto, ter s tem epidemiološke značilnosti

zdravstvenih težav, omogoča oceno kakovosti ter odkriva vrsto praktičnih in strokovnih vprašanj. Analize podatkov na nacionalni ravni so za dejavnost splošne/družinske medicine pomembne zato, ker pokažejo, kakšne so značilnosti te stroke, brez česar si ni mogoče pridobiti položaja v celotni zdravstveni dejavnosti.

Literatura:

1. Kosta E. Časovni dejavnik v splošni medicini. V: Zbornik splošne medicine. Ljubljana, 1989: 101–5.
2. Hovnik-Keršmanc M, Čehovin T, Klančič D, et al. Zadovoljstvo bolnikov s trajanjem prvih obiskov pri vzorcu zdravnikov splošne medicine v letu 1991. Zdrav Var, 1994; 33: 165–8.
3. Rotar-Pavlič D. Dejavniki, ki vplivajo na preventivno naravnost zdravnikov splošne medicine. Diplomsko naloga. Univerza v Ljubljani Medicinska fakulteta. Ljubljana, 1991.
4. Ridsdale L. Evidence-based general practice. A critical reader. Saunders, London, 1995: 19–26.
5. <http://www.rcgp.org.uk>.
6. Horvat M. Aktivnosti in obremenitve slovenskih zdravnikov splošne medicine v delovnem in prostem času. Diplomsko naloga. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta. 1999: 7.
7. Košir T. Napotitve bolnikov k drugim zdravnikom. V: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F, eds. Splošna medicina: Načela in tehnike. Ljubljana, 1992: 188–92.
8. Urlep F. Hišni obisk. V: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F, eds. Splošna medicina: Načela in tehnike. Ljubljana, 1992: 133–9.
9. Voljč B. Spremljanje dela v splošni medicini. V: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F, eds. Splošna medicina: Načela in tehnike. Ljubljana, 1992: 236–9.

STROKOVNE ORGANIZACIJE IN ZDRUŽENJA

Igor Švab

Združenja zdravnikov družinske medicine so se razvijala sočasno z razvojem stroke. Iz skromnih začetkov, ki izhajajo iz druge polovice prejšnjega stoletja, so se po vsem svetu počasi razvile močne organizacije. Tako imajo zdravniki poleg združenj na nacionalni ravni tudi vrsto mednarodnih, ki so povezana z organizacijami v zdravstvu in sorodnih področjih. Tako ima sedaj družinska medicina krovno organizacijo, ki zastopa stroko na svetovni ravni, in vrsto organizacij na posameznih celi- nah. Namen tega poglavja je prikazati strokovno organizacijo družinske medicine na mednarodni ravni.

Svetovno združenje

World Organization of National Colleges, Academics and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians ali krajše World Organization of Family Doctors (WONCA) je svetovno združenje zdravnikov splošne oz. družinske medicine. Njegov osnovni cilj je izboljšanje zdravja prebivalstva s tem, da spodbuja k visoki kakovosti dela na tem področju (1). Organizacija je zasnovana tako, da je poudarjeno predvsem članstvo nacionalnih organizacij, ki predstavljajo svoje člane. Možno je tudi individualno članstvo, ki prinaša ugodnosti predvsem pri popustih na srečanjih, ki jih organizira združenje. Praviloma pa članarino v imenu države plačuje nacionalna organizacija.

Združenje je organizirano po petih regijah: Evropa, Srednji vzhod, Pacifik, Severna in Južna Amerika ter Afrika. Vsaka od njih priredi letno regionalno konferenco, vsaka tri leta pa združenje organizira svetovno konferenco. Med regijami po aktivnosti in uspehih izstopata predvsem evropska in severnoameriška regija, medtem ko je stanje v Afriki in Južni Ameriki precej slabše (2).

WONCA je prek odborov povezana s SZO (WHO) in UNICEF. Zlasti dobro sodeluje s prvo organizacijo; skupaj sta sodelovali predvsem v pripravi konferenc, ki zadevata obe (3). Slovenija je redni član WONCA in jo po njenih pravilih vedno predstavlja predsednik združenja.

Glavni organ te organizacije je generalna skupščina, ki jo tvorijo predstavniki vseh nacionalnih združenj. Skupščina se sestaja vsaka tri leta, v času svetovne konference. Organizacijo vodi predsednik, ki je ravno tako izvoljen vsaka tri leta, administrativne posle pa opravlja sekretariat. WONCA ima tudi nekaj delovnih skupin, med katerimi sta najpomembnejši delovna skupina za klasifikacije (WONCA classification committee) in delovna skupina zdravnikov, ki delajo v ruralnem okolju.

Evropska organizacija

Societas Internationalis Medicinæ Generalis (SIMG) je bilo dolga leta edino evropsko združenje zdravnikov družinske medicine s cilji, ki so bili identični s cilji WONCA. Tradicija tega združenja je bila dolga, saj je bilo ustanovljeno že leta 1959 na Dunaju. V začetku 90. let se je začel proces, skozi katerega se je SIMG (ki je imel celo vrsto notranjih težav) združil z evropskim delom WONCA. Tako je nastala nova organizacija: European Society of General Practice/Family Medicine (ESGP/FM). Prvi predsednik te organizacije je bil prof. Frede Olesen iz Danske. Evropsko združenje izdaja tudi mednarodni časopis s tega področja, European Journal of General Practice, ki izhaja štirikrat letno. Evropsko združenje vodi predsednik, izvršilni odbor pa sestavljajo še podpredsednik, tajnik, blagajnik in predstavniki treh ustanoviteljskih

organizacij: EGPRW, EURACT in EQUIP (4). Evropsko združenje organizira letne konference in sodeluje z drugimi organizacijami, katerih cilj je napredek te stroke, predvsem z UEMO.

Evropska organizacija zdravnikov družinske medicine se po svoji organiziranosti precej loči od drugih regijskih. Ker je nastala z združevanjem že prej samostojnih organizacij, ki so znotraj ESGP/FM videle boljše možnosti skupnega nastopa, je delo zasnovano na večji demokratičnosti, kar pa je končno tudi izraz evropske tradicije.

Skupina EGPRW

Temelji skupine European General Practice Research Workshop (EGPRW) segajo v leto 1969 v mestece Leeuwenhorst na Nizozemskem, ko je bila ustanovljena prva skupina Leeuwenhorst, katere cilj je bil izboljšanje položaja zdravnikov družinske medicine prek izobraževanja. Takrat je prišlo do dogovora, da je treba ustanoviti tudi mednarodno skupino, ki se bo ukvarjala z raziskavami v družinski medicini na mednarodni ravni. Uradni ustanovitveni sestanek je bil šele pet let pozneje, leta 1974 v Londonu. Prvi predstavniki skupine so bili iz ZRN, Belgije, Danske, Nizozemske, Francije, Norveške, Švedske in Velike Britanije (5, 6). Skupina se je razširila in sedaj je v njej skoraj trideset držav.

Srečanja ima dvakrat letno na strokovnih sestankih, ki so vedno v drugi evropski državi. Zanimivo je vedeti, da je bila ta skupina ena izmed prvih zdravniških organizacij, ki je priznala samostojno Slovenijo. To se je zgodilo na jesenskem srečanju leta 1991 v Varenni v Italiji. Doslej je bilo eno srečanje tudi v Sloveniji, in sicer oktobra 1994. Izvlečki referatov so redno objavljani v reviji *European Journal of General Practice*, prej pa dolga leta v reviji *Family Practice*.

Namen skupine je pospeševati raziskave, zlasti če so mednarodnega značaja. Zaradi tega tudi organizira tečaje o raziskovanju v družinski medicini.

Glavni organ skupine so nacionalni predstavniki (7), ki volijo izvršilni odbor, katerega člani so predsednik, podpredsednik, tajnik in blagajnik. Predstavniki držav članic skupine se sestanejo na vsakem srečanju in odločajo o načrtih dela. Stalnih članov je sedaj več kot 200. V nasprotju z združenjem WONCA je članstvo v organizaciji zasnovano na individualnem članstvu. Slovenija ima v skupini svojega predstavnika od leta 1988.

Značilnost skupine je njena privrženost kritični misli na področju raziskovanja, kar je posebej pomembno za mlade raziskovalce, ki se šele uveljavljajo. Predstavitev prispevkov na srečanju EGPRW poteka po točno določenih pravilih, med katerimi je najpomembnejše to, da je treba pustiti polovico namenjenega časa vprašanjem iz občinstva. Zaradi tega je število referatov na srečanju omejeno in se največkrat zgodi, da je sprejeta le polovica prijavljenih prispevkov. Kot poseben uspeh Slovenije lahko štejemo, da skoraj ni sestanka brez vsaj enega prispevka iz naše države.

EURACT

Evropska akademija učiteljev splošne/družinske medicine (European Academy of General Practice Teachers (EURACT)) je nastala kot nadaljevanje slavne skupine Leeuwenhorst. Poznamo dve skupini Leeuwenhorst: prva je bila ustanovljena leta 1969 v mestecu Leeuwenhorst na Nizozemskem, po katerem sta obe tudi poimenovani. Med ustanovnimi člani je bil tudi predstavnik tedanje Jugoslavije. Skupina je delovala do leta 1981, ko so na tretjem kongresu učiteljev splošne medicine v Beersu ustanovili Novo skupino Leeuwenhorst tako, da je vsaka država udeleženka kongresa prispevala vanjo po enega delegata. Gre za elitno združenje družinskih zdravnikov iz skoraj tridesetih držav Evrope (8). Predstavniki držav so predvsem profesorji družinske medicine, člani pa vsi, ki se ukvarjajo z njenim poučevanjem.

Skupina se ukvarja z izobraževanjem, njen cilj je izpopolnjevanje stroke kot strokovne in znanstvene discipline z učenjem in poučevanjem. Člani skupine so s svojimi stališči veliko pripomogli k doktrinarnim stališčem, opredelili so delo družinskega zdravnika in veliko prispevali k razvoju znanstveno-raziskovalne dejavnosti s tega področja. Glavno delo članov skupine je organizacija izobraževanj, med katerimi ima ugledno mesto mednarodni tečaj družinske medicine v Sloveniji (9, 10) in strokovna pomoč WONCA pri problemih, povezanih z izobraževanjem zdravnikov družinske medicine v Evropi.

Tako kot skupina EGPRW se tudi oni srečujejo vsako leto v drugi evropski državi. Slovenija je postala njena članica kmalu po osamosvojitvi.

EQUIP

Evropska skupina za kakovost (EQUIP) je tretja izmed ustanoviteljskih organizacij ESGP/FM. Ukvarja se predvsem z zagotavljanjem kakovosti, izdelavo priporočil in metodologijo zagotavljanja kakovosti. Slovenija ima v njej dva predstavnika. Skupina deluje tako kot druge, in sicer prek skupnih sestankov in skupnih projektov, ki jih izvajajo nacionalni predstavniki. Skupino že od začetka vodi prof. Richard Grol (11).

UEMO

Politično so zdravniki v Evropi povezani v dveh organizacijah. Vsi specialisti so združeni v organizaciji UEMS, vsi zdravniki družinske medicine pa v UEMO (**U**nion **E**uropeene des **m**edecins **o**mnipraticiens). Gre za organizacijo, ki se trudi s političnimi sredstvi izboljšati položaj te stroke. Organizacija si prizadeva za čim večji vpliv v evropskem parlamentu, ki pogosto sprejema odločitve z usodnimi posledicami za položaj družinske medicine v Evropi. Slovenija je njena polnopravna članica (12). Ker gre za organizacijo, ki sprejema v svoje članstvo samo združenja s kar največjim vplivom na zdravništvo in javnost, je iz Slovenije članica UEMO Zdravniška zbornica Slovenije (13, 14). UEMO in ESGP/FM formalno nista povezana, vendar prihaja med obema neodvisnima organizacijama do pomembnega sodelovanja.

Druga združenja

Poleg naštetih po Evropi in svetu nastajajo vsakovrstna združenja družinskih zdravnikov. Pobude se praviloma porajajo najprej na dvostranski ravni, kasneje pa razširijo na več držav. Take (pogosto zelo neformalne) organizacije so npr. Nordic Workshop, Southnet (UK), nekaj časa je delovalo Alpsko združenje splošnih zdravnikov itd. Vrednosti novih skupin so zelo različne. Kadar združenja nimajo vladne podpore ali podpore mednarodnih organizacij (npr. EGS), gre večinoma za majhne skupine, ki jih druži skupni interes. Ko ta popusti, skupine razpadejo in nastanejo nove.

Ob tem ima praktično vsaka država v okviru svojega zdravniškega društva ali neodvisno od njega tudi združenja ali sekcije. Med najbolj priznanimi in aktivnimi je treba omeniti britansko društvo The Royal College of General Practitioners (15). Organizacijsko ni odvisno od Britanskega medicinskega združenja in izdaja zelo kakovostno revijo The British Journal of General Practice. Močno je tudi ameriško združenje družinskih zdravnikov American Academy of Family Physicians (AAFP). Zelo kakovostna združenja imajo še Norvežani, Danci, Švedci in Belgijci, čeprav so v Evropi še vedno najboljše organizirani Angleži in Nizozemci.

Sklep

Sodelovanje v mednarodni areni je nujnost razvoja vsake stroke, ki želi napredovati. Ko se zavemo, da smo člani velike mednarodne družine zdravnikov, ki se srečujejo s podobnimi problemi, kot jih imamo mi sami, se nam odpirajo široke možnosti za izmenjavo izkušenj, kar je doma pogosto zelo težko. Nismo več sami, poveza-

ni smo v mednarodnem združenju, ki nam nudi svojo podporo, tako politično kot strokovno in moralno. Vključitev Slovenije v mednarodne organizacije družinskih zdravnikov je dejanje, ki je v preteklem desetletju pomembno pripomoglo k razvoju stroke pri nas.

Literatura:

1. Jones R. Family medicine – a world view. *Fam Pract*, 1995; 12: 387–8.
2. Haq C, Ventres W, Hunt V, Mull D, Thompson R, Rivo M, Johnson P. Family practice development around the world. *Fam Pract* 1996; 13: 351–6.
3. Ostergaard I, Allen J. General practitioners on the move for European health care: the basis for action. *Euro J Gen Pract*, 1996; 2: 97–8.
4. Evans PR: Medicine in Europe: The Changing Scene in General Practice in Europe. *B M J* 1994; 308: 645–8.
5. Hull FM. The european general practice research workshop, 1971–1981. *J Roy Coll Gen Pract* 1982; 32: 106–8.
6. Anon. Research: the role of the general practitioner *J R Coll Gen Pract* 1983; 33: 469–71.
7. Mol S, Švab I. EGPRW representation: what does it represent? *Eur J Gen Pract* 1997; 3:79.
8. Švab I. General practice teaching at the undergraduate level in Europe. *Eur J Gen Pract* 1999; 5: 125–6.
9. Švab I, Yaphe Y, Correia de Sousa J, Passerini G. The international course for faculty development in family medicine: the Slovenian model. *Med Educ* 1999 33: 780–1.
10. Kolšek M. EURACT. Učna delavnica o uskladitvi ocenjevanja usposobljenosti za delo v splošni/družinski medicini. *Isis* 1998; 7:52.
11. Kersnik J. Izboljševanje kakovosti v družinski medicini. *Isis* 1998; 7:4412. Švab I, Urlep F. V deželi temnega piva in škratov. *Isis* 1995; 4; 26–7.
13. Bulc M: UEMO v Sloveniji. *Isis*, 1999; 8:36–38.14. Praznik I: Slovenski splošni zdravniki v Evropi. *Isis* 1999; 8: 3–4.
15. Anon. Forty years on. The story of the first forty years of the Royal College of General Practitioners. London: Royal College of general Practitioners, 1992.

ZDRAVNIKOVA OSEBNOST

Igor Švab

Nosce te ipsum

Uvod

Izjemnost zdravniškega poklica privablja vsako leto na stotine mladih ljudi, da se prijavljajo za študij na Medicinski fakulteti. Privablja jih čar poklica, želja po tem, da bi pomagali ljudem, podprta z visokim ugledom, ki ga ima medicina v družbi (1). Za študij medicine obstaja stroga selekcija, zato se nanj vpišejo maturanti z zelo dobrim uspehom. Nekaterim med njimi uspe in čez dolga leta študija začnejo delati kot zdravniki. Naučijo se, kako deluje človek, ko je zdrav in kadar je bolan, ter ukrepati v bolezni. Zelo malo ali prav ničesar pa jih ne naučijo o tem, kakšne zahteve – razen povsem strokovnih – postavlja prednje opravljanje zdravniškega poklica. Pozneje v praksi pri opravljanju vsakdanjega dela pridejo v ospredje nekatere neprijetne značilnosti tega poklica, ki je sicer pod stalnim nadzorom (2). Družba je z zdravstvom vse bolj nezadovoljna (3): nekateri ljudje imajo zdravnike za pomnike trenutkov, ko so bili bolni in nemočni; drugi niso popolnoma zadovoljni z načinom, kako so bili obravnavani; tretjim je zdravstvo predrago (4). Pod drobnogledom ni samo zdravnikovo poklicno delo, temveč tudi njegovo osebno življenje. To velja toliko bolj za zdravnike v osnovni zdravstveni dejavnosti, ki delajo v populaciji, med katero pogosto tudi živijo.

Način, kako uskladiti svoje zasebno bivanje z življenjem okolice, je eden velikih izzivov poklica družinskega zdravnika. Če uspešno zaživijo s svojimi varovanci, ostanejo uspešni in srečni zdravniki; marsikateri pa podvomi v pravilnost svoje odločitve in se preda malodušju. Resen problem je tudi pojav izgorelosti, o čemer študenti komaj kaj slišijo (5, 6).

Pričujoče poglavje želi opozoriti na zahteve zdravniškega poklica in nevarnosti, ki ga spremljajo. Na koncu navaja nekaj nasvetov, kako se izogniti najpogostnejšim pastem, ki jih prinaša to tako opevano poslanstvo.

Vloge družinskega zdravnika

Osnovna zdravnikova vloga v družbi je seveda biti **terapevt**. Zdravnik je v lastnih očeh in očeh svojih bolnikov predvsem strokovnjak za medicino, na katerega se obrnejo, če naletijo na težave, ki so zdravstvene narave. Večino težav lahko razreši sam, kar pogosto godi njegovemu zadovoljstvu in ugledu. Zaradi spremenjene patologije prebivalstva in prevladovanja kroničnih nenalezljivih bolezni pa se odstotek bolezni, ki jih lahko zdravnik samostojno razreši z enkratnim posegom, bistveno zmanjšuje. V ospredje so zato prišle tudi njegove druge, vse bolj pomembne vloge.

Zdravnik je svojim bolnikom tudi **učitelj**. Že sam izvor besede *doktor* kaže na pomen te vloge. Učiteljsko vlogo opravlja na več načinov. Najpogosteje je zdravnik učitelj svojim bolnikom že med individualnim pogovorom v ambulantni; obenem ima na voljo še druge možnosti: svetovanje družini na hišnem obisku; javno nastopanje s predavanji v okolju, kjer dela; nastopi v medijih (na radiu in televiziji, s prispevki v lokalnem časopisu).

Zdravniku pripada tudi vloga **zastopnika** v primerih, povezanih z boleznijo, saj odloča o delazmožnosti, predlaga invalidske upokojitve, dodatke za tujo pomoč in zastoja bolnikove interese.

Zdravnik je **organizator** zdravstvene oskrbe. To je v poplavi vseh mogočih specialističnih uslug vse pomembnejše. S svetovanjem in odločitvami o napotitvah uskla-

juje specialistično obdelavo, obenem naj bi imel celosten pregled nad bolnikovim zdravstvenim stanjem.

Zdravnik je vse bolj tudi **znanstvenik**, ki proučuje in uvaja najnovejša dognanja iz stroke. Glavna znanstvena naloga je kritično ocenjevanje strokovne literature. Iz vse bolj nepregledne množice informacij mora znati izbrati najbolj kakovostno in za njegove bolnike najbolj koristno. Znanstveno mora biti sposoben kritično ocenjevati lastno delo in predlagati ustrezne ukrepe oz. ukrepati sam, kadar je to izvedljivo.

Zdravnik je **svetovalec**, ki s toplo človeško besedo pomaga bolniku prebroditi čase, ko mu je hudo, ko se mora z nekom pogovoriti.

In končno je zdravnik tudi bolnikov **prijatelj**, ki ga pogosto povabijo v ožji družinski krog kot osebnost, ki jo bolnik in družina cenita.

Vrednote

Vse našteje zdravnikove vloge so nastale zato, ker družinskemu zdravniku kar pripisujemo nekatere vrednote, ki naj bi jih imel. Pogojno jih delimo na dve skupini.

Etične vrednote

Od zdravnika pričakujemo, da je dobronameren, ne škodi svojemu bolniku, je avtonomen pri odločanju v njegovo blaginjo, je pravičen, ne laže in varuje bolnikovo skrivnost. Tem etičnim vrednotam je težko oporekati; kljub temu se v družinski medicini pogosto dogaja, da pride do konflikta dveh ali več vrednot. Tako prihaja do etičnih dilem, ki so v družinski medicini še posebej pogoste (7).

Strokovne vrednote

Vse, kar imajo najraje v svojem poklicu, so družinski zdravniki zbrali v naslednjih štirih kategorijah:

- Delo z ljudmi prinaša veliko lepih trenutkov v praksi, kjer so udeleženi v bolnikovem življenju. Vselej upoštevajo njegove kulturne vrednote in prepričanja.
- Raznolikost dela ni nikjer v stroki tako velika kot prav v družinski medicini. Nikoli ni vnaprej predvidljivo, kakšne težave bo imel naslednji bolnik, ki bo prišel skozi vrata. Obseg najrazličnejših postopkov, ki jih opravljajo družinski zdravniki, je največji na področju medicine.
- Kreativnost v družinski medicini je večja, kot smo pripravljeni priznati. Mogoče je uveljaviti najrazličnejše načine pri organizaciji dela in preizkušati različne metode zdravljenja.
- Samostojnost je tradicionalna vrednota družinskega zdravnika. S pojavom zasebnosti se je poglobila, čeprav se sodobni družinski zdravnik mora podrežati določenim strokovnim pravilom. Obdobje samostojnega in nenadzorovanega praktičiranja je mimo.

Dva mita o zdravnikih

Zaradi zdravnikom dodeljenih vlog in vrednot, ki si jih njihov poklic prisvaja, so se razvili nekateri miti, predvsem kot rezultat posploševanja.

Zdravje zdravnikov

Zdravniki družinske medicine niso zdrava populacija. To se posebej kaže na področju duševnih bolezni. Samomorilnost je med zdravniki družinske medicine dvakrat tolikšna kot med preostalo populacijo (8). Med slovenskimi zdravniki jih je v študiji kar 10 % priznalo, da so že razmišljali o samomoru (9). So bolj zaskrbljeni in depresivni kot druga populacija in vse kaže, da se stanje še slabša (10).

Zdravniki nič kaj boljše ne skrbijo za svoje zdravje kot drugi prebivalci (11) in so med skupinami bolnikov verjetno ena najbolj težavnih. Zaradi idealizirane slike o sebi se nagibajo k zanikanju lastnih težav (zlasti kadar gre za resnejše bolezni ali celo bolezni odvisnosti). Pomoč iščejo zunaj uradnih virov, redko imajo svojega izbrane-ga zdravnika in se raje odločajo za to, da se zdravijo sami, kar ima pogosto katastrofalne posledice (12, 13).

Stanje je nevarno ne samo zato, ker zdravniki ogrožajo sebe, ampak tudi, ker bolni zdravniki ogrožajo svoje bolnike. Zato je njihova dolžnost, da morajo skrbeti za svoje zdravje, toliko večja.

Pomemben problem zdravnikov je izgorelost (14, 15). Značilna je za vse poklice, ki delajo z ljudmi, in je pri njih tudi zelo dobro proučena. Vzrok za izgorelost je preobremenjenost z delom, ki ne prinese pričakovanih rezultatov. Razvije se takrat, ko naj bi posameznik reševal zahteve, ki presegajo njegove sposobnosti, energijo ali moč. Proces poteka v več fazah: od entuziastičnega obdobja prek faz stagnacije, frustracije in apatije, včasih prav do brezupa (6). Prav vsa obdobja izgorevanja so za zdravnika zelo nevarna, ker pomenijo past za zlorabo psihotropnih snovi in depresivnega razpoloženja. Za zdravnike družinske medicine je ugotovljeno, da so pri njih pomembni obremenilni dejavniki veliko število obiskov v ambulanti, urgentna stanja in administriranje (16). V študiji, narejeni pri nas, pa so se zdravniki najbolj pritoževali zaradi stresa na delovnem mestu, ki ga povzročajo zahtevni bolniki, prenatrpan urnik in bližina smrti (9).

Nekaj razbremenilnih ukrepov je mogoče uvesti povsem organizacijsko: npr. podaljševanje časa naročanja s takim presledkom, da omogoči mirno delo (17).

Zdravnik in njegova idealna družina

Zdravnikova družina ni nič manj imuna na strese v domačem življenju, vendar se pogosteje dogaja, da se težave pokažejo z depresijo in samomorom kot pri preostali populaciji. Po drugi strani pa je družina vedno prikazana kot najpomembnejši dejavnik, ki omogoča podporo in je vir pomoči, ko nastopijo težave. Dokazov, da bi bile zdravniške družine kaj bolj usklajene kot pri drugih ljudeh, ni.

Zdravnikov strokovni razvoj je povezan s ciklusom družine, ki si jo ustvarja s partnerjem. Naslednja tabela je poskus prikaza faze strokovnega in družinskega ciklusa pri zdravnikih in najbolj zahtevnih nalog, ki jih mora izpolniti v določenem obdobju:

Strokovni cikel	Družinski cikel	Naloga
izobraževanje, specializacija	nastajajoča družina, družina v polni funkciji	uskladitev poklicnih zahtev in družinske vloge
začetek samostojnega dela	družina v polni funkciji	ravnovesje izpolnjevanja nalog med partnerjema
kariera	družina v polni funkciji, odmirajoča družina	delitev interesov in odgovornosti
upokožitev	odmirajoča družina	preusmerjanje prednosti

Večina zdravnikov ustvari svojo družino v fazi izobraževanja in se upokojuje v fazi t. i. praznega gnezda. Na tej poti gre skozi podobne, vendar pogosto hujše strese kot preostale družine. Zlasti težavno je npr. usklajevanje urnikov dežurstev in prostega časa med prazniki, česar marsikatera druga družina ne pozna.

Sklep

Zaradi značilnih težav, ki jih prinaša zdravniški poklic, so začeli marsikje v svetu razvijati službe za pomoč zdravnikom. Veliko je možno narediti že prej, preden se

težave pojavijo, saj obstaja vrsta zaščitnih dejavnikov, ki varujejo pred izgorelostjo. Pomembni so npr. poznavanje sebe in svojih reakcij, sprejemanje meja, srečanja s kolegi, dobro vzdušje v delovnem okolju, občutek varnosti in sprejetosti in zadovoljujoče osebno življenje (6).

Veliko zdravnikom pa so bili izzivi poslanstva družinskega zdravnika pretežki. Z leti je njihov idealizem splahnel, postali so togi, ozki in zlovoljni, z večnimi pritožbami o slabi plači, dolgih dežurstvih in nezadostnem priznanju za delo, ki ga opravljajo. Nekateri so se zatekli v gostilniški krog prijateljev in znancev, kjer še vedno ohranjajo videz razgledanosti in strokovne veljave. Vsi, ki se jim je uspelo ogniti takšnim pastem, svoje delo opravljajo z veseljem in predanostjo ter na tak način zaokrožaj poslanstvo družinskega zdravnika. Zavedajo se, da so samo ljudje, ki se po svojih najboljših močeh trudijo opravljati zahteven poklic. Preveva jih življenjski optimizem, iz katerega črpajo veselje do dela in življenja, so neizčrpen vir modrosti, ki so si jo pridobili med svojim delom in od svojih bolnikov, in veliko jih postane prava legenda v krajih, kjer so dolga leta živeli in delali.

Literatura:

1. Češarek-Turk A in sod. Izbira zdravniškega poklica in želje po diplomi – rezultati ankete med študenti Medicinske fakultete v Ljubljani in med zdravniki pripravniki. *Zdrav Vestn* 1984; 53: 225–30.
2. Cevc M. Izjemnost zdravniškega poklica. *Zdrav Vestn*, 1995; 64: 195–6.
3. Gorišek J, Drinovec J, Rudolf Z. Zdravnik intelektualca v slovenski družbi. *Zdrav Vestn*, 1995; 64: 363–8.
4. Osmond H. God and the doctor. *N Engl J Med* 1980; 302: 555–8.
5. Čebašek Travnik Z. Nekateri značilnosti procesa izgorevanja pri terapevtih, ki zdravijo bolezni odvisnosti. Doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, 1998; 5–133.
6. Grad O, Čebašek-Travnik Z, Močnik-Bučar M, Milač B. Zdravnik proti stresu in izgorevanju. *Isis* 1999; 8: 46–8.
7. Voljč B. Etični problemi v ordinaciji zdravnika splošne medicine. V: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F. *Splošna medicina*. Ljubljana: Sekcija splošne medicine Zveze zdravniških društev – SZD, 1992; 140–7.
8. Sutherland VJ, Cooper CL. Identifying distress among general practitioners: predictors of psychological ill-health and job dissatisfaction. *Soc Sci Med*, 1993; 37: 575–81.
9. Žunter-Nagy AM, Kocmur M. Poklicne obremenitve zdravnikov. *Zdrav Vestn* 1998; 67: 676–73.
10. Scally G. Physicians can't heal themselves. *Lancet* 1996; 347: 1059.
11. Lazar IM, Premik M, Švab I. Ali slovenski zdravniki zdravo živijo? *Zdrav Vestn* 1996; 65: 687–90.
12. Chambers RM. What should doctors do when they become sick? *Fam Pract* 1993; 10: 416–23.
13. Donaldson LJ. Sick doctors. *Br Med J* 1994; 309: 557–8.
14. Anonymous. Burnished or burnt out: the delights and dangers of working in health. *Lancet*, 1994; 344: 1583–4.
15. Voljč B. Kovačeva kobila, skupno stanovanje in izgorelost: o zdravstvenem stanju in kakovosti življenja zdravstvenih delavcev in njihovih družin. *Zdrav Vestn* 1988; 57: 97–9.
16. Orozco P, Garcia E. The influence of workload on the mental state of the primary health care physician. *Fam Pract* 1993; 10: 277–82.
17. Wilson A, McDonald P, Hayes L, Cooney J. Longer booking intervals in general practice: effects on doctor's stress and arousal. *Br J Gen Pract*, 1991; 41: 184–7.

