

OCENJEVANJE DELAZMOŽNOSTI

Marjeta Zupančič

Uvod

Med številnimi dolžnostmi, ki jih zdravniku splošne medicine nalaga Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, je tudi ocenjevanje začasne nezmožnosti za delo do 30 koledarskih dni (1). Osebni zdravnik nastopa pri ocenjevanju zmožnosti za delo kot izvedenec, saj ima njegovo delo značilnosti izvedenstva s pravnimi in materialnimi posledicami (2). Začasne nezmožnosti za delo ne more odobriti specialist ožje medicinske stroke, ki nastopa kot konzultant osebnemu zdravniku, saj ne pozna dovolj dobro obremenitev na delovnem mestu, pa tudi bolnika kot celote (3).

Delo ni le proizvajanje dobrin, ampak pomeni človeku tudi določen položaj na družbeni lestvici, socialne stike, spodbuja njegovo ustvarjalnost, zadovoljuje posebne potrebe in nagnjenja ter daje občutek varnosti (4, 5).

Na posameznikov odnos do dela pomembno vplivajo:

- narava dela,
- osebnostne lastnosti,
- družbene razmere, ki skupaj z drugimi okoliščinami oblikujejo odnos do dela (6, 7).

Ob porušenem razmerju teh dejavnikov lahko pride do odklonov, kot so:

- beg v delo, kjer človek iz nevrotičnih razlogov usmerja različne težnje (agresivnost) v delovno aktivnost,
- beg pred delom, ki se navadno kaže kot iskanje pravic iz zdravstvenega in invalidsko pokojninskega zavarovanja: bolniški stalež, dodelitev lažje zaposlitve, skrajšan delovni čas (SDČ), invalidska upokojitev (6, 7).

Ocenjevanje delovne zmožnosti

Delazmožnost je opredeljena kot zmožnost človeka, da svoj delovni potencial uporabi za pridobivanje. Zmožnost za delo je takšno psihofizično stanje človeka, ki mu omogoča uspešno opravljanje poklicnega dela s polnim delovnim učinkom in brez škode za njegovo zdravje od prvega delovnega dne pa do konca delovne dobe – starostne upokojitve (2, 8).

Pri ocenjevanju delazmožnosti tehtamo na eni strani delavčeve psihofizične lastnosti, na drugi pa telesne, duševne in okoljske obremenitve na delovnem mestu, poleg tega pa nanjo vplivajo tudi širši dejavniki okolja, varstvo pri delu in raven socialnega in zdravstvenega varstva (9).

Zmožnost za delo je velika, ko so delavčeve zmogljivosti in obremenitve na delovnem mestu v ravnovesju. Slednje lahko porušijo npr. velike obremenitve na delovnem mestu. Med tolerančnimi mejami je zmogljivost prilagajanja, ki je odvisna od posameznikovih psihofizičnih lastnosti, zmogljivost pa zmanjšujejo tudi procesi staranja (10).

Ocena delazmožnosti je lahko splošna, kjer ocenjujemo neopredeljene obremenjenosti, ali specifična, kjer gre za točno opredeljena dela ali obremenitve, ki jim je delavec izpostavljen. Podatke o delavcu zberemo na podlagi pregleda obstoječe medicinske dokumentacije, z natančno anamnezo in s kliničnim pregledom ter dodatnimi specifičnimi medicinskimi in psihološkimi pregledi. Po potrebi napoti zdravnik delavca še na dodatne specialistične preglede. Podatke o delovnem me-

stu dobimo z analizo in oceno delovnega mesta. Če potrebujemo še natančnejše kvantitativne podatke, lahko uporabimo ocenjevalno analizo delovnega mesta (OADM) (9, 11). Omenjeni metodi sta diagnostična postopka; zdravljenje, ki tej analizi sledi, pa so ergonomske ukrepi.

Nezmožnost za delo je lahko začasna (posledica je bolniški stalež) in trajna (posledica je invalidnost). Lahko je absolutna (ni odvisna od dela, npr. akutni miokardni infarkt, napredovala oblika malignoma) ali relativna (odvisna je od dela, ki ga delavec opravlja) (2, 7).

Delazmožnost lahko ocenjujemo pri poklicni usmeritvi (ustrezati mora bistvenim zahtevam), poklicni usmeritvi (ocenjujemo konkretne sposobnosti), pri predhodnem zdravstvenem pregledu, obdobjih in ciljanih zdravniških pregledih, oceni trajne nezmožnosti za delo na invalidskih komisijah (IK) ter v postopku ocenjevanja začasne nezmožnosti za delo. Prve štiri oblike so predvsem domena medicine dela, v pripravo dokumentacije za oceno invalidske komisije in v bolniški stalež pa dejavno posegajo predvsem zdravniki splošne medicine.

Ocenjevanje začasne nezmožnosti za delo

Bolniški stalež je začasna odsotnost z dela zaradi bolezni, poškodb, nege in drugih vzrokov.

Na bolniški stalež poleg resnosti bolezni ali poškodbe pomembno vplivajo številni dejavniki: slabe delovne razmere, velik delež zaposlenih žensk v rodni dobi, število delavcev iz tujih držav (druga kultura, drug sistem vrednot, slabše življenjske razmere), nacionalni dohodek, družbeni in osebni standard, raven socialnega in zdravstvenega varstva, nenazadnje pa tudi osebnostne lastnosti, strokovna usposobljenost in stalnost osebnega zdravnika.

Absolutna začasna nezmožnost za delo ni vprašljiva; težave se začnejo, ko pride delavec v obdobje relativne nezmožnosti za delo, ki je odvisna od obremenitev na delovnem mestu. Pri oceni je potrebno dobro poznavanje delovnega mesta, pa tudi bolnika v njegovem družinskem, delovnem in širšem socialnem okolju.

V pristojnosti osebnega zdravnika je začasna nezmožnost do 30 koledarskih dni za bolezen in poškodbo ter prvih 7 delovnih dni za nego zakonca. V pristojnosti otrokovega osebnega zdravnika je: 7 delovnih dni bolniškega staleža za nego otroka, starejšega od 7 let; 15 delovnih dni za otroka, mlajšega od 7 let, in za starejšega od 7 let, ki je zmerno, težje ali hudo telesno ali duševno prizadet (1, 8, 9).

Nadomestila za čas odsotnosti z dela zaradi bolezni in poškodb pri delu in zunaj dela ter poklicnih bolezni izplačuje delodajalec iz svojih sredstev do 30 delovnih dni, nadaljnja nadomestila pa gredo v breme Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Le-to od prvega dneva odsotnosti z dela dalje poravnava nadomestila za nego družinskega člana, izolacijo ali spremstvo, za presaditev živih organov ali tkiv v korist druge osebe (tudi dajanje krvi) ter za poškodbe, ki nastanejo pri delih širšega družbenega pomena (čl. 18 Zakona o zdravstvenem varstvu) (1, 8).

Po preteku zakonsko določenega časa mora izbrani zdravnik zavarovanca s predlogom in medicinsko dokumentacijo napotiti na zdravniško komisijo (ZK) pri ZZZS, ki je pristojna za presojo ocene osebnega zdravnika o začasni nezmožnosti za delo do 30 dni in ugotavljanje začasne nezmožnosti za delo nad 30 dni. Če zavarovanec ali delodajalec nista zadovoljna z mnenjem ZK I. stopnje, lahko podata ugovor v 3 dneh po prejemu odločbe. Pritožbo obravnava ZK II. stopnje; mnenje je dokončno, možna je le pritožba na Delovno in socialno sodišče v Ljubljani.

Tako osebni zdravnik kot zdravniška komisija lahko odredita delo v polovičnem delovnem času.

Pri analizi bolniškega staleža podatke vedno izražamo v indeksih (5, 8):

- **ODSTOTEK BOLNIŠKEGA STALEŽA (% BS)** je odstotek izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca:

$$(\% \text{ BS}) = \frac{\text{število izgubljenih dni} \times 100}{\text{število zaposlenih delavcev} \times 365}$$

- **INDEKS FREKVENCE (IF)** je število primerov bolniškega staleža na 100 zaposlenih delavcev:

$$\text{IF} = \frac{\text{število primerov} \times 100}{\text{število zaposlenih delavcev}}$$

- **INDEKS TEŽE (IT)** je število izgubljenih dni na eno odsotnost z dela:

$$\text{IT} = \frac{\text{število izgubljenih dni}}{\text{število primerov}}$$

- **INDEKS ONESPOSABLJANJA (IO)** je število izgubljenih dni na enega zaposlenega delavca:

$$\text{IO} = \frac{\text{število izgubljenih dni}}{\text{število zaposlenih delavcev}}$$

Invalidnost

Ko z diagnostiko ugotovimo, da gre za trajne okvare posameznih organskih sistemov, ki pomembno zmanjšujejo sposobnost za delo na dotedanjem delovnem mestu in ki jih s sodobnimi metodami zdravljenja in rehabilitacije ne moremo izboljšati, moramo zavarovanca predstaviti invalidski komisiji.

Zavarovance z že ugotovljeno invalidnostjo po preostali delazmožnosti razvrščamo v tri kategorije:

- I. kategorija invalidnosti: pri zavarovancu je ugotovljena popolna izguba delovne zmožnosti.
- II. kategorija invalidnosti: zavarovanec lahko najmanj polovico delovnega časa opravlja svoje delo ali drugo ustrezno delo in se ne more s poklicno rehabilitacijo usposobiti za opravljanje drugega dela v polnem delovnem času.
- III. kategorija invalidnosti: zavarovanec lahko opravlja svoje delo z določenimi omejitvami ali pa drugo ustrezno delo v polnem delovnem času s predhodno poklicno rehabilitacijo ali brez nje (10).

Delovni invalid je vsakdo, ki je zavarovan po Zakonu o invalidskem in pokojninskem zavarovanju in so mu zaradi invalidnosti priznane ustrezne pravice iz invalidskega zavarovanja.

Neposredna nevarnost za nastanek invalidnosti obstaja, kadar razmere na delovnem mestu vplivajo na zdravstveno stanje zavarovanca in delovno zmožnost v tolikšni meri, da mora zamenjati delo, ker bi sicer lahko postal invalid. Tak zavarovanec ne pridobi statusa delovnega invalida; toda pravice do razporeditve na drugo delovno mesto in morebitne poklicne rehabilitacije ter denarnih nadomestil lahko uveljavlja v okviru delovne organizacije (10).

Ocenjevanje delazmožnosti v ambulanti družinske medicine

Zdravnik splošne medicine skrbi za zaokroženo, dobro poznano populacijo. Bolnike obravnava v ambulanti in na domu. Zaradi stalnosti veliko ve o osebni, družinski in delovni anamnezi svojih bolnikov. Z leti zgradi zaupen odnos, ki mu pomaga pri sporazumevanju z bolniki (15). Ocenjevanje delazmožnosti je pogosto ena najbolj

spornih točk v medsebojnem odnosu zdravnik–bolnik, v katerem si stojita nasproti medicinska stroka in bolnikovo subjektivno doživljanje bolezni ter njegova pričakovanja. Dobro poznavanje bolnika in objektivno pridobljeni podatki o obremenitvah na delovnem mestu lahko zdravniku pomagajo razrešiti sporne primere.

Pomembno je, da se obiski pri zdravniku splošne medicine, kadar je na vrsti tudi ocenjevanje začasne nezmožnosti za delo, odvijajo v empatičnem vzdušju. Dobro je, da že ob prvem obisku bolnika natančno pregledamo, vzamemo anamnezo, postavimo delovno diagnozo in napravimo načrt diagnostike in zdravljenja, ki mu ga moramo natančno razložiti in z njim doseči soglasje. Bolnika moramo z izvidi dovolj pogosto naročati k sebi (zgolj telefonski stiki so velika napaka), ob ponovnih obiskih pa po potrebi popravimo ali širimo plan diagnostike in zdravljenja. Pogosto je pomemben tudi oseben stik s specialisti, ki bolnika zdravijo. Bolnik mora imeti občutek, da njegov zdravnik drži diagnostiko in zdravljenje čvrsto v rokah, ter mora biti obenem toliko suveren, da preseka krog nepotrebnih napotitev. Napaka je, če prepustimo vse pobude bolniku, saj s tem že ustvarimo novega »težavnega bolnika«. Pri ocenjevanju nezmožnosti za delo je pomemben tudi stik z delovno organizacijo (kadrovska služba, varstvo pri delu), kjer lahko pridobimo uporabne in objektivne podatke o obremenitvah na delovnem mestu. Bolniki radi pretiravajo in pogosto opisujejo kot najpomembnejše tiste obremenitve, ki jih v teku delovnega dne opravljajo zelo kratek čas. V tem postopku lahko z diagnostiko in ergonomskimi ukrepi na delovnem mestu veliko pomaga pristojni specialist medicine dela, prometa in športa. Pri vodenju bolnika, pri katerem utemeljeno domnevamo, da bo potreboval daljši bolniški stalež, nam ne sme biti žal časa za obdržanje diagnostike in zdravljenja v racionalnih mejah, s čimer bomo omogočili, da se bo v čim krajšem času vrnil na delovno mesto. Pri tem ne smemo pozabiti, da je lahko beg v bolniški stalež pri nekaterih bolnikih tudi poskus vzpostavljanja odnosov z okolico, ki jih ne morejo rešiti na ustrežnejši način (razrušen partnerski odnos, neustrezni odnosi na delovnem mestu) (7, 16, 17).

Pri ocenjevanju delazmožnosti se moramo tudi zavedati, da se v zdravljenju uveljavljajo vedno nove in nove metode, ki bistveno skrajšujejo čas nezmožnosti za delo (laparoskopske metode v kirurgiji, urologiji, ortopediji, ginekologiji ...).

Pri dlje časa trajajoči odsotnosti z dela je treba zavarovanca napotiti na zdravstveno komisijo, včasih pa ob trajni izgubi zmožnosti za delo tudi na invalidsko komisijo. Prav je, če so predlogi ustrezno izpolnjeni in vsebujejo bistvene podatke o zdravljenju, načrt diagnostike in osnovne podatke o zavarovančevem delovnem mestu. ZSM naj tudi predlaga, kaj sam glede na objektivno stanje pričakuje od komisije, saj ne moremo pričakovati podaljševanja bolniškega staleža v nedogled ali pa samih invalidov I. kategorije.

Po daljši odsotnosti se delavec le težko vrne na delo, saj delavci po določenem obdobju izgubijo zaupanje v svoje sposobnosti; hkrati se zelo hitro spreminjajo tudi proizvodni procesi in pravila v poslovanju (12). Osebni zdravnik odigra pri vračanju takega delavca pomembno vlogo. Včasih pomaga, ko začne delavec z delom v skrajšanem delovnem času. Povezovanje z delovno organizacijo in pristojnim specialistom medicine dela lahko proces vključevanja precej skrajša in olajša.

Sklep

Ocenjevanje delazmožnosti je tisto mejno področje v splošni/družinski medicini, ki največkrat postavlja na preizkušnjo odnos med bolnikom in zdravnikom. Ob dobrem znanju klinične medicine in sporazumevanja med bolnikom in zdravnikom bo treba vnesti v to veččino še osnove poznavanja delovnih mest. Ne smemo pozabiti, da je ocenjevanje delazmožnosti dinamično tehtanje delavčevih psihofizičnih lastnosti ter fizioloških, psiholoških in ekoloških obremenitev na delovnem mestu in v širšem družinskem, delovnem in družbenem okolju.

Literatura:

1. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Uradni list Republike Slovenije, Ljubljana, 9, 1992.
2. Bilban M. Ocenjevanje delazmožnosti. V: Romih J, Žmitek A, eds. Duševne motnje in zmožnost za delo (zbornik). Begunje: Psihiatrična bolnica Begunje, 1997: 17–37.
3. Košir T. Dileme zdravnika splošne medicine pri ocenjevanju začasne ali trajne nezmožnosti za delo. Deontološki problemi ocenjevanja delazmožnosti. Rogaška Slatina 1995: 97–102.
4. Žvan V. Ocenjevanje delazmožnosti psihiatričnega bolnika. Med Razgl 1993; 32: 321–30.
5. Perišić N. Ocijena radne sposobnosti psihijatrijskih pacijenata. V: Kecmanović D, ed. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska knjiga, 1989: 2150–74.
6. Milčinski L. Problemi ocenjevanja delazmožnosti v psihiatriji. V: Bras S, Cvetko B, Kobal M et al., eds.. Psihijatrija. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1986: 554–9.
7. Zupančič M, Kersnik J. Delazmožnost bolnikov z nevrotskimi, stresnimi in somatoformnimi motnjami s stališča splošnega zdravnika in specialista medicine dela. V: Brinšek B, Stamos V, eds. Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v splošni medicini in psihiatriji (zbornik). Begunje: Psihiatrična bolnica Begunje, 1997: 86–91.
8. Košir T, Marolt J. Vloga zdravnika splošne medicine pri ocenjevanju delazmožnosti. Zdrav Vestn 1977; 46: 127–9.
9. Modic S. Raven in dinamika bolniškega staleža in invalidiziranja v SFRJ in SRS, vzroki in predlogi za obvladovanje teh pojavov. V: Seminar spremljanja, proučevanja in obvladovanja bolniškega staleža in invalidnosti. Ljubljana: UIMDPŠ, 1983: 9–66.
10. Šarić M, Pleština R. Bolovanje. Zagreb: IMI, 1982: 13–47.
11. Sušnik J. Ergonomska fiziologija. Radovljica: Didakta, 1992: 15.
12. Teržan M. Bolniški stalež. Med Razgl 1998; 37: 399–411.
13. Občasnik ZZZS. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ljubljana, 1994:6.
14. Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Uradni list Republike Slovenije 12/92, 5/94, 7/96.
15. Kersnik J. Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v ambulanti zdravnika splošne medicine in v dežurni ambulanti. V: Brinšek B, Stamos V, eds. Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v splošni medicini in psihiatriji (zbornik). Begunje: Psihiatrična bolnica Begunje, 1997: 92–104.
16. Škraba D. Učenje v Balintovih skupinah – pot k celostnemu zdravljenju bolnika. Med Razgl 1988, 27: 517–36.
17. Zupančič M, Kersnik J. Ocenjevanje delazmožnosti duševnih bolnikov v splošni medicini. V: Romih J, Žmitek A, eds. Duševne motnje in zmožnost za delo (zbornik). Begunje: Psihiatrična bolnica Begunje, 1997: 135–141.

PREDLOG ZA ZDRAVNIŠKO ZDRAVLJENJE

Franc Novak

Bolnik ima pravico do ambulantnega in bolnišničnega ter tudi do zdraviliškega zdravljenja. Izhaja iz zdravstvenega zavarovanja in je opredeljena v Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja od 43. do 49. člena ter od 197. do 201. člena. Pravico do zdraviliškega zdravljenja zaradi iste bolezni ali enakega stanja lahko bolnik uveljavi le enkrat na dve leti (48. člen, 2. točka).

Zdraviliško zdravljenje naj bi skupno z naravnimi zdravilnimi sredstvi in celovitejšo stacionarno fizioterapevtsko obravnavo omogočilo boljšo in hitrejšo bolnikovo rehabilitacijo, za daljši čas bistveno izboljšalo zdravstveno stanje, preprečilo napredovanje ali slabšanje bolezni in omogočilo čim hitrejšo vrnitev v domače in delovno okolje.

Bolnika lahko napotimo v zdravilišče zaradi nadaljevanja bolnišničnega zdravljenja. Tak predlog je praviloma domena bolnišnice, odkoder naj bi potem bolnik po odobritvi zdravniške komisije odšel v zdravilišče neposredno ali po krajšem bivanju doma (43. člen, 2. točka, 1. alineja).

Izbrani zdravnik pa lahko za svojega bolnika predlaga nadomestno zdraviliško zdravljenje (43. člen, 2. točka, 2. alineja). V ta namen mora na predpisanem obrazcu pripraviti predlog za zdravniško komisijo pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki dokončno odloči o upravičenosti do zdraviliškega zdravljenja. Prva stran obrazca vsebuje bolnikove osebne podatke in podatke o njegovem zdravstvenem zavarovanju, drugo stran pa mora izpolniti zdravnik. Nanjo napiše natančno diagnozo s šifro iz Mednarodne klasifikacije bolezni in kratek izčrpen povzetek bolezni, zaradi katere izbrani zdravnik predlaga bolnika za zdraviliško zdravljenje. Izbrani zdravnik mora predlagati primerno zdravilišče in čas, potreben za določeno obliko zdravljenja.

Za popoln predlog je treba priložiti še vso dokumentacijo, ki zajema izvide o bolezni, zaradi katere bolnika pošilja na zdraviliško zdravljenje, ali celo ves zdravstveni karton, kar pa ni najbolj praktično zaradi vodenja dokumentacije v času, ko je vsa pri Zdravniški komisiji. Bolnik mora svoje strinjanje z izbiro zdravilišča potrditi s podpisom.

Posebna oblika zdraviliškega zdravljenja je napotitev bolnika na ambulantno fizioterapevtsko zdravljenje (43. člen, 2. točka, 2. alineja). Tudi zanj izbrani zdravnik pripravi podoben predlog na zahtevanem obrazcu, kjer mora opredeliti vrsto in količino storitev ter predlaga primerno zdravilišče. Tudi ta predlog je treba poslati Zdravniški komisiji pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje R Slovenije s priloženimi potrebnimi izvidi ali izpisom iz zdravstvenega kartona.

Izbrani zdravnik je torej odgovoren za napotitev na nadomestno in ambulantno zdraviliško zdravljenje. Za to delo mora dobro poznati:

- bolnikovo zdravstveno stanje in njegove potrebe po predlagani obliki zdravljenja,
- možnosti in načine zdravljenja posameznih naravnih zdravilišč zaradi pravilnega svetovanja bolnikom,
- kontraindikacije za zdravljenje v posameznih naravnih zdraviliščih.

Naravna zdravilišča opravljajo glavne in dopolnilne dejavnosti. To razdelitev upoštevajo standardi, ki jih določa Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in bi jih zdravnik moral dobro poznati, ko se odloča, katero zdravilišče in kateri standard izbrati za svojega bolnika.

Napotitev na zdraviliško zdravljenje ni primerna za bolnike (46. člen):

- z duševnimi motnjami, z asocialnimi ali antisocialnimi znaki ali z nagnjenostjo k samomoru,

- s toksikomanijo in kroničnim alkoholizmom,
- s slabo urejeno epilepsijo,
- z nalezljivimi boleznimi (akutnimi ali kroničnimi v kužni fazi),
- z aktivnimi in evolutivnimi oblikami pljučne ali zunajpljučne tuberkuloze,
- s kroničnimi organskimi boleznimi v fazi akutnega poslabšanja,
- z diabetično ketoacidozo ali hiperosmolarnim sindromom,
- s pogostnimi in močnejšimi krvavitvami,
- z rakavimi tvorbami, ki niso bile operativno odstranjene ali zaustavljene v rasti z obsevanjem,
- s hujšimi oblikami generalizirane ateroskleroze in znaki senilne demence in za - bolne nosečnice.

Posebna oblika zdravljenja, ki tudi izhaja iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, je pravica do obnovitvene rehabilitacije invalidov in organizirane skupine za usposabljanje in letovanje otrok in šolarjev. Ta oblika rehabilitacije oziroma usposabljanja je namenjena bolnikom z mišičnimi in živčnomišičnimi boleznimi, paraplegikom, bolnikom s cerebralno paralizo in multiplo sklerozo ter otrokom in mladostnikom z drugimi hujšimi in trajnimi telesnimi okvarami ali kroničnimi boleznimi. Zdravljenje vodijo ustrezne klinike, inštituti ali drugi zdravstveni zavodi po posebnem programu, ki tudi izberejo udeležence. Izbrani zdravnik mora njihove programe poznati in svojim bolnikom znati svetovati, kam naj se obrnejo in kako naj se odločijo ob sprejemu predloga za tako zdravljenje. Poleg tega mora izpolniti navadno napotnico s podatki o poteku in potrebnem zdravljenju bolezni doma ter dodati svoje pripombe o drugih boleznih, pričakovanih zapletih ali potrebnih ukrepih v času zdravljenja, včasih pa tudi izpolniti obrazec, ki ga zahteva posamezni izvajalec rehabilitacijskega zdravljenja. Na tako zdravljenje lahko izbrani zdravnik napoti bolnika vsako leto (členi 50–53).

Literatura

Anon. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Občasnik Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije 1994; 6: 8–11, 27–28.

Priloga: **Kopija predpisanega obrazca**

PREDLOG ZDRAVNIŠKI KOMISIJI 2557101

<p>1 - IZVAJALEC ŠTEVILKA IZVAJALCA: _____ ŠIFRA ZOR ZAVAROVANOSTI: _____ <small>(Ime in priimek)</small></p> <p>2 - ZAVAROVANA OSEBA <small>(Ime in priimek zavarovane osebe) Datum roj:</small> _____ <small>(Ime in priimek ZZZ zavarovatelja / reg. št.) Datum podpisal:</small> _____ <small>(Ime in priimek)</small> M - 1 2 - 2 <small>(Ime)</small> <small>(Ime in priimek)</small> _____</p> <p>4 - POKLIC <small>(Delo, ki ga zavarovanelec opravlja (poklic))</small></p> <p>5 - MNEJNE OE SOGLASJE 1 - O NEZMOŽNOSTI ZA DELO <input type="checkbox"/> 2 - O UPRAVIČENJU ZADRŽANOSTI OD DELA ZARADI NEGE <input type="checkbox"/> 3 - O PODALJŠANJU POROČILNEGA DOPUSTA <input type="checkbox"/> 4 - ZDRAVLJENJE V ZDRAVILŠČU, KI JE NADALJEVANJE BOLNIŠNIČNEGA ZDRAVLJENJA <input type="checkbox"/> 5 - ZDRAVLJENJE V ZDRAVILŠČU, KI NI NADALJEVANJE BOLNIŠNIČNEGA ZDRAVLJENJA <input type="checkbox"/></p> <p>6 - ZAVEZANEC NAZIV: _____ <small>(reg. št.)</small> _____ <small>(šifra departm.)</small> _____</p> <p>7 - DRUŽINSKI ČLAN <small>(Ime in priimek)</small> _____ <small>(Ime)</small> _____ <small>(Datum roj.)</small> _____ 1 - OTROK 2 - ZAKONEC <input type="checkbox"/></p>	<p>3 - ZDRAVNIK <input type="checkbox"/> OSEBNI ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____ <input type="checkbox"/> NAPOTNI <input type="checkbox"/></p> <p>8 - RAZLOG OBRAVNAVE 17 - RAZLOG 18 - RAZLOG 19 - RAZLOG 20 - RAZLOG 21 - RAZLOG 22 - RAZLOG 23 - RAZLOG 24 - RAZLOG 25 - RAZLOG 26 - RAZLOG 27 - RAZLOG 28 - RAZLOG 29 - RAZLOG 30 - RAZLOG 31 - RAZLOG 32 - RAZLOG 33 - RAZLOG 34 - RAZLOG 35 - RAZLOG 36 - RAZLOG 37 - RAZLOG 38 - RAZLOG 39 - RAZLOG 40 - RAZLOG 41 - RAZLOG 42 - RAZLOG 43 - RAZLOG 44 - RAZLOG 45 - RAZLOG 46 - RAZLOG 47 - RAZLOG 48 - RAZLOG 49 - RAZLOG 50 - RAZLOG 51 - RAZLOG 52 - RAZLOG 53 - RAZLOG 54 - RAZLOG 55 - RAZLOG 56 - RAZLOG 57 - RAZLOG 58 - RAZLOG 59 - RAZLOG 60 - RAZLOG 61 - RAZLOG 62 - RAZLOG 63 - RAZLOG 64 - RAZLOG 65 - RAZLOG 66 - RAZLOG 67 - RAZLOG 68 - RAZLOG 69 - RAZLOG 70 - RAZLOG 71 - RAZLOG 72 - RAZLOG 73 - RAZLOG 74 - RAZLOG 75 - RAZLOG 76 - RAZLOG 77 - RAZLOG 78 - RAZLOG 79 - RAZLOG 80 - RAZLOG 81 - RAZLOG 82 - RAZLOG 83 - RAZLOG 84 - RAZLOG 85 - RAZLOG 86 - RAZLOG 87 - RAZLOG 88 - RAZLOG 89 - RAZLOG 90 - RAZLOG 91 - RAZLOG 92 - RAZLOG 93 - RAZLOG 94 - RAZLOG 95 - RAZLOG 96 - RAZLOG 97 - RAZLOG 98 - RAZLOG 99 - RAZLOG 100 - RAZLOG</p> <p>9 - NAPOTNICA ŠTEVILKA NAPOTNICE _____ ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____ 10 - PRVI DAN ZADRŽANOSTI _____ OD _____</p> <p>11 - MNEJNE ZK ZADRŽAN PO MNEJU ZK ŠT _____ 1. I. STOPNJE _____ DO _____ 2. II. STOPNJE _____ DO _____</p> <p>12 - ZADRŽANOST OD DELA ZA POLNI DNEVNI ČAS OD _____ DO _____ ZA POLNI DNEVNI ČAS OD _____ DO _____ ZA POLNI DNEVNI ČAS OD _____ DO _____ ZA POLNI DNEVNI ČAS OD _____ DO _____</p> <p>13 - NAPOTEN NA KR DOLŽAN DELATI _____ UR NA DAN _____ NAPOTEN DNE _____ POSTOPENI _____ DNE _____</p> <p>14 - INVALIDNOST 1. I. KAT. 2. II. KAT. 3. III. KAT. <input type="checkbox"/> 15 - BOLNIŠNIČNO ZDRAVLJENJE _____ OD _____ DO _____ PREJEMENO _____ OD _____</p>
---	--

DIAGNOZA: šifra: _____

ANAMNEZA - STATUS - DOSEDANJA TERAPIJA

OPOMBE - PREDLOGI:
Namestitvev na negovalni oddelek: da ne
Drugo _____

PRILOŽENA DOKUMENTACIJA:

Kraj _____, dne _____, žig _____
podpis zdravnik

IZJAVA ZAVAROVANE OSEBE:
V primeru, da mi bo odobreno zdraviliško zdravljenje, želim biti v skladu z indikacijskim področjem napoten v zdravilišče:

Kraj _____, dne _____
podpis zavarovane osebe

DODATEK ZA POMOČ IN POSTREŽBO

Franc Novak

Dodatek za pomoč in postrežbo je pravica, ki izhaja iz Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Do pomoči so upravičeni:

- uživalci starostne, predčasne, invalidske in družinske pokojnine (146. člen),
- slepi, ko so sklenili delovno razmerje ali začeli opravljati samostojno poklicno dejavnost, in osebe, ki so oslepele v času sklenjenega delovnega razmerja ali opravljanja samostojne poklicne dejavnosti (147. člen),
- nepomičen zavarovanec, ki je zaposlen primerno svoji delovni zmožnosti najmanj pol delovnega časa (147. člen),
- zavarovanec, ki je pridobil pravico do poklicne rehabilitacije ali dokvalifikacije (147. člen).

Pogoji za pridobitev te pravice so samo **medicinske narave**, pri čemer je vloga osebnega zdravnika najpomembnejša, saj prav on prvi ugotavlja, kdaj je njegov bolnik potreben tuje nege in pomoči. Pravica do dodatka za pomoč in postrežbo nastopi, ko bolnik zaradi trajnih sprememb v zdravstvenem stanju potrebuje stalno pomoč in postrežbo druge osebe, in sicer:

- pri opravljanju **večine** osnovnih življenjskih potreb (148. člen),
- pri opravljanju **vseh** osnovnih življenjskih potreb (148. člen),
- zaradi stalnega nadzora psihiatričnega bolnika v domači oskrbi (148. člen),
- slepi upokojenci (147. člen),
- najhuje prizadeti bolniki, ki potrebujejo 24-urni nadzor svojcev in obvezno strokovno medicinsko pomoč (najmanj zdravstvenega tehnika) za stalno izvajanje zdravstvene nege (150. člen).

Dodatek za pomoč in postrežbo je mogoče izplačati v treh različnih višinah, kar je odvisno od prizadetosti zavarovanca. Višji znesek prejema slepi, nepomični ter vsi, ki so potrebni tuje pomoči za **vse** osnovne življenjske potrebe, nižji znesek pa osebe, ki so odvisne od tuje pomoči in nege za **večino** osnovnih življenjskih potreb. Najvišji znesek je nova kategorija za dodelitev osebam, ki jim že pripada višji znesek in ki zaradi svojega zdravstvenega stanja potrebujejo še vsakodnevno pomoč zdravstvenih delavcev zaradi specialne nege.

Vlogo za dodelitev dodatka za pomoč in postrežbo vloži izbrani osebni zdravnik na posebej predpisanem obrazcu (obrazec št. 3), ki je sicer namenjen za predstavitev varovancev invalidski komisiji. Na tem obrazcu je treba poleg *potrebnih osebnih podatkov* (generalij) napisati **natančno anamnezo**, posebno o boleznih, ki so privedle do sedanjega zdravstvenega stanja, in opisati bolnikov klinični status, zlasti natančno organske in funkcionalne spremembe, ki zahtevajo in utemeljujejo potrebo po tuji negi in pomoči. Zapisati je treba **vse** diagnoze, ki jih zdravnik ugotovi pri bolnikovem pregledu, opravljenem na njegovem domu, v ambulanti ali socialnem zavodu. K tej vlogi je priporočljivo priložiti kopije specialističnih izvidov in odpustnice bolnišničnega zdravljenja, iz katerih je razvidna resnost zdravstvenih problemov. Nujno je treba dodati izvid okulista k vlogi za tujo nego in pomoč slepemu in slabovidnemu ali izvid psihiatra, če je vodilna diagnoza psihiatrična (*kar pa je zelo pogosto*).

Poleg obrazca št. 3 je treba vlogi priložiti tudi izpolnjen posebni vprašalnik, ki ga je izdal Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (glej str. 699). Vprašalnik tudi pomaga izbranemu zdravniku pri odločitvi, kdaj je njegov bolnik res potreben tuje nege in pomoči, zlasti zaradi pritiskov bolnika in še bolj njegovih sorodnikov (*navadno gre za denar*). Na pravico do dodatka za pomoč in postrežbo ne vplivajo bolnikova

starost in njegove materialne razmere. Ker jo tako še vedno laično razlagajo, je lahko pritisk svojcev na izbranega zdravnika zelo velik, zlasti če imajo za svetovalce »pametne« sosede in se sklicujejo na nekatere morebiti res nekoliko prehitro pridobljene pomoči. Zdravnikova dolžnost je, da jim upravičenost dodelitve razumljivo pojasni, kar lahko stori le z dobrim poznavanjem kriterijev za pridobitev te pravice. Povedati jim mora, da je izdelava predloga za pridobitev dodatka za pomoč in postrežbo samoplačniška storitev, ker ne izhaja iz pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ampak iz pravic socialnega in pokojninskega zavarovanja.

Kdaj se torej odločiti za vlogo?

Če bolnik lahko opravlja večino osnovnih življenjskih potreb, to je najmanj pet, mu ne pripada dodatek za tujo nego in pomoč. Osnovne življenjske potrebe pa so:

- hranjenje,
- oblačenje,
- slačenje,
- obuvanje,
- sezuvanje,
- samostojno gibanje po stanovanju (z ortopedskim pripomočkom ali brez),
- samostojno gibanje zunaj stanovanja (z ortopedskim pripomočkom ali brez),
- umivanje (kopanje in prhanje nista všteta),
- opravljanje fizioloških potreb.

Izbrani zdravnik je pogosto v zadregi, kdaj je sposobnost premikanja oz. nepomičnosti »dovolj velika«, da bo njegov varovanec upravičen do dodatka za tujo nego in pomoč. Zakon prevedeva najmanj 70-% zmanjšano zmožnost premikanja, ki jo dosegajo:

- vsi paraplegiki, ki so vezani na invalidski voziček;
- vsi, ki so zaradi zdravstvenega stanja vezani na invalidski voziček;
- vsi, ki se zaradi delne ohromitve udov (razne nevrološke bolezni, stanja po poškodbah) s čezmernimi napori premikajo z uporabo opornih aparatov;
- vsi z nadkolensko amputacijo udov, ki se kljub protezi lahko premikajo le z uporabo bergel ali opornic;
- vsi s podkolensko ali nadkolensko amputacijo udov, pri katerih ni možna namestitev opreme s protezo, in so vezani na invalidski voziček;
- vsi z živčnomišičnimi boleznimi, ki imajo tolikšen izpad funkcije gibal, da potrebujejo za gibanje v stanovanju pomoč druge osebe;
- vsi z nadlaktno izgubo obeh zgornjih udov, na katere ni mogoče namestiti proteze.

Slepi ali slabovidni pridobi pravico do dodatka za tujo nego in pomoč, če je njegov vid na obeh očesih manjši od 0,05 ali je vidno polje koncentrično zoženo pod 10°.

Psihiatričnemu bolniku pripada dodatek za tujo nego in pomoč, ko izgubi realitetni nadzor in zaradi duševnih posledic ne more opravljati večine ali vseh osnovnih življenjskih potreb in doma ali v socialni ustanovi potrebuje stalen nadzor.

To je obseg dela in presoje izbranega zdravnika pri odrejanju dodatka za pomoč in postrežbo. Ko Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje prejme vlogo za dodatek za tujo nego in pomoč, povabi zavarovanca na komisijo ali pošlje na njegov dom svojega zdravnika izvedenca, ki še enkrat oceni zdravstveno stanje in upravičenost do tega denarnega nadomestila.

Najpogostnejši vzroki negativno rešenih vlog

- Izbrani zdravnik popusti zaradi pritiskov, ponavadi svojcev, in odda vlogo, čeprav bolnikova samostojnost še ni toliko okrnjena, da bi zadostil pogojem, ki jih določa zakon.

- Pomanjkljiva zdravstvena dokumentacija, izbrani zdravnik ne priloži zahtevanih specialističnih izvidov.
- Zdravstveno stanje ni dokončno. Po navodilih Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje je treba vlogo za dodatek za tujo nego in pomoč vložiti takrat, ko je bolnikovo zdravstveno stanje dokončno in ni več pričakovati izboljšanja.

Literatura

Kuhelj J. Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju z uvodnimi pojasnili in stvarnim kazalom Jožeta Kuhlja (druga spremenjena in dopolnjena izdaja). Ljubljana: Časopisni zavod Uradni list Republike Slovenije, 1996: 97–100, 253–255, 268–269.

Priloga: vprašalnik ZPIZ

VPRAŠALNIK ZA DODATEK ZA TUJO NEGO IN POMOČ
za ugotavljanje pravic v skladu s V. poglavjem Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (146. do 151. člen)

Ime in priimek: _____
Datum rojstva: _____
Naslov (sedanje bivališče): _____

Ali se zavarovavec sam hrani (nesposobnost za samostojno nabavo in pripravo hrane nista vzrok za pridobitev pravice do dodatka za pomoč in potrebo)? DA NE

Ali se zavarovavec sam oblači (čeprav s težavo in počasi)? DA NE

Ali se zavarovavec sam obuva? DA NE

Ali se zavarovavec sam sezuva? DA NE

Ali zavarovavec samostojno hodi oz. je samostojno pokreten s pomočjo ortopedskih pripomočkov (bergle, invalidski voziček ipd.)? DA NE

Ali zavarovavec sam skibi za osnovno higieno? DA NE

Ali je zavarovavec popolnoma slep (obvezen je izvid okulista)? DA NE

Ali je zavarovavec popolnoma nepokreten (paraliziran)? DA NE

Ali je zavarovancu zaradi psihične prizadetosti potrebna neogibna in stalna pomoč in stalno nadzorstvo drugih (obvezen je izvid psihiatra)? DA NE

Ali je zavarovancu poleg 24-urne pomoči svojcev oz. laičnega nadzora potrebna stalna strokovna nega (najmanj zdravstveni tehnik in od kdaj dalje)? DA NE

Od (mesec/leto) _____

Navedite, katere od v oklepaju navedenih storitev strokovne nege (nega dekubitusne rane; nega umetne telesne odprtine kot npr. trahoeo-, gastrosoma, anus preaternalis; nastavitve infuzije; aplikacija intravenske oz. intramuskularne medikamentozne terapije; odvzem krvi za laboratorijske preiskave; nastavitve

Ok. 202/2117 - VPRAŠALNIK ZA DODATEK ZA TUJO NEGO IN POMOČ

gastrične sonde; klizma; drugo) so zavarovancu potrebne in kolikokrat na dan/teden: _____

Navedite na kratko strokovno utemeljitev oz. diagnozo, zaradi katerih zavarovavec ni sposoben samostojno opravljati osnovnih življenjskih opravil: _____

Ali je zdravnik zavarovancu za izpolnitev vprašalnika osebno pregledal - na domu? DA NE

ambulant? DA NE

v DSO? DA NE

Datum: _____ Žig zdravstvene ustanove _____ Podpis lečečega zdravnika: _____
(žig)

Poročilo patronažne službe: _____

Podpis patronažne sestre: _____

Ok. 202/2117 - VPRAŠALNIK ZA DODATEK ZA TUJO NEGO IN POMOČ

NAPOTITVE K SPECIALISTU IN V BOLNIŠNICO

Igor Švab

Uvod

Zdravnik družinske medicine zmore sam oskrbeti večino težav, zaradi katerih iščejo pomoč njegovi varovanci. Le manjši del jih zaradi dragega in zahtevnega zdravljenja, posebnega znanja ali redke bolezni potrebuje pomoč zdravnika specialista (1). Z razvojem specialističnih strok, ki so vse bolj posegale na področje osnovne zdravstvene dejavnosti, so zlasti v 60. letih prejšnjega stoletja začeli razmišljati o tem, da bi službo zdravnika družinske medicine ukinili, njegovo dejavnost pa bi opravljale skupine dobro usposobljenih specialistov. Šele s krizo medicine v drugi polovici 20. stoletja je prišlo do ravnovesja med obema gledanjema na zdravljenje: celostnim, ki ga zagovarja družinska medicina, in specializiranim, usmerjenim v oboleli organ ali moteno funkcijo. Oba pogleda se dopolnjujeta in povezujeta. Pravočasno in pravilno pošiljanje bolnika v specialistično obravnavo je pomembna veščina zdravnika družinske medicine. Zaradi nepotrebne odlašanja lahko zamudimo čas za ustrezno zdravljenje, s prepogostim ali nepotrebim pošiljanjem bolnikov pa jih izpostavljam tveganju zaradi agresivne diagnostike in zdravljenja, bolnik postane zaskrbljen, po nepotrebem trošimo denar za zdravstvo in posredno povzročamo zastoje v specialistični oskrbi (2–5).

Pomen ustreznega sodelovanja med zdravnikom na osnovni in specialistični ravni je tako velik, da ga opredeljuje tudi strategija Zdravje za vse do leta 2000, ki poudarja, da naj bi imel vsak prebivalec pravico enake dostopnosti do kakovostne zdravstvene službe (6). Vsebuje ga tudi naša zakonodaja, ki pravi, da imajo bolniki pravico do posvetovanja z ustreznimi specialisti (7).

Napotitve in zdravstveni sistem

Razvoj specialistične dejavnosti v 50. in 60. letih prejšnjega stoletja je bil zelo močan, zato imamo danes na voljo vrsto specialističnih strok z velikimi možnostmi diagnostičnih in terapevtskih ukrepov. Vendar je razvoj kljub svojim nespornim prednostim prinesel tudi nove probleme. Sistem zdravstvenega varstva je postal vse bolj zapleten, drag in nepregleden. Kmalu je postalo jasno, da je treba sodelovanje med osnovno in specialistično ravni urediti tako, da bo kar se da racionalno. Večina držav v Evropi se je odločila za sistem, kjer je dostop do specialista na račun javnih sredstev možen le prek napotnice, ki jo izda zdravnik v osnovni zdravstveni dejavnosti. Novi sistem kljub svojim slabostim namreč omogoča pravičen dostop do specialista ter integracijo specialistične oskrbe na ravni družinskega zdravnika in razmejuje odgovornost družinskega zdravnika, specialista in bolnika. Obenem omogoča boljše kakovost oskrbe (8–11).

Slovenija je s svojim zdravstvenim sistemom sledila značilnostim večine evropskih držav. Tako je za naš sistem zdravstvenega varstva značilno, da je za veliko večino specialistov in vse neurgentne sprejeme v bolnišnico potrebna napotnica. Prost dostop do specialista je možen le, če bolnik pregled plača sam, nekateri pa so dostopni vselej (psihiater, okulist, ginekolog). Z napotnico lahko družinski zdravnik pooblasti specialista za enkratni pregled svojega bolnika ali za daljši čas (do največ enega leta). Takrat zdravnik specialist lahko tudi samostojno odloča o sprejemih v bolnišnico in nadaljnjih pregledih v okviru pooblastila.

Vrste napotitev

Po tipu delimo napotitve na **prve** in **ponovne**. Ponovne so tiste, pri katerih je bil bolnik zaradi istega problema že pregledan pri istem specialistu. Pomembna razlika med obema je, da družinski zdravnik vpliva predvsem na prvi pregled pri specialistu, manj pa na ponovnega, pri katerem ima pomembno vlogo zdravnik specialist, ki bolniku sam priporoči kontrolo (12). Večina napotitev v Sloveniji je ponovnih in marsikatera od njih je nepotrebna, saj bi nadzor nad zdravstvenim stanjem pogosto lahko prevzel družinski zdravnik sam ob ustreznih navodilih.

Napotitve delimo tudi na **neposredne** (direktne) in **posredne** (indirektne). Neposredne so tiste, pri katerih je zdravnik iz osnovne zdravstvene dejavnosti poslal bolnika k specialistu, posredne pa tiste, ko en specialist pošlje bolnika k drugemu specialistu (npr. iz sekundarne v terciarno ustanovo).

Po nujnosti ločimo napotitve na **rutinske** in **nujne**. Večina jih je rutinskih (več kot 70 %), po čemer je Slovenija v evropskem vrhu (13).

Posebna težava pri napotitvah je prisilno bolnišnično zdravljenje duševnega bolnika (14). Po veljavni zakonodaji je mogoče tudi brez bolnikove privolitve, če zaradi duševne bolezni ogroža sebe ali druge ali povzroča hudo škodo. To nalaga družinskemu zdravniku posebno odgovornost, ki je ne more prenašati na druge, še najmanj na bolnikove svojce. Zdravnik je sicer dolžan storiti vse, da bi dosegel bolnikovo privolitve; če pa to ni mogoče, mora ravnati v skladu s svojimi strokovnimi ugotovitvami. Enako odgovoren je za odločitev, kadar pošlje bolnika v psihiatrično bolnišnico brez njegove privolitve, ali ko brez njegove privolitve tega ne bo storil. Napotitev bolnika brez njegove privolitve pomeni vedno hudo etično dilemo.

Vplivi na napotitve

Na napotitve vplivajo številni dejavniki. Na bolnikovi strani so to predvsem resnost njegove bolezni, njegova želja po specialistični oskrbi, zaupanje v zdravnika, spol, starost in izobrazba. Dejavniki na zdravnikovi strani so njegovo znanje in opremljenost ter oddaljenost od specialistične ustanove (15). Znano je tudi, da izkušeni zdravniki, ki so sposobni tolerirati negotovost, pošiljajo k specialistu manj svojih bolnikov (16). Tudi zdravniki, ki se svojemu delu bolj posvečajo in ga kritično ocenjujejo, redkeje napotijo svoje bolnike k specialistu (17). Zdravstveni sistem s svojim načinom plačevanja storitev pomembno vpliva na pogostnost specialističnih pregledov in napotitev.

Zdravstvena statistika rutinsko spremlja število napotitev, ki je že dolga leta ustaljeno in znaša približno 8 %. V Sloveniji smo doslej naredili tudi tri raziskave s področja napotitev (12, 13, 18), ki so vse pokazale velike razlike med zdravniki. Rezultati teh raziskav in podatkov zdravstvene statistike kažejo nekatere značilnosti napotitev v Sloveniji. Odstotek napotitev je v primerjavi z drugimi evropskimi državami sorazmerno velik. Prevladujejo ponovne napotitve, večina pa je rutinskih in nanje bolniki nimajo vpliva. Med najpogostnejšimi diagnozami, zaradi katerih usmerijo bolnike v specialistično obravnavo, prevladujejo poškodbe ter bolezni kosti in gibal. Analize so pokazale, da se podatki med zdravniki v osnovni zdravstveni dejavnost in specialističnimi ustanovami hitro izmenjujejo (13), vprašanje pa je, kolikšna je njihova učinkovitost. Kaže, da je ravno kakovost napotitev v Sloveniji majhna, saj je naša študija ugotovila, da je npr. samo polovica napotnic berljivih, ter da pri kar 67 % napotitev obstajajo znaki slabe komunikacije med zdravnikom specialistom in zdravnikom osnovne zdravstvene dejavnosti (19).

Razlike med zdravniki in kakovost zdravnikovega dela

Poseben problem je velika variabilnost med zdravniki glede na napotitve. Tako je Fleming s sodelavci prvi ugotovil tovrstne velike razlike, saj je našel 1,6-kratni raz-

pon v odstotku napotitev med 80. in 20. centilom rangiranih zdravnikov (20, 21). Ratkajec je na primeru enega zdravstvenega doma ugotovil, da posamezni zdravniki napotijo k specialistom povprečno od 5,6 do 9,3 % vseh obravnavanih bolnikov (18).

Avtorji, ki se ukvarjajo z izdelavo meril za kakovost zdravnikovega dela, se strinjajo, da je odstotek bolnikov, ki jih zdravnik družinske medicine pošlje k specialistu, eden od kazalcev uspešnosti njegovega dela (22–24). Težavo pri ocenjevanju primernosti pa vnaša dejstvo, da samo odstotek napoteni bolnikov ni primeren kazalec za vrednotenje kakovosti zdravnikovega dela. Zaradi tega obstajajo le zelo ohlapna priporočila, da naj bi bila zgornja meja napotitev 10 % in spodnja 2 %. Zdravnik, ki pošilja k specialistu pogosteje od zgornje ali redkeje od spodnje meje, bi to moral znati utemeljiti (25). Pri nas veljajo nekoliko drugačne omejitve, ki jih Košir postavlja med 5 in 15 %, kar odseva višjo raven napotovanj v Sloveniji (14).

Pomembnejša od odstotka je vsebina napotitve. Napotnica ni in ne sme biti zgolj priloga k računu za opravljeno delo v specialistični ambulanti ali bolnišnici, ampak je predvsem pisni dokument, s katerim se zdravnik obrača na drugega zdravnika. Zato mora biti napisana čitljivo, z navedbo pomembnih podatkov o bolniku. Vsebovati mora ugotovitve lečečega zdravnika pred napotitvijo, zbrane poprejšnje izvide in ambulantno zdravljenje. Vljudnost pri pošiljanju bolnika k drugemu zdravniku kaže na kulturo medčloveških odnosov.

Ob vsaki napotitvi je treba pojasniti naslednja vprašanja (26):

- Bolniku moramo razložiti, zakaj ga pošiljamo na specialistični pregled.

Prepogosto se dogaja, da bolnik ne razume, zakaj potrebuje pregled pri specialistu. Razlaga je zlasti pomembna, ko ga pošiljamo na agresivno diagnostično obravnavo, ali kadar bolniku diagnoza ni povsem jasna. Bolniku je treba tudi povedati, kakšne rezultate pričakujemo od pregleda, in po možnosti, kakšni so načrti za naprej.

- Bolniku je treba pojasniti, ali ga predajamo v dolgotrajno oskrbo, ali pa ga pošiljamo na en sam pregled.

Pooblastilo konzultantu je pomembno tudi za našega bolnika. Če je predviden prenos zdravstvene oskrbe, bo z njim bolnik vzpostavil povsem drugačen odnos, kot kadar konzultant izreče samo enkratno mnenje.

- Specialistu konzultantu je treba zastaviti jasno vprašanje, kaj pričakujemo od njega.

Sama diagnoza na napotnici (zlasti na prvi) specialistu ne pove veliko. Mnogo bolje je jasno oblikovati vprašanje, na katerega naj specialist odgovori, četudi odraža naše neznanje. (Npr.: Bolnika že dva meseca zdravim zaradi arterijske hipertenzije. Krvni tlak je še vedno visok. Kakšno zdravljenje oz. ukrepe svetujete?)

- Napotnico moramo opremiti z ustreznimi podatki o dosedanjih boleznih in opravljenih pregledih.

Specialist zaradi epizodne narave svojega zdravljenja seveda ne more biti natančno seznanjen z bolnikom in njegovimi boleznimi. Tudi jemanje celotne poglobljene internistične anamneze ni zadostno nadomestilo za vse informacije, ki smo jih mi o našem bolniku zbirali več let skupnega sodelovanja. Zlasti pomembni so izvidi morebitnih dotlej opravljenih pregledov, ki jih je najbolje priložiti ali na kratko strniti. Zanašati se na bolnika, da bo pravilno povzel vse specialistične izvide, največkrat ni smiselno.

- Na ponovnih napotnicah je treba omeniti, kako je bolnik v tem času napredoval.

Kadar je bolnik naročen na kontrolni pregled, je pametno omeniti, kaj se je z njim dogajalo v času od zadnjega pregleda (npr. morebitni zapleti zdravljenja, vrednosti, izmerjene v ambulanti).

Na osnovi tujih analiz je napotnic, ki bi ustrezale vsem naštetim strokovnim kriterijem, žal izredno malo (27). Zdravniki se bolj podrejajo administrativnim kot pa strokovnim zahtevam po ustrezni napotnici. Prihodnost bo izboljšala povezovalne možnosti med zdravnikom v osnovni in specialistični dejavnosti, od katerih nekatere že uvajamo: telefon, elektronsko pošto, internet in videopovezave s specialistično službo (28–30).

Literatura:

1. Anon. Specialisation, centralised treatment, and patient care. *Lancet* 1995; 345: 1251–2.
2. German K, Nuwahid F, Matthews P, Stephenson T. Dangers of long waiting times for outpatient appointments at a urology clinic. *BMJ* 1993; 306:429.
3. Anon. Wide variations in hospital waiting times and lists. *BMJ* 1985; 290: 577–8.
4. Golding J. Waiting time for urgent appointments. *BMJ* 1987; 294: 370.
5. Waiting times for diagnosis and treatment: DHSS initiative. *BMJ*, 1986; 292: 1154.
6. Targets for health for all. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 1985: 1–202.
7. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list Republike Slovenije, 1992; 2: 577–90.
8. Westin S, Johnsen R. List-based systems and gatekeeping on the international agenda. *European J Gen Pract*, 1998; 4: 53–4.
9. Olesen F, Fleming D. Patient registration and controlled access to secondary care. *European Journal of General Practice*, 1998; 4: 81–3;
10. Halm EA, Causino N, Blumenthal D. Is gatekeeping better than traditional care? *JAMA* 1997; 278(20): 1677–81.
11. Taylor TR. Pity the poor gatekeeper: a transatlantic perspective on cost containment in clinical practice. *BMJ* 1989; 299: 1323–5.
12. Voljč B. Analiza specialističnih pregledov zavarovancev občinske zdravstvene skupnosti Ribnica s predlogi za cenejšo doktrino. Magistrska naloga. Medicinska fakulteta Univerze v Zagrebu, Škola narodnog zdravlja »Andrija Štampar«, 1981; 1–75.
13. Švab I. Multivariatna analiza vzrokov napotitev iz splošnih ambulant. Doktorska disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1993, 1–91.
14. Košir T. Napotitve bolnikov k drugim zdravnikom. V: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F eds. Splošna medicina Ljubljana: Sekcija splošne medicine Zveze zdravniških društev – SZD, 1992; 188–192.
15. Hemenay D. Testing for physician – induced demand with hypothetical cases. *Med Care*, 1985; 23: 344–9.
16. Grol R, Whitfield M, DeMaessener J, Mokkink H. Attitudes to risk taking in medical decision making among British, Dutch and Belgian general practitioners. *Br J Gen Pract*, 1990; 40: 134–6.
17. Roland M, Grimshaw J, Grol R, Shanks D, Johnson A, Russell I, Taylor R. Do general practitioner attitudes and characteristics of their practices explain patterns of specialist referral? *Eur J Gen Pract* 1997; 3: 143–7.
18. Ratkajec I. Napotitve pacientov na specialistične preglede in bolnišnično zdravljenje v okviru integriranega zdravstvenega varstva v občinah Šentjur in Šmarje. Magistrska naloga. Zagreb: Medicinska fakulteta, 1979.
19. Govc Eržen J. Sporazumevanje med zdravniki v osnovni in specialistični dejavnosti. *Zdrav Var* 1994; 33: 9–12.
20. Crombie DL, Fleming DM. Practice activity analysis. *J R Coll Gen Pract*, 1988; Occasional paper 41, 1–47.
21. Crombie DL, Fleming DM. Comparison of Second national morbidity study and General household survey, 1970–71. *Health Trends* 1986; 18: 158.
22. Sheldon MG. Medical audit in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1988, Occasional paper 20, 1–21.
23. Difford F. Defining essential data for audit in general practice. *Br Med J*, 1990; 300: 92–4.
24. Penney TM. Delayed communication between hospitals and general practitioners: where does the problem lie? *Br Med J* 1988; 297: 28–9.
25. Fleming DM. The European Study of Referrals from Primary to Secondary Care. London; The Royal college of general practitioners Occasional paper 56, 1992.

26. Jacques LB. Family practice in an era of rapid change. V: Sloane PD, Slatt LM, Curtis P, Ebell MH, eds. Essentials of family medicine. Baltimore: Williams and Wilkins, 1998, 70.
27. Newton J, Hutchinson A, Hayes V, McColl E, Mackee I, Holland C. Do clinicians tell each other enough? An analysis of referral communications in two specialties. *Fam Pract*, 1994; 11: 15–20.
28. Grundmeijer H. General practitioner and specialist: why do they communicate so badly? *Eur J Gen Pract* 1996; 2: 53–4;
29. Manian FA, Janssen DA. Curbside consultations. *JAMA* 1996; 275: 145–7.
30. Kersnik J, Berčič B, Rems M. Elektronska izmenjava medicinskih podatkov med primarno in sekundarno ravni v okviru elektronskega regijskega omrežja *Zdrav Vestn* 1999; 68: 503–505.

ZDRAVNIKOVO DELO V DOMU STAREJŠIH OBČANOV

Marko Kolšek, Vincenc Logar

Uvod

Domovi starejših občanov (DSO) so formalno socialni zavodi, vendar že dlje časa vse bolj postajajo zdravstvenosocialni zavodi, saj se s strukturo oskrbovancev počasi približujejo nekakšni zdravstvenonegovalni ustanovi. Velika večina ljudi je vanje sprejeta v poznejšem življenjskem obdobju, mnogi ne več zdravi, pa tudi če so bili sprejeti v zavod še sorazmerno zdravi, pogosto sčasoma zbolijo. Potrebni so oskrbe, nege in zdravstvene pomoči – še posebej, če so bili vanje premeščeni iz bolnišnic. Takšnih je vse več (1, 2), v nekaterih DSO presegajo 50 % novosprejetih oskrbovancev (med njimi so npr. bolniki po možganski kapi, hujših kraniocerebralnih poškodbah, starejši kronični psihiatrični bolniki, bolniki s hudimi posledicami po raznih kroničnih boleznih ipd.).

Sedanje zdravstveno stanje oskrbovancev v DSO je zato popolnoma drugačno, kot so si predstavljali načrtovalci socialnega varstva pred leti. Takrat je bilo temeljno načelo, da bi vanje sprejemali predvsem zdrave starostnike, ki bi tam skupaj s sebi enakimi preživljali tretje življenjsko obdobje. Skrb za hrano, stanovanje in druge osnovne potrebe naj bi prepustili osebju v domu, sami pa bi se posvetili predvsem dejavnostim, ki bi jih zanimale. S tega stališča so takratne domove oblikovali tudi organizacijsko, z upoštevanjem kadrovske zasedbe, funkcionalne izrabe prostora, opreme in storitvenih dejavnosti (2). Toda predvidevanja načrtovalcev je čas postavil na glavo – tako glede na oskrbovance kot vsebino dela zdravnika in osebja v domovih.

Danes velja, da bi duševno in telesno zdrav človek moral živeti v svojem okolju. Sprejem v socialni zavod je primeren predvsem, kadar ni druge možnosti, da bi bolnik živel doma, vendar ne sodi v bolnišnico (3). Vse druge oblike pomoči ljudem, ki so potrebni laične in medicinske nege (npr. pomoč na domu, oskrba v družini, dnevna oskrba v DSO, sosedska pomoč), so po človeški in ekonomski plati mnogo ustrežnejše kot oskrba v socialnem zavodu (4, 5, 6). To seveda ne velja absolutno, saj ni tako redko, da se za preselitev v DSO odloči sorazmerno zdrav človek, ki je doma osamljen in nima predsodkov pred domsko oskrbo (7). Nekateri pa nimajo drugih možnosti za bivanje, zato jim Center za socialno delo uredi namestitve v DSO.

V Sloveniji imamo danes 60 domov starejših občanov; skoraj v vsakem večjem mestu je vsaj eden. Družinski zdravnik se neizogibno sreča s problematiko teh ustanov. Če sam ne dela kot domski zdravnik, ga v odsotnosti njihovega zdravnika občasno pokličejo na obisk; včasih se mora s svojimi bolniki pogovoriti o morebitnem odhodu v dom in zanje napisati ustrezno strokovno mnenje, neredko se mora o domu pogovarjati s svojci bolnikov. Zato mora vsaj okvirno poznati tudi delo domskega zdravnika in organizacijo življenja v ustanovi.

Zdravnikovo delo v domu starejših občanov

Za delo v domu je potreben stalen zdravnik s specializacijo iz družinske medicine; po možnosti naj bi imel tudi že nekaj praktičnih izkušenj. Zdravnik naj bi delal v domu praviloma vsak dan (5) v primerno urejeni in opremljeni ambulanti. Imeti mora veliko znanja iz vodenja kroničnih bolnikov – internističnih, kirurških, nevroloških, psihiatričnih in genetičnih (2, 5). Za ponazoritev tega dela je primeren citat, izrečen na enem od posvetov zdravnikov, ki delajo v domovih (1): »Zdravnik v domu mora

biti v eni osebi vsestranski konzilij ob vsakem kroničnem polimorbidnem bolniku posebej. Obenem mora tudi nositi moralno in materialno odgovornost celotnega konzilija. Odgovornost je neposredna in je ni mogoče prelagati na kogar koli drugega. « Za dobro strokovno delo so nepogrešljive tudi medicinske sestre, zdravstveni tehniki in drugo negovalno osebje, ki dela v DSO.

Dom mora imeti dobro opremljen in voden depo peroralnih in parenteralnih zdravil (za akutne in kronične bolezni) ter stalno zalogo medicinskih pripomočkov (infuzijske sisteme, nazogastične sonde, urinske katetre za enkratno in kronično uporabo, inhalatorje, aspiratorje, kisikove bombe, opornice, instrumentarij, reanimacijski kovček itd).

Metode dela

V ambulantah družinske medicine ponavadi bolniki pridejo k svojemu osebному zdravniku, ki jih včasih obiše tudi na njihovem domu, v DSO pa je ravno obratno. Večina zdravnikovega dela v domu je ob bolniški postelji (2), se pravi, da zdravnik obiše bolnika v njegovem bivalnem okolju, kar je nekakšen hišni obisk. Mnogi oskrbovanci so tako bolni, da so odvisni od tuje nege in pomoči. Nekateri ne zmorejo na pregled le, kadar se jim poslabša kronična bolezen ali ko nanovo zbolijo; takrat jih zdravnik obiše kar v njihovi sobi. Delo ponavadi obsega poglobljeno vsestransko obravnavo bolnika, neredko zahtevno zdravljenje in vsakodnevno spremljanje tako akutno kot kronično bolnih, med drugim tudi opravljanje zahtevnejših medicinskih storitev, od katerih nekatere sodijo že na področje bolnišnične dejavnosti.

Potrebni čas za pregled v postelji je ponavadi bistveno daljši od bolnikovega obiska v ambulanti. Ker je mnogo bolnikov duševno tako spremenjenih, da je njihovo opisovanje težav (avtoanamneza) nezanesljivo ali sploh ni možno (npr. bolniki z demenco ali stanjem po hujših poškodbah glave), je zdravnik vezan na opis težav (heteroanamnezo) in osnovne objektivne podatke, ki jih sporočijo medicinska sestra, zdravstveni tehnik, fizioterapevt, včasih tudi negovalka, če je bila prisotna ob nenadni spremembi zdravstvenega stanja (npr. kakšen je bil mehanizem poškodbe, ali je šlo za aspiracijo hrane ali tekočine, kako je potekal epileptični napad, kolaps, kakšno je bilo stanje možganske kapi na začetku itd.). Poleg tega so pri starejših klinični znaki, ki so značilni za določeno bolezen pri mlajših bolnikih, pogosto netipični ali pa jih sploh ni. Tako npr. lahko kakršen koli infekt poteka brez povišane telesne temperature, pa tudi laboratorijski izvidi velikokrat pokažejo vnetje pozneje kot pri mlajših. Včasih je edini klinični znak akutnega infekta lahko samo sprememba razpoloženja, duševnega stanja ali zavesti. Zato je potreben vesten in natančen opazovalec, ki bolnika dobro pozna in ga skrbno opazuje. V DSO so to ponavadi medicinska sestra, zdravstveni tehnik, delovni terapevt ali fizioterapevt. Iz tega sledi, da je delo zdravnika v DSO izrazito skupinsko, saj so diagnostični (in seveda terapevtski) postopki brez strokovnih sodelavcev zelo oteženi. Pri diagnostičnih in terapevtskih ukrepih mora zdravnik upoštevati stanje starejšega kroničnega bolnika, ki pogosto omejuje možno izbiro obravnave (npr. omejena sposobnost za preiskave, otežene napotitve na konziliarne preglede, večje število spremljajočih bolezni in s tem nevarnost polipragmazije, omejene možnosti rehabilitacije ipd.). Mnoge bolnike je treba pregledati vsak dan in spremljati potek bolezni in zdravljenja, hkrati pa mnogim oskrbovancem prav redna prisotnost njihovega zdravnika daje občutek varnosti, da bodo dobili pomoč, če jo bodo potrebovali.

Zaradi bolnikov, ki so delno ali popolnoma nepomičnim, mora zdravnik redno sodelovati z drugim strokovnim osebjem tudi pri preprečevanju in blaženju različnih zapletov, kot so infekcije, preležanine, kontrakture, duševne motnje. Sodelovanje je potrebno še pri odločanju za diagnostične postopke ter negovalne in terapevtske ukrepe (npr. odločitev za uvedbo nazogastične sonde, morebitna vstavitev urinskega katetra pri hudi inkontinenci ipd.). Kljub vsemu je odgovornost za diagnostične in terapevtske odločitve zdravnikova pristojnost.

Racionalna farmakoterapija je eden večjih problemov pri starejših bolnikih v domu. Po eni strani oskrbovanci pogosto bolj potrebujejo pogovor in razumevanje kot zdravila, po drugi strani pa imajo v povprečju od 5 do 6 kroničnih bolezni in uživajo 6 do 7 različnih zdravil, ki se jim pridružijo še zdravila za zdravljenje akutnih bolezni (1). Verjetno nihče ne ve natančno, kakšna medsebojna delovanja se lahko razvijajo med toliko različnimi kemičnimi snovmi v telesu. Pri nas še ni bila opravljena raziskava, ki bi ugotovila, kolikšen delež v zbolevanju in tudi umiranju oskrbovancev bi lahko pripisali prav stranskim učinkom in neustreznim kombinacijam zdravil. V Ameriki so ugotovili nevarnejše stranske učinke zdravil pri 10 do 20 % bolnišničnih bolnikov, toda ocene o številu smrti zaradi tega vzroka še niso izdelane (8). Podatki povedo, kako zelo pomembno je dnevno, tedensko in mesečno preverjanje ustreznosti zdravljenja za vsakega bolnika. Ob tem je spremljanje pravilnega in rednega jemanja v domu bistveno lažje kot pri bolnikih, ki živijo v svojih družinah ali celo sami (9), saj večini oskrbovancem zdravila dnevno delijo domske medicinske sestre oz. zdravstveni tehniki. Tudi spremljanje morebitnih stranskih učinkov zdravil je lažje, saj je strokovno osebje stalno prisotno. V DSO uporabljajo zdravila za parenteralno uporabo veliko pogosteje kot v ambulanti družinskega zdravnika, in sicer zaradi slabše absorpcije zdravil iz prebavil, pogostejšega bruhanja ali driske po peroralnem jemanju, oteženega požiranja ipd. Neredko so ta zdravila dražja od tistih na recept in pomenijo večji materialni strošek za zdravstveni dom ali zdravnika zasebnika. Vendar je strošek za Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) še vedno neprimerno manjši, kot če bi takega bolnika zdravili v bolnišnici.

Spremljanje umirajočega bolnika

Umiranje bolnikov pomeni posebno psihično obremenitev za zdravnika in osebje v domu, ki ima vsakodnevni neposredni stik z umirajočim. Vse manj bolnikov umira v domačem okolju. Medicina je naredila umiranje in smrt za nekaj nenaravnega – za poraz znanosti proti boleznim, zato je postalo institucionalno, to se pravi, da poteka v določenih ustanovah pod nadzorom stroke. Zdravnik na terenu se tako vse bolj poredko sreča s procesom umiranja, v DSO pa pogosto, saj je priliv bolnikov v terminalnem stanju iz bolnišnic vedno večji. Svojci skrb za umirajočega najraje preložijo na ramena zdravnika in drugega zdravstvenega osebja (1), s čimer razbremenijo sebe – kot da bi bilo umiranje z zdravniško pomočjo kaj lažje. Zdravnik lahko s svojimi ukrepi in prisotnostjo lajša določene pojave, ki spremljajo umiranje, npr. bolečino, strah, težko dihanje, dušenje, na sam proces pa ne more bistveno vplivati (10). Prav in bolj človeško bi bilo, da bi imel bolnik ob smrti ob sebi svojce, ne pa samo strokovnjake.

Administrativno delo zdravnika v DSO

Poleg dela z ljudmi (z oskrbovanci doma, njihovimi svojci, osebjem v DSO, specialisti drugih medicinskih strok) se zdravnik v DSO sooča tudi z obsežnim administrativnim delom, ki je večinoma podobno kot v redni ambulanti in na hišnih obiskih. Zajema zapisovanje vseh opažanj in storitev v zdravstveni karton, pisanje receptov, napotnic in različnih potrdil – predvsem za svojce. Napisati je treba bistveno več predlogov za dodelitev dodatka za tujo nego in pomoč, in sicer za vsakega oskrbovanca vsaj enkrat ali dvakrat. Specifično opravilo je kategorizacija vseh bolnikov v različne stopnje zahtevnosti zdravstvene nege, kar zahteva ZZZS. Ta zahteva ZZZS je nekoliko sporna, saj je zdravstvena nega delo medicinskih sester, ki so najbolj natančno seznanjene z obsegom in zahtevnostjo nege za vsakega oskrbovanca posebej. Zdravnik ne more točno vedeti, kaj se dogaja z vsakim bolnikom vsak dan, ker nege ne izvaja on.

Zunanji sodelavci

Poleg sodelavcev v DSO ima zdravnik lahko tudi druge strokovnjake za pomoč. V mnoge domove občasno hodijo konziliarno nekateri specialisti drugih strok – predvsem fiziatri ali psihiatri ali oboji (3), drugi le v nekatere domove. Katerega oskrbovanca bo pregledal zunanji sodelavec, praviloma odloča domski zdravnik, včasih pa tudi medicinske sestre ali fizioterapevti v dogovoru z zdravnikom. V ta namen je treba pripraviti ustrezno dokumentacijo, sodelovati pri pregledu in predlagani terapiji in dajati vse strokovne podatke, ki so pomembni za diagnozo in zdravljenje. Konziliarni specialist lahko predlaga diagnostične in terapevtske postopke, medtem ko domski zdravnik odloča, kaj od predlaganega je za bolnika uresničljivo in izvedljivo. V tej vlogi je nekakšen sobni zdravnik in so drugi strokovnjaki njegovi konzultanti. Njihovo mnenje lahko upošteva ali pa ne.

Oskrbovančevi svojci

Delo z oskrbovančevimi svojci vzame zdravniku pogosto zelo veliko časa in je včasih precej naporno. Svojci neredko potrebujejo pomoč, saj so lahko prizadeti na različne načine, ko pripeljejo svojega bližnjega v domsko varstvo. Večinoma imajo slabo vest, ki si jo lajšajo na različne načine. Težko priznajo sebi in drugim, da ne zmorejo sami negovati bolnega svojca v domačem okolju zaradi težavnosti njegove bolezni, ali pa bi nega zahtevala preveliko spremembo življenja (npr. odpovedati se svoji redni zaposlitvi). Včasih se temu pridruži razočaranje, ki je posledica razlike med pričakovanji in dejanskim življenjem v DSO, kjer so možnosti tako ali drugače omejene. Takšno razočaranje se lahko kaže z nemogočimi zahtevami, ki so realno neuresničljive ne samo v domskem varstvu, temveč tudi v bolnišnici (samo da se tam ponavadi ne pritožujejo). Nerealna pričakovanja se lahko nanašajo na vse in vsakogar, ki vstopa v proces zdravljenja, nege in oskrbe. Tak odnos do delavcev v DSO se večinoma umiri po nekaj mesecih, niso pa redki primeri, ko napetost ostane do oskrbovančeve smrti.

Literatura:

1. Logar V. Vloga, pomen in obseg dela zdravstvene službe v domovih za starejše občane. V: Pentek M. (ed) Zdravo staranje / 1. nacionalna konferenca o promociji zdravja v Sloveniji, 29.–30. marec 1995. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije in Inštitut za varovanje zdravja RS, 1995: 70–8.
2. Grecs I. Značilnosti populacije Doma starejših občanov Bežigrad od 1977–1987. Zdrav Var 1991; 30: 75–8.
3. Kostnapfel J. Razmišljanje o oskrbovancih doma upokojencev. Zdrav Obzor 1986; 20: 221–4.
4. Hojnik-Zupanc I. Star človek in družina. V: Pentek M. (ed) Zdravo staranje / 1. nacionalna konferenca o promociji zdravja v Sloveniji, 29.–30. marec 1995. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije in Inštitut za varovanje zdravja RS, 1995: 87–98.
5. Košir T. Organizacija zdravstvenega varstva starih. Zdrav Var 1997; 36: 293–6.
6. Mencej M. Slovenska gerontologija včeraj in danes – kaj pa jutri? Zdrav Var 1998; 37: 57–60.
7. Eržen N. Socialno stanje in psihofizično počutje varovancev v domovih starejših občanov. Zdrav Var 1991; 30: 279–81.
8. Lage GL. Drug toxicity. V: Berkow R, Fletcher AJ. (eds) The Merck manual of diagnosis and therapy. Rahway NJ: Merck research laboratories, 1992: 2640–5.
9. Pentek M. Starejši človek v domačem okolju in zdravstveno osebje na terenu. V: Pentek M. (ed) Zdravo staranje / 1. nacionalna konferenca o promociji zdravja v Sloveniji, 29.–30. marec 1995. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije in Inštitut za varovanje zdravja RS, 1995: 61–9.
10. Klevišar M. Spremljanje umirajočih. Ljubljana: Družina, 1996.

OSKRBA BOLNIKOV ZUNAJ REDNEGA DELOVNEGA ČASA

Janko Kersnik

Zdravstvene težave se pojavljajo ves dan in vse dni v letu. Bolniki jih imajo praviloma možnost reševati pri svojem osebnem zdravniku družinske medicine v njegovem delovnem času. Nekatere zdravstvene težave pa so tako pomembne ali hude, da bolniki ne morejo do svojega zdravnika oziroma ne morejo čakati toliko časa, da bi bil ta dosegljiv. Bolnik ima pravico ob pojavu težav, ki jih dojema kot nujne, poiskati zdravniško pomoč pri katerem koli zdravniku družinske medicine. Sistem zdravstvenega varstva zato vsem državljanom zagotavlja 24-urno dostopnost nujnih zdravstvenih storitev.

Tovrstna preskrbljenost ljudi z zdravstveno oskrbo je v Sloveniji zagotovljena na dva načina:

Dostopnost med rednim delovnim časom

Vsak zdravnik, h kateremu se zateče bolnik po pomoč, je dolžan nuditi nujno zdravniško pomoč. V rednem delovnem času se zdravniki praviloma organizirajo na tak način, da sestavijo seznam zdravnikov, ki so v določenem času odgovorni za oskrbo takih bolnikov. Bolnika, ki pride v zdravstveno ustanovo, v kateri nima svojega izbranega zdravnika, oziroma njegov zdravnik v tistem času ne dela, v sprejemni pisarni preusmerijo k drugemu. Tak odgovorni zdravnik opravlja tudi nujne hišne obiske in praviloma sodeluje v ekipi nujne medicinske pomoči.

Organizacija dela je pogosto odvisna od velikosti zdravstvene ustanove. Medtem ko se v večjih odločajo za posebno službo, ki zagotavlja nujno zdravniško in nujno medicinsko pomoč, se v manjših naloge pogosto prepletajo. Zdravnikom v manjših ustanovah tak način organizacije praviloma povzroča precej nevšečnosti, saj nepredvidljivost in časovna zamudnost obravnave nujnih primerov močno moti delovni ritem. Ker je zagotavljanje nujne zdravniške oskrbe po pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja del običajnih obveznosti, ustanova za te naloge ne prejema dodatnih sredstev.

Dostopnost zunaj rednega delovnega časa

V svetu grede bolniki v nujnih primerih takoj v bolnišnico ali zanje poskrbi ločena nujna medicinska služba, ki jih prepelje v bolnišnico, kjer jih pregleda internist ali kirurg. Zdravnik družinske medicine je na voljo le svojim opredeljenim bolnikom, ki jih zunaj svojega rednega delovnega časa obišče na domu, ali pa jim svetuje obisk urgentne ambulante v bolnišnici.

V Sloveniji dobijo bolniki nujno zdravniško pomoč zunaj rednega delovnega časa v dežurni službi, ki jo organizira mreža več kot 60 zdravstvenih ustanov osnovnega zdravstva. Izvajajo jo zdravniki družinske medicine v sodelovanju z drugimi strokami, praviloma v zdravstvenih domovih, ki pokrivajo od 15 do 300.000 prebivalcev. Poleg časovne dostopnosti je zagotovljena tudi prostorska dosegljivost, da bolnikom v nujnem primeru ni treba potovati predaleč do najbližjega zdravnika.

Normativi za številčnost dežurne ekipe so določeni po številu prebivalcev, ki jih pokriva določena dežurna služba, organizirana ponoči, ob nedeljah in praznikih. Razmejitev med rednim delovnim časom in dežurno službo je določena z dogovorom med izvajalci in plačnikom. V dežurno službo so se dolžni vključiti vsi zdravniki, ki vpisujejo bolnike, drugi pa po želji.

Bolnik se po pomoč lahko obrne na najbližjo ustanovo, ki ima organizirano dežurno

službo – ne glede na to, ali njegov osebni zdravnik sodeluje v njej. Če zaradi zdravstvenih razlogov sam ne more priti do dežurne ambulante, opravi nujni hišni obisk zdravnik; ali pa na terenu ukrepa ekipa nujne medicinske pomoči.

Dežurna služba je poseben delovni pogojev delovnega mesta, ko mora biti zdravnik prisoten v zavodu, da lahko opravlja zdravniške storitve. Zdravnik se iz zavoda, kjer opravlja dežurno službo, oddalji le v primeru, ko izvaja zdravniške in zdravstvene storitve, povezane z nalogami dežurne službe, npr. intervencije nujne medicinske pomoči in (nujne) hišne obiske.

Obravnava bolnikov v dežurni službi

V času dežurstva se zdravnik družinske medicine srečuje z drugačno populacijo bolnikov kot v svoji ambulanti. Večine bolnikov ne pozna, drugačna je tudi pogostnost vzrokov, zaradi katerih iščejo pomoč v dežurni službi. Prevladujejo akutne bolezni, med bolniki je več otrok, več poškodovancev in pogostejša so nujna stanja. V dežurno ambulanto pridejo predvsem bolniki, ki so obupali nad svojim stanjem in ne morejo čakati svojega zdravnika. Bolniki, ki prihajajo v dežurne ambulante, so praviloma tudi bolj zaskrbljeni, svoje znake opisujejo in sprejemajo bolj dramatično. Njihovo stanje je navadno nekoliko slabše in klic po pomoči je izrazitejši.

Marsikatera prednost družinske medicine se v okolju dežurne ambulante zato izgubi. Ne moremo govoriti o stalnosti, povezanosti in posebnem odnosu med zdravnikom in bolnikom, ki so temelj dela v družinski medicini. Zdravnik je pod stalnim pritiskom nujnih primerov, odgovornosti za precej večje območje in število prebivalcev. Bolniki praviloma pričakujejo najboljše možne ukrepe, pogosto niso pripravljeni sprejeti odložene obravnave, so bolj nezaupljivi in neredko »napadalnejši«
glede napotitve v bolnišnico. Našteto znižuje prag za napotitve k specialistom in v bolnišnico, hkrati pa zdravnik bolniku ne more nuditi take kakovosti, kot bi je bil zaradi stalnosti deležen pri svojem zdravniku. Obenem zdravnikovo delo »ocenjujejo«
zdravniki v bolnišnici, kamor je napoten del bolnikov, in se jim zdi marsikatera napotitev nepotrebna.

Poseben problem pomenijo panični napadi, ker jih zaradi opisanih okoliščin dela v dežurni službi zlahka obravnavamo kot ogrožajočo telesno bolezen. Telesne znake duševnih motenj pogosto zamenjujemo za resno telesno bolezen in tako tudi ukrepamo. Duševne motnje v dežurni službi niso nič bolj pogoste kot v normalnem delovnem času, le čas in okoliščine otežijo njihovo reševanje.

Primer: Ob 0,30 kliče mladoletni sin, da ima oče srčni napad in se zvija po postelji ter prosi za hišni obisk. Zdravnik prosi, naj da telefon očetu. Oče pove, da nima nobenih bolečin v prsih in da je star 42 let. Dežurni zdravnik se ne odloči za intervencijo ekipe nujne medicinske službe, ker domneva, da gre za panični napad, in se takoj odpravi na hišni obisk. Na kavču v kuhinji neprizadet leži bolnik, sin hodi gor in dol in jadikuje, žena otopelo sedi pri mizi. Bolnik razloži, da je sicer še hudo, vendar je svojo silo že sprostil z udarcem ob zid. Pove tudi, da ima take napade pogosto, da se mu to praviloma dogaja ponoči, in da je bil pred dvema letoma zaradi takega napada napoten v bolnišnico, kjer so ugotovili, da mu »ni nič«. Zdravnik oceni, da gre res za panični napad. Bolnika pregleda: izmeri tlak, utrip, potipa trebuh, posluša pljuča, pogleda zenici, preveri meningealne znake, da bi izključil najpogostnejše možne probleme. Bolniku da vedeti, da ga jemlje resno. Vsi prisotni menijo, da gre za neznano resno bolezen, vendar si ne predstavljajo kakšnega konkretnega ukrepa, zato vzame zdravnik pobudo v svoje roke in namigne, da gre po vsej verjetnosti za duševno motnjo, ki se ne more pokazati drugače, kot skozi tako dramatične znake. Na široko razloži, kakšne težave lahko povzročajo duševne motnje, potrdi bolnikovo prizadetost zaradi takih težav in nenevarnost za življenje. Razloži obvladovanje takih situacij in odpre možne vzroke, ki pripeljejo do takega stanja. Po pol ure so bolnik in celo nezaupljiva sin in žena prepričani, da gre pri njem za težave, ki

medtem minejo brez zdravljenja. Sprejme ponujeni recept za anksiolitik, ki ga bo po navodilu jemal krajši čas ob ponovnih napadih.

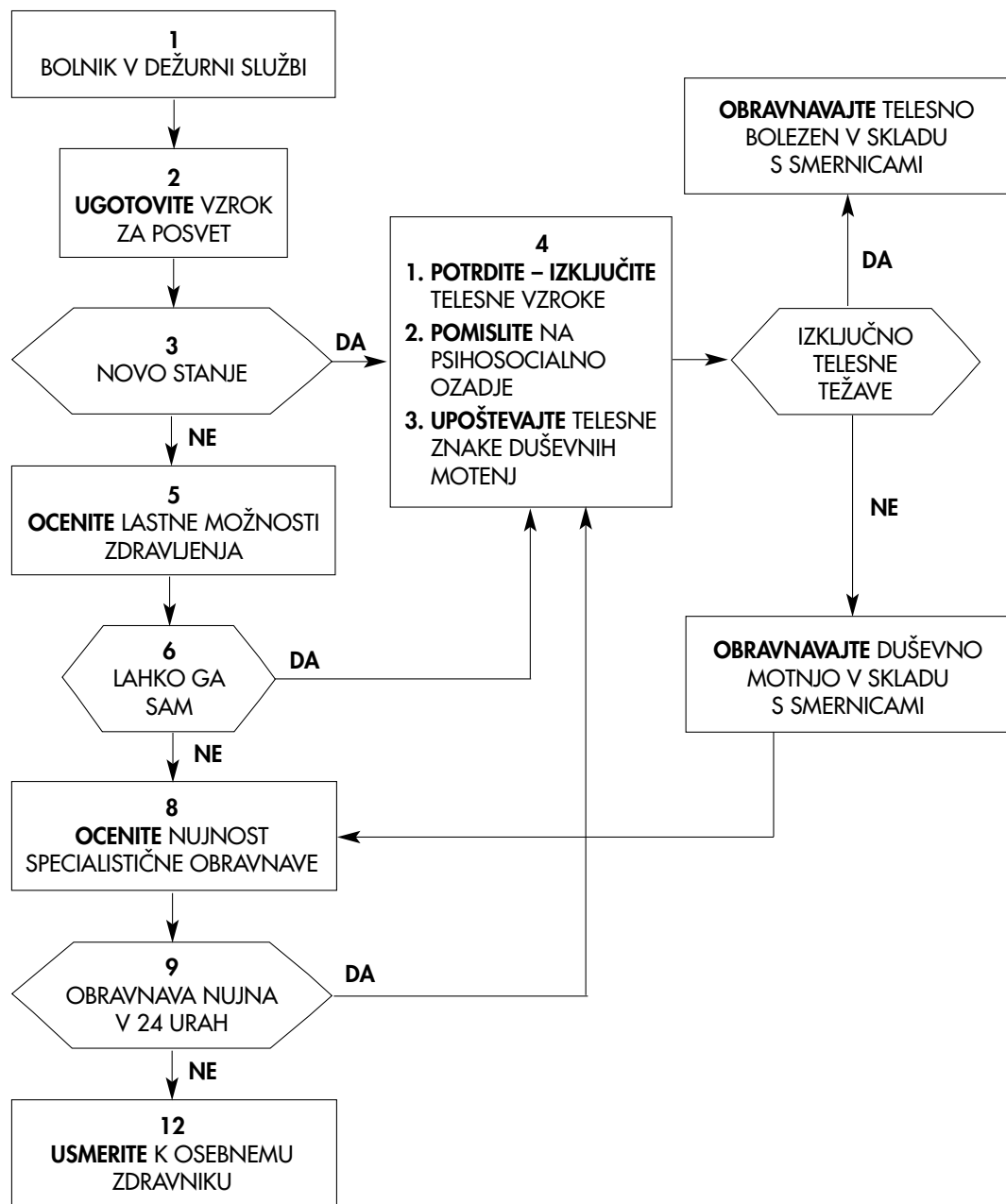
Postopek ukrepanja

Dežurni zdravnik se mora za način ukrepanja odločati na podlogi skopih podatkov in v omejenem času, ker praviloma nima na razpolago opazovalnice ali sob za spremljanje bolnika dalj časa. Njegove odločitve so praviloma »vse ali nič«. Vmesno sivo območje lahko rešuje le sporazumno in v dogovoru z bolnikom oziroma njegovimi svojci, zato igra sporazumevanje v dežurni službi zelo pomembno vlogo. (Pri)tožbe bolnikov so bolj kot od resnosti škode, ki jo povzroči neustrezno ukrepanje, odvisne od slabega sporazumevanja in morebitnih nespornostov pri dogovarjanju. Zdravnik se v dežurni službi lahko odloči med naslednjimi oblikami ukrepanja:

- opravi nujni hišni obisk,
- skupaj s preostalima članoma ekipe nujne medicinske pomoči ukrepa na terenu,
- bolnika/poškodovanca povabi v dežurno ambulanto, kjer opravi nujno zdravljenje,
- bolnika/poškodovanca pregleda in oskrbi v dežurni ambulanti,
- v primeru odložljivega tveganja se s kličočim dogovori za čas obiska pri zdravniku,
- da nasvet po telefonu,
- da nasvet po telefonu in opravi odloženi obisk,
- da nasvet po telefonu in naroči, naj ga obvestijo o stanju bolnika/poškodovanca,
- v primeru indikacije za nujno medicinsko pomoč (kadar njegovo dežurno mesto ni vezano na sodelovanje v ekipi nujne medicinske pomoči) pokliče službo nujne medicinske pomoči in priskoči na pomoč bolniku/poškodovancu, če bi to pomenilo strokovno ali časovno ustrežnejšo oskrbo,
- če je potreben reševalni prevoz, ga naroči in priskoči na pomoč bolniku/poškodovancu, kadar to pomeni strokovno ali časovno ustrežnejšo oskrbo,
- ne stori ničesar, kadar ni ustreznih indikacij.

Slika 3 povzema pot odločanja pri obravnavi bolnika med dežurno službo.

Slika 3. Drevo odločanja med dežurno službo



Sklep

Zdravnik družinske medicine je v Sloveniji vključen v zagotavljanje 24-urne zdravstvene oskrbe na tri načine: med rednim delovnim časom, v dežurni službi in kot član ekipe nujne medicinske pomoči. Kljub temu, da so težave bolnikov v dežurni službi praviloma hujše in bolj dramatične, mora zdravnik njihovo reševanje vedno obravnavati celostno in vselej uporabiti najpreprostejši možni način ukrepanja.

Priporočena literatura:

1. Avery A, Pringle M. Emergency care in general practice. *BMJ* 1995; 310: 6.
2. Kersnik J, Švab I. Hišni obisk. *Med Razgl* 1996; 35: 397–403.
3. Hallam L, Cragg D. Organisation of primary care services outside normal working hours. *BMJ* 1994; 309: 1621–3.
4. Olesen F, Jolleys JV. Out of hours service: the Danish solution examined. *BMJ* 1994; 309: 1624–6.

NUJNI PRIMERI V DRUŽINSKI MEDICINI

Janko Kersnik

Uvod

Nujna stanja se letno pojavijo pri 1 % prebivalstva, 7 % izmed teh pa potrebuje oživljanje oziroma intenzivno medicinsko ukrepanje (1, 2). Zdravnik družinske medicine, ki poleg rednega dela sodeluje tudi pri zagotavljanju nepretrgane zdravstvene oskrbe, naj bi se v povprečju letno srečal z okoli 20 nujnimi stanji in 1 do 2 oživljanjema (3). V Sloveniji jih po mnenju bolnikov samih skoraj 30 % vsaj enkrat letno potrebuje nujno zdravniško pomoč. Vidimo precejšen razkorak med številom klinično potrjenih nujnih stanj in pričakovanjem bolnikov. Zdravnik družinske medicine je pod stalnim pritiskom bolnikov, ki menijo, da je njihovo stanje zelo resno. Ker je obravnava nujnih stanj praviloma zahtevna in je zanjo potrebna specialna tehnična oprema, okoli 80 % teh bolnikov po nudenju nujne zdravniške pomoči nadaljuje zdravljenje v bolnišnici, zato se pri njihovi obravnavi zdravnik družinske medicine še bolj očitno kaže v vlogi »vratarja« v sistemu zdravstvenega varstva (3). Nekatere države, kjer imajo bolniki, ki svoje stanje ocenjujejo za nujno, neposreden (prost) dostop do bolnišnične urgentne ambulante (samonapotitev), so spoznale pomen zdravnika iz osnovnega zdravstva pri njihovem triažiranju (4). Pri svojem delu tudi v nujnih primerih uporablja drugačno obravnavo, ki zahteva manj preiskav, manj napatitev, manjšo porabo časa za bolnika in manj stroškov za sistem zdravstvenega varstva.

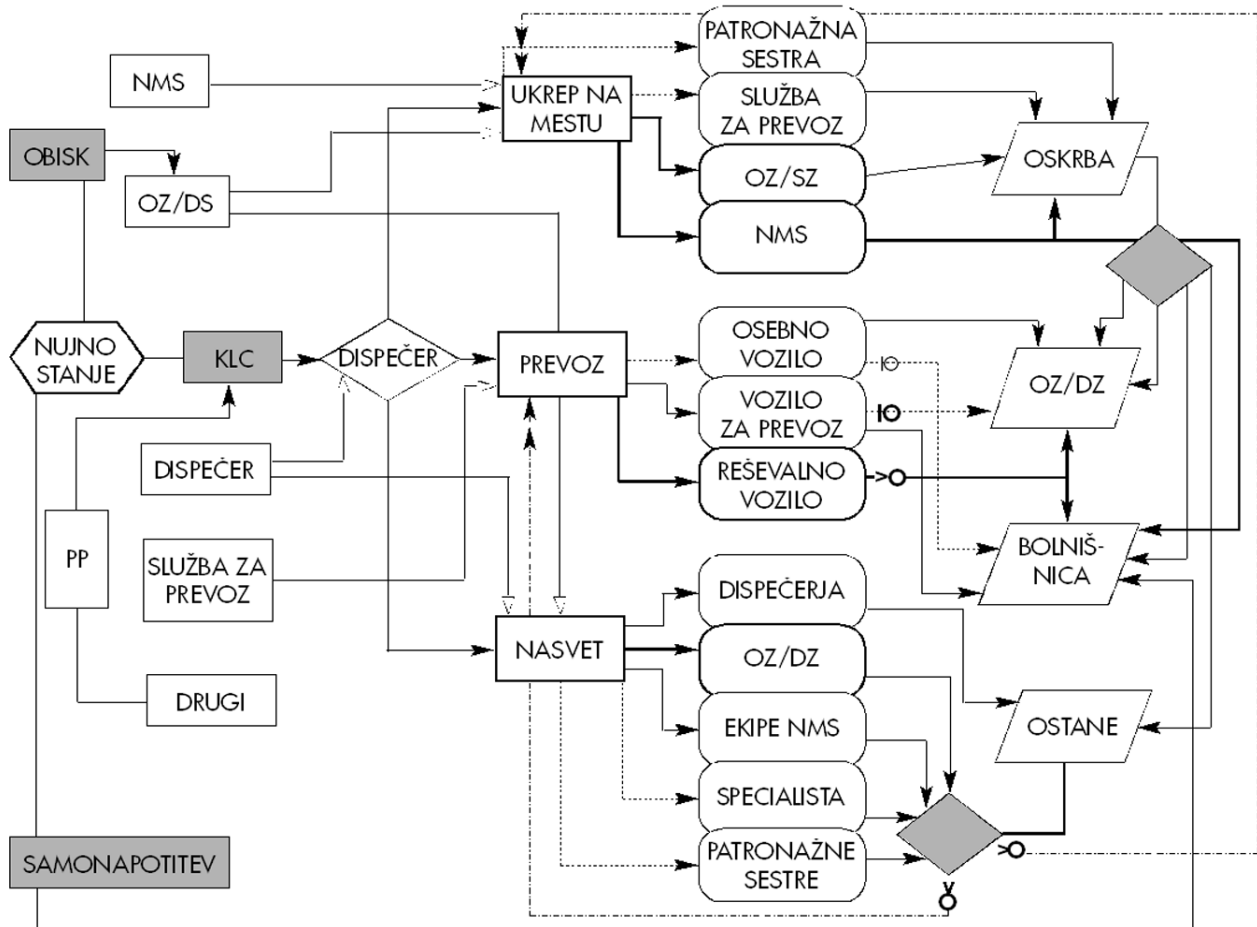
Odločanje o bolniku z nujnim stanjem

Pot odločanja pri nujnem stanju prikazuje slika 1 (5). V Sloveniji je samonapotitev neposredno v bolnišnično ambulanto prej izjema kot pravilo in se je obdržala predvsem v večjih mestih z bogato specialistično dejavnostjo. Pravno je dopustna, saj morata zdravnik ali ustanova oziroma oba vedno nuditi nujno medicinsko pomoč, ne glede na to, ali je bolnika napotil zdravnik iz osnovnega zdravstva ali ne. Ne poznamo pa niti prakse številnih držav, da bi bolniki lahko v nujnih primerih neposredno klicali »reševalno službo«, ki bi jim omogočila prevoz brez poprejšnje odobritve (napotitve) osebnega zdravnika ali njegovega namestnika. Razen pri samonapotitvi je torej v Sloveniji reševanje nujnih primerov v pristojnosti zdravnika družinske medicine, ki presodi o stopnji nujnosti in načinu reševanja zdravstvene težave (slika 1).

Stopnja nujnosti

Splošno sprejete opredelitve, kaj je nujno, nimamo. Plačnik se zateka k rešitvi, katere presojo prepušča zdravniku, ki je opravil posvet z bolnikom, torej naknadno (a posteriori). Takih primerov je veliko manj kot tistih, za katere prizadeti ocenjujejo, da zahtevajo nujno zdravniško pomoč – po vnaprejšnji oceni nujnosti (apriori). Zdravnik družinske medicine se spoprijema z odgovorno nalogo, kako v okoli 8 % stikov z bolniki, ki jih slednji sami ocenjujejo za nujne, ugotoviti, kateri primer je zares nujen in kateri ne. Nujnost bi bilo mogoče pravilneje poimenovati z besedo neodložljivost. Tako bi bil nujen le primer, pri katerem so neodložljivi določeni ukrepi (npr. oživljanje, zaustavljanje krvavitve, analgezija, parenteralna prehrana ali hidracija oziroma uvedba obeh, prevoz v ustrezno zdravstveno ustanovo idr.), določeni pa ne (npr. pomiritev bolnika, ko njegove težave niso tako hude, da bi zahtevale druge neodložljive ukrepe, vendar je potrebna običajna zdravniška obravnava).

Slika 1. Pot odločanja po klicu, da gre za nujno stanje



Okrajšave: OZ – osebni zdravnik, DZ – dežurni zdravnik, PP – prva pomoč, NMS – nujna medicinska služba

Pri obravnavi nujnih primerov se vedno ravnamo po vnaprejšnji bolnikovi ali očevidčevi oceni nujnosti, ki jo pozneje med obravnavo ali po njej lahko spremenimo glede na ugotovljeno stanje. Kadar smo z bolnikom v neposrednem stiku, so nam v veliko pomoč večšine sporazumevanja. Zlasti nebesedna sporočila nas lahko pomembno usmerjajo pri odločanju. Zdravniku družinske medicine so pri obravnavi nujnih primerov v veliko pomoč tudi stalnost, povezanost in odnos z bolnikom, razpolaganje z njegovim zdravstvenim kartonom, torej poznavanje bolnikove dotedanje anamneze, in ne nazadnje možnost uporabe časa kot diagnostičnega in zdravlilnega ukrepa. Pri znanem bolniku nam je zato ugotavljanje stopnje nujnosti in s tem tudi reševanje nujnih primerov v mnogočem olajšano.

Pri sporočanju o nujnem primeru po telefonu smo vezani zgolj na besedne informacije o bolniku in njegovem stanju, vendar moramo kljub temu iz vsakega telefonskega pogovora izluščiti ključne podatke za odločitev o načinu našega ukrepanja (slika 1).

Kadar pa se srečujemo z neznanim bolnikom (zlasti v dežurni službi) osebno ali po telefonu, je naš manevrski prostor še dodatno zožen, zato bomo stanju pogosto pripisali večjo stopnjo nujnosti kot bi jo svojemu bolniku. Zdravstvene težave bomo zato praviloma reševali bolj defenzivno in se prej odločili za posvet z bolnišničnim specialistom ali napotitev v bolnišnico. Bolnike je zato treba vzgajati, da bodo čim več svojih zdravstvenih težav, ki neposredno ne ogrožajo življenja ali dela telesa, reševali s svojim zdravnikom.

Načini reševanja nujnih primerov

Klasična biomedicinska obravnava predvideva za nujne primere uporabo vseh razpoložljivih metod za potrditev ali izključitev ogrožajočega stanja. Če stanja ni mogoče potrditi, je treba postopek končati in bolniku razložiti, da z njim ni nič narobe. Upošteva se razkorak med »a priori« in »a posteriori« ugotovljeno nujnostjo je jasno, da v družinski medicini tak način za večino primerov ni najbolj ustrezen. Popolnoma ustrezen je le pri obravnavi jasnih nujnih stanj.

Primer: Naša 58-letna bolnica, dolgoletna strastna kadilka, s čezmerno telesno težo, s 15 let povečanim krvnim tlakom, 10 let sladkorna bolnica, je prišla v ambulanto zaradi pol ure trajajoče žgoče bolečine za prsnico in zahtevala nujni pregled. V tem primeru je bolnična ocena nujnosti enaka zdravnikovi (tudi medicinske sestre, ki jo je sprejela). Zaradi suma srčnega infarkta smo jo takoj začeli obravnavati, kot da ima srčni infarkt, sum smo potrdili s posnetkom EKG, ki je pokazal sinusni ritem, frekvenco 76 na minuto in dvig spojnice ST v več prekordialnih odvodih. Naročili smo nujni reševalni prevoz s spremstvom, nastavili intravenski kanal, dali kisik prek maske, acetilsalicilno kislino in bolečine pomirili z morfinom.

Žal je v družinski medicini tako jasnih stanj zelo malo. Pogosteje se srečujemo s stanji, kjer je odločanje težje. Takrat z uporabo biomedicinske obravnave lahko svoje delo zelo otežimo.

Primer: Svojci so po telefonu prosili za nujni hišni obisk pri 55-letni ženski, ki ima 15 minut srčni napad, neznosne bolečine v prsih, težko diha in se »izgublja«. Zdravnik je sprejel poziv kot nujno stanje in bil prej kot v 10 minutah pri bolnici na domu. Poleg omenjenega je ugotovil krvni tlak 180/100, srčno frekvenco 100 in rubeozo obraza. Ker je sumil na srčni infarkt, je naročil nujni reševalni prevoz s spremstvom in poskušal pomiriti bolečine z intravenskim dajanjem morfina, ki pa bolničnega stanja bistveno ni spremenil. Po nekajdnevem zdravljenju v bolnišnici se je bolnica oglašila pri istem zdravniku s sporočilom iz bolnišnice, da z njo ni nič narobe, in z receptom za pomirjevalo. Šele po dveh naslednjih bolnišničnih zdravljenjih (napotil jo je drug zdravnik v dežurni službi) in večkratnih pogovorih je bolnica sprejela možnost, da gre pri njej za anksiozno depresivno motnjo s paničnimi napadi. Zadnja leta svoje napade obvladuje sama ob občasni podpori z depresivi in anksiolitiki.

Bolnika moramo tudi v nujnih primerih obravnavati celostno. S pravočasno uvrstitvijo diagnoze duševne motnje v diferencialno diagnozo pa pogosto pospešimo izboljšanje zdravstvenih težav, bolniku prej izboljšamo kakovost življenja ter se izognemo številnim preiskavam, napotitvam in tudi stroškom.

Primer: Svojci so klicali zaradi 55-letne ženske, ki se je že zjutraj slabo počutila in imela zadnjo uro hud srčni napad z bolečinami v prsih; ni mogla stati na nogah. Zahtevali so nujni obisk. Zdravnik je na osnovi podatkov in načina pogovora po telefonu sicer ocenil, da gre verjetno za panični napad, a se je kljub polni čakalnici in 15-kilometrski oddaljenosti odločil za nujni hišni obisk. Bolnico je našel v poldnevem položaju na kavču, vila je roke in hitela razlagati o srčnem napadu. Iz pogovora je postajalo vse bolj jasno, da ne gre za pekoče bolečine za prsnico, temveč za nekakšno zbadanje, stiskanje, dušenje in zapiranje zraka. Neposredna ogroženost je bila izključena, zato se zdravnik ni odločil za prevoz v bolnišnico, temveč je anamnestične podatke uporabil za razširitev posveta, ki je pokazal, da bolnica že dlje časa slabo spi, predvsem se pogosto prebuja, da je brez energije, se hitro utruje, nima volje za stvari, ki so jo včasih veselile, spolnost je zdavnaj pozabljena, čeprav ni bila nikoli posebno mikavna. Diagnoza depresije je bila na dlani. Tokratni napad je bil le panični napad v poteku depresivne epizode. Med vzroki za njeno stanje so bili občutek, da je mati ne sprejema ob zgodnji izgubi bolj čustveno toplega očeta, neosrečujoč zakon z enakim občutkom nesprejetosti, ki se je kazal tudi z neizživeto spolnostjo, upokožitev pred nekaj meseci (služba je bilo mesta, kjer se je potrjevala in v krogu sodelavk prevetrila svoje psihične obremenitve). Neposredni povod

pa je bila sinova odslovitev dekleta, kar je nekoliko obsesivno prenesla nase. Po nekajtedenskem jemanju antidepresiva (nekaj časa tudi anksiolitika) je zaživela polno življenje mlade upokojenke z zrelejším pogledom na svoje življenje. Svojo »upokojitev« je zapolnila z različnimi »koristnimi« dejavnostmi.

Mnogo večji problem lahko povzročijo zdravstvene težave, ki jih bolnik ne dojema kot nujne, so zavajajoče zaradi vzporedne bolezni in tudi za zdravnika »netipične«.

Primer: 55-letni bolnik je bil po naključju priča pri hišnem obisku drugega bolnika. Zdravnika je mimogrede poprosil, naj mu predpiše nekaj za izkašljevanje, ker ima »zabasana« pljuča (dolgoletni kadilec) in ponovni recept za ranitidin (znan ulkusni bolnik), ker ga spet nekoliko daje kronična razjeda na dvanajstniku. Bolnik je vse to dobil. Čez dva dni (v soboto) je bolnik prosil za hišni obisk, ker je imel hude bolečine v trebuhu, zaradi katerih ni zmozel sam v 20 km oddaljeno dežurno ambulanto. Dežurna zdravnica je bolnika obiskala z reševalnim vozilom, da bi ga v primeru ugotovitve hujšega stanja prepeljali v bolnišnico. Po anamnezi kronične razjede na dvanajstniku, bolečine na pritisk v zgornjem delu trebuha in odsotnosti drugih alarmatnejših znakov se je v soglasju z bolnikom odločila za injekcijo spazmoanalgetika brez napotitve in prevoza v bolnišnico. Ker se počutje ni bistveno spremenilo, je bolnik tudi naslednji dan prosil (d drugega) dežurnega zdravnika za ponovno injekcijo. Tokrat se je zdravnik ob praktično enaki sliki, vendar ob negativnem zdravilnem poskusu, odločil za nujni prevoz v bolnišnico. Bolnik je imel okoli dva dni star spodnjestenski srčni infarkt.

Ob netipičnih slikah in zlasti, ko nekateri znaki z našo diagnozo ostajajo nepojasnjeni, moramo biti še posebej pozorni in temeljito premisliti o diferencialnih diagnozah.

Primer: Po koncu službe so v ambulanto pripeljali 48-letnega bolnika, ker ga je med delom na gradbišču pol ure po obroku fiziološke enolončnice nenadoma začelo boleči v žlički. Prosili so za injekcijo proti bolečinam. Sam je povedal, da ima z želodcem večkrat težave. Med vožnjo z osebnim avtomobilom do ambulante je tudi izbruhal precejšnji del kosila. Sestra zelo previdno vpraša zdravnika, ali bi bolnika vseeno pregledal, čeprav ni njegov bolnik, ali mu lahko kar da injekcijo spazmoanalgetika. Zdravnik je sicer nekoliko nejevoljen, vendar se ne odloči za zdravljenje na daljavo, in stopi iz prostora za preoblačenje. Videz bolnika, očitno kadilca, delavca iz »druge republike«, po videzu mnogo starejšega, pepelnato sive barve obraza, nemirnega zaradi bolečin in hladnega potu na obrazu intuitivno zdravnika opozori na nujnost izključitve srčnega infarkta. Bolniku le s težavo in s pomočjo uspe leči na posteljo. Trebuh ni občutljiv, v posnetku EKG pa so vidne elevacije spojnice ST v spodnjestenskih odvodih ob posameznih ventrikularnih ekstrasistolah in frekvenci 100 na minuto. Bolniku dajo kisik, acetilsalicilno kislino, morfin po intravenskem kanalu, ki umiri bolečino, in naročijo prevoz s spremstvom. Bolnika je spremil do bolnišnice tudi sam. Po uspešni fibrinolizi bolnik po petih dneh zapusti bolnišnico brez znakov okvare srčne mišice.

Sklep

Delo zdravnika družinske medicine sega od reševanja blažjih zdravstvenih težav, ki bi pogosto lahko minile brez zdravniškega ukrepanja, do nujnih stanj, ki lahko ogrožajo bolnikovo življenje ali del telesa, zato nas ne smejo zalotiti nepripravljene. Bolj kot samo klinično znanje moramo upoštevati tudi druge prvine odločanja. Zavedati se moramo, da ima bolnik o nujnosti prav, dokler vam z veliko zanesljivostjo ne uspe dokazati nasprotnega. Z bolnikom moramo razčistiti razumevanje njegove zdravstvene težave in najti soglasje o nadaljnjem ukrepanju.

Obravnava nujnih primerov, ki jih zdravnik družinske medicine obravnava v nujni medicinski službi, presega okvir tega poglavja. Bralec se o tem lahko podrobneje pouči v bogati literaturi s tega področja.

Literatura:

1. Žmavc A. Urgentna terenska služba v Celju. Zdrav Vestn 1988; 57: 325–8.
2. Bossaert LL. The complexity of comparing different EMS systems – A survey of EMS systems in Europe. Annals of emergency medicine, 1993; 22: 99–102.
3. Kersnik J. Nujni posegi ekipe Nujne medicinske službe Jesenice v letu 1995. Zdrav Vars, 1996; 35(7–8): 201–8.
4. Avery A, Pringle M. Emergency care in general practice. BMJ, 1995; 310: 6.
5. Kersnik J. Kakovost nujne medicinske službe. Zdrav Vars, 1998; 37(7–8): 269–74.

Priporočena literatura:

1. Bručan A, Gričar M (ured). Urgentna medicina. Izbrana poglavja. 1. do 5. mednarodni simpozij o urgentni medicini. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999.
2. Comparative study of the organisation and functioning of emergency medical assistance services. Strasbourg: Council of Europe, 1990: 1–108.
3. Kersnik J (ured). Nujna stanja. 3. izdaja. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1994.
4. Romih J, Žmitek A, urednika. Zbornik Urgentna stanja v psihiatriji; 16.–17. okt. 1998; Begunje. Begunje: Psihiatrična bolnišnica, 1999.

MRLIŠKO OGLEDNA SLUŽBA IN ZDRAVNIK SPLOŠNE/DRUŽINSKE MEDICINE

Marjeta Zupančič

Uvod

Zdravnik splošne/družinske medicine ima delovno opraviti tudi z umiranjem. Zdravnikove naloge se pri tem prepletajo od nudenja nujne medicinske pomoči (NMP) do mrliškega ogleda (ugotovitev smrti, časa in vzroka ter neposrednega povoda in načina smrti). Po potrebi je tudi član komisije, ki opravi krajevni ogled. Z umiranjem in smrtjo se zdravnik srečuje ob bolnikovi postelji, na kraju prometnih nesreč, na javnih mestih ob nenadni smrti ali poškodbi, ob kaznivih dejanjih in na terenu (1). Odstotek doma umrlih je med posameznimi pokrajinami v Sloveniji precej različen in odvisen od urbanizacije okolja, znaša pa od 35 do 65 % vseh umrlih, vendar se počasi in vztrajno znižuje (1).

Samo v Ljubljani mrliško ogledno službo vodi in opravlja Inštitut za sodno medicino, povsod drugje pa jo izvajajo praktično vsi splošni/družinski zdravniki, ki so vključeni v dežurno službo (zaposleni v zdravstvenih domovih in zasebni zdravniki koncesionarji). Naloge mrliškoogledne službe v bolnišnicah opravljajo tudi tamkajšnji zdravniki (2). Med naštetimi ni strokovnih in organizacijskih povezav. Zaradi slabe usposobljenosti in pomanjkanja dodatnega izobraževanja za delo v mrliškoogledni službi lahko pride do strokovnih napak in na ravni države celo do napačnih izsledkov pri spremljanju vzrokov umrljivosti v naši populaciji.

V pripravi je predlog o poenotenju mrliškoogledne službe za vso državo, določili naj bi mrliškoogledne okoliše ter imenovali mrliške oglednike in njihove namestnike, ki bi se morali udeležiti izobraževalnih tečajev, kjer bi jih seznanili s tanatologijo, z zakonskimi predpisi in mednarodno klasifikacijo o boleznih in vzrokih smrti (2).

V Sloveniji ureja to področje Pravilnik o pogojih in načinu opravljanja mrliškoogledne službe iz leta 1993 (2). Določa naloge in organizacijo službe, dolžnosti mrliškega oglednika, predpisuje potrebno dokumentacijo, odreja, v katerih primerih je treba opraviti obdukcijo, navaja pravila pokopa in določa načine sklepanja pogodb o opravljenem delu in plačilu med občinskim organom in pooblaščenimi zdravstvenimi zavodi (3).

Mrliški ogled

Pri mrliškem ogledu mora zdravnik ugotoviti smrt, njen čas in vzrok, neposredni vzrok in način smrti ter izključiti samomor ali nasilno dejanje. Večinoma opravljajo mrliški ogled zdravniki, ki so v dežurni službi, saj ta naloga spada med opravila dežurnega zdravnika. Ta po določenih pravilnika tega dela ne sme odkloniti. Delo z bolniki ima prednost pred mrliškim ogledom, ki ga je treba opraviti najpozneje v 24 urah, v specifičnih klimatskih razmerah in v gosto naseljenih stavbah v 12 urah, pri sumu nenadne ali nasilne smrti pa najkasneje v 4 urah potem, ko je zdravnik izvedel za smrt (3).

Mrliški ogled je treba praviloma opraviti na kraju smrti, le izjemoma v mrtvašnici ali drugih prostorih (npr. poškodovane ali umrle v gorah, ki jih v dolino prinesejo člani Gorske reševalne službe). Kadar gre za očitno nasilno smrt ali sum nanjo, trupla ne smemo premikati iz prvotne lege, dokler tega ne dovoli pristojni preiskovalni sod-

nik, javni tožilec ali organ javne varnosti. Trupla pred opravljenim mrliškim ogledom ni dovoljeno dati na mrtvaški oder, ga prevažati, pokopati ali celo upepeliti (3).

Dobro je, če zdravnik že pred odhodom na mrliški ogled pregleda medicinsko dokumentacijo umrlega; izvidi so pogosto shranjeni tudi doma. Ob prihodu na kraj mrliškega ogleda se zdravnik najprej predstavi, nato pa mirno in vljudno pogovori s svojci, sosedi ali drugimi očitvidci in poskuša zbrati čim več objektivnih podatkov o predhodnih boleznih, neposrednem vzroku in načinu smrti. Pri zbiranju podatkov poiščemo med prisotnimi tistega, ki je kljub okoliščinam in čustveni prizadetosti najbolj zbran in priseben; sodeluje naj tudi pri pregledu trupla (1).

Truplo je treba pregledati v vsakem primeru, in to natančno. Izgovorov za opustitev pregleda trupla ni. Pregledati moramo tudi umrle bolnike, ki so bili v terminalnem stadiju neozdravljive bolezni, in smo jih pogosto obiskovali na domu. Poročilo o vzroku smrti moramo vedno izpolniti na podlagi natančnega pregleda trupla in ne v ambulanti na podlagi telefonskega pogovora s svojci. To bi pomenilo strokovno napako.

Zdravnik, ki je bil prisoten pri umiranju, najprej ugotovi smrt. Po dodatnem pregledu trupla naj se pogovori s svojci in izpolni poročilo o vzroku smrti.

Po opravljenem pregledu mora zdravnik skupaj z navzočimi poskrbeti, da bo truplo v spoštljivem, dostojnem položaju, z zaprtimi očmi in usti. Z vljudnim in profesionalnim odnosom lahko zdravnik svojcem zelo olajša težke trenutke in prepreči različna poznejša ugibanja in govorice o vzroku in načinu smrti.

Ob vsakem sumu na samomor ali drugo obliko nasilne smrti mora obvestiti policijo. Zdravnik mora na kraju dogodka počakati policiste in jim posredovati svoje ugotovitve. Pozneje se na poziv preiskovalnega sodnika lahko ponovno vključi v delo preiskovalne komisije, ki opravlja krajevni ogled.

Če obstaja pri truplu sum nalezljive bolezni, mora mrliški oglednik takoj obvestiti območni zavod za zdravstveno varstvo in sanitarno inšpekcijo, sočasno pa začeti s preventivnimi ukrepi, da se bolezen ne bi razširila.

Pri mrtvorojencu je treba ugotoviti natančen čas poroda, okoliščine, v katerih je potekal, in osebe, ki so pri njem sodelovale.

Zdravstveni zavod sklene pogodbo o opravljanju mrliškoogledne službe z občino. Pogodba opredeljuje dolžnosti občine o plačilu zdravnikov mrliških oglednikov, obdukcij in tehnične pomoči v zvezi z obdukcijo, hkrati pa zavezuje zdravstveni zavod, da mora izvajati mrliškoogledno službo, kot jo opredeljuje Pravilnik o pogojih in načinu izvajanja mrliškoogledne službe (1, 3). Zdravnik zasebnik lahko opravlja mrliškoogledno službo le, če občina sklene z njim pogodbo.

Dokumentacija pri izvajanju mrliškoogledne službe

Na zdravniško potrdilo o smrti in poročilo o njenih vzrokih poleg pokojnikovih podatkov (imena, priimka, rojstnega datuma, kraja rojstva, naslova) vpišemo datum in uro ter kraj in vzroke smrti, pri nasilni smrti pa uporabljamo še priloženi šifrant o kraju in načinu smrti, označimo, kdo je opravil mrliški ogled (osebni zdravnik, zdravnik mrliški oglednik), in ali je bila za pokojnika odrejena obdukcija.

Zdravniško potrdilo o smrti in poročilo o vzrokih smrti zdravnik izpolni v več izvodih: za območni zavod za zdravstveno varstvo za vnos in obdelavo podatkov, za prevoznika trupla kot dovoljenje za prevoz trupla, en izvod pa mora ostati v evidenci pristojnega zdravstvenega zavoda.

Poleg zdravniškega potrdila o smrti in poročila o njenih vzrokih je treba izpolniti tudi Prijavo smrti za vpis v pristojni matični urad.

Ugotavljanje vzroka smrti

Podatki o vzroku smrti so zelo pomembni za spremljanje zdravstvenega stanja prebivalstva na določenem območju. Zato je zelo pomembno, kako zdravnik razporedi vzroke smrti: osnovni, neposredni, posredni in drugi, ki so morebiti vplivali na osnovnega. Pravilno je, če najprej določi osnovni vzrok smrti. Tega najlažje opredeli osebni zdravnik, naključni dežurni zdravnik pa težje. Znano je, da se vzrok smrti, ki ga ugotovi zdravnik mrliški oglednik, in resnični vzrok, dokazan z obdukcijo, zelo razlikujeta.

Na splošno se zdravniki na terenu (pre)malokrat odločajo za odredbo sanitarne obdukcije (4, 5). Po Pravilniku ni vprašljiv plačnik obdukcije in prevoza (občina), niti izvedba (1, 3). Po opravljenem mrliškem ogledu oziroma ugotovitvi, da je oseba umrla, moramo opraviti sanitarno obdukcijo, kadar ni mogoče ugotoviti vzroka smrti, in sicer na zahtevo zdravnika, ki je bolnika zdravil, če gre za sum na nalezljivo bolezen, in na zahtevo pristojnega preiskovalnega sodnika (3). Obdukcijo je treba opraviti tudi na željo ožjih sorodnikov, če se ne strinjajo z ugotovljenim vzrokom smrti. Dežurni zdravnik na terenu obravnava tudi bolnike in poškodovance, ki umrejo med postopkom nujenja nujne medicinske pomoči. Kadar okoliščine in diagnoze niso zadovoljivo pojasnjene, je prav, da zdravnik odredi sanitarno obdukcijo.

Če se zdravnik odloči za obdukcijo, mu ni treba izpolniti poročila o vzroku smrti, ker bo to storil obducent. Plačnik stroškov sanitarne obdukcije je občinski organ, pristojen za zdravstvo; če pa se izkaže, da gre za kaznivo dejanje, spadajo stroški obdukcije med stroške kazenskega postopka.

Po mednarodnem dogovoru je treba statistično spremljati samo osnovni vzrok smrti. Ta je opredeljen kot bolezen ali stanje, ki je povzročilo smrt ali pomembno vplivalo na nastanek drugih bolezni, so povzročile smrt (npr.: osnovni vzrok: kronična obstruktivna pljučna bolezen; neposredni vzroki: dekompenzirano pljučno srce). Za osnovni vzrok veljajo tudi nesreča, nasilje ali samopoškodba, če povzročijo smrtno poškodbo (npr. samomor z obešanjem, zastrupitev z ogljikovim monoksidom) (6).

Pokop mrliča je dovoljeno opraviti šele potem, ko je zdravnik izpolnil poročilo o vzroku smrti. Pred upepelitvijo je treba obvezno opraviti še kontrolni mrliški ogled (3).

Krajevni ogled

Zdravnik pri krajevnem ogledu je izvedenec komisije, ki jo vodi preiskovalni sodnik, v njej pa so še okrožni državni tožilec, kriminalist, kriminalistični tehniki in uslužbenec področne policijske postaje (6). Preiskovalni sodnik ustno ali pisno (z odredbo) pokliče zdravnika kot izvedenca (5, 7, 8, 9, 10, 11) ali ogled prepusti prej naštetim članom komisije.

Zdravnik mora najprej ugotoviti, ali gre resnično za smrt, zato mora izključiti navidezno smrt. Pozoren mora biti predvsem pri utopitvah, poškodbah z udarom električnega toka in strele, obešencih in podhlajenih osebah. Šele ko ugotovi, da gre za smrt, in ukrepi nujne medicinske pomoči niso več potrebni, prepusti preostalim članom komisije, naj opravijo svoje delo. Nato sledi še zdravniški ogled. Pri ogledu trupla bo zdravnik poskušal odgovoriti na vprašanja: KDAJ je nastopila smrt in KAJ je njen neposredni vzrok. Pri krajevnem ogledu ne sme biti površen in posredovati ugotovitev, ki ne temeljijo samo na dejansko ugotovljenih dejstvih (5, 9, 11). Če na vprašanja zdravnik ne more odgovoriti, mora zahtevati obdukcijo, če je predhodno ni zahteval že preiskovalni sodnik.

Po odredbi preiskovalnega sodnika mora zdravnik opraviti tudi odvzem telesnih tekočin iz trupla. Seč odvzame s suprapubično punkcijo mehurja, kri pa največkrat iz globokega vreza v dimlje; vzorce dene v čiste stekleničke. Včasih je treba oddati na

pregled tudi vzorce izbljubane vsebine, ostankov hrane in morebitnih zdravil ob truplu. Mrliški oglednik mora obvladati odvzem telesnih tekočin za preiskavo na alkohol in psihoaktivne snovi (11). Ni dovoljeno odvezemati telesnih tekočin, ki iztekajo iz trupla oziroma se nahajajo ob ali na njem.

Med krajevnim ogledom je dobro, če si zdravnik napravi zapiske in skice, ki služijo za boljšo razlago v preiskovalni skupini (1, 9).

Sklep

Zdravnik splošne/družinske medicine se pri svojem delu srečuje tudi z umiranjem in smrtjo. Ob izvajanju mrliškoogledne službe mora natančno pregledati truplo, določiti čas smrti, njen osnovni in neposredni vzrok, izključiti samomor ali kaznivo dejanje, natančno izpolniti predpisane obrazce (Poročilo o vzroku smrti, Prijava smrti), zahtevati sanitarno obdukcijo, kadar je potrebna, in sodelovati z organi kazenskega pregona in pravosodja, če je potrebno.

Literatura:

1. Košir T. Mrliško pregledna služba in zdravnik splošne medicine. V: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F. Splošna medicina. Načela in tehnike. Ljubljana: Sekcija splošne medicine Zveze zdravniških društev – SDZ, 1992: 206–11.
2. Dolenc A. Mrliško pregledna služba na Slovenskem nekoč in danes. V: Balažic J, Štefanič B, eds. Mrliškopregledna služba v Sloveniji. VIII. spominsko srečanje akademika Janeza Milčinskega. Ljubljana: Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, 1999: 11–21.
3. Pravilnik o pogojih in načinu opravljanja mrliško pregledne službe. Ur l RS 1993; 56: 2811–3.
4. Šerko A. Mrliško pregledna služba v luči veljavnih predpisov in v praksi. V: Stražiščar Š. Sodnomedicinska opravila zdravnika splošne medicine. Zbornik ob 35. letnici Inštituta za sodno medicino Medicinske fakultete Univerze Edvarda Kardelja v Ljubljani. Ljubljana: Univerzum, 1980: 74–81.
5. Balažic J, Košir T. Sodnomedicinska opravila zdravnika splošne medicine. V: Dolenc A, eds. Medicinsko izvedenstvo. 85. Strokovni sestanek ob 40. letnici dela in obstoja popolne Medicinske fakultete in Inštituta za sodno medicino. Zbornik referatov. Ljubljana: Med, 1985: 91–101.
6. Mednarodna klasifikacija bolezni, poškodb in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. X. revizija. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 1995. 1203–38.
7. Kersnik J. Problematika ocenjevanja telesnih poškodb s strani zdravnika splošne medicine. V: Balažic J, Štefanič B, eds. Ocenjevanje telesnih poškodb. 2. memorialni sestanek akademika Janeza Milčinskega. Medicinsko izvedenstvo 96. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Inštitut za sodno medicino, 1996: 193–200.
8. Schmidt U. Sodnomedicinska opravila zdravnika splošne medicine. V: Stražiščar Š. Sodnomedicinska opravila zdravnika splošne medicine. Zbornik ob 35. letnici Inštituta za sodno medicino Medicinske fakultete Univerze Edvarda Kardelja v Ljubljani. Ljubljana: Univerzum, 1980: 3.
9. Jančigaj T. Zdravnik na krajevnem ogledu. V: Stražiščar Š. Sodnomedicinska opravila zdravnika splošne medicine. Zbornik ob 35. letnici Inštituta za sodno medicino Medicinske fakultete Univerze Edvarda Kardelja v Ljubljani. Ljubljana: Univerzum, 1980: 64–67.
10. Lovšin J. Naloge zdravnika splošne medicine pri obravnavi prometnih nesreč in prekrškov. V: Stražiščar Š. Sodnomedicinska opravila zdravnika splošne medicine. Zbornik ob 35. letnici Inštituta za sodno medicino Medicinske fakultete Univerze Edvarda Kardelja v Ljubljani. Ljubljana: Univerzum, 1980: 74–81.
11. Šerko A. Pravice in dolžnosti zdravnika pri mrliškem pregledu in krajevnem ogledu. V: Balažic J, Štefanič B, eds. Mrliškopregledna služba v Sloveniji. VIII. spominsko srečanje akademika Janeza Milčinskega. Ljubljana: Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, 1999: 37–41.

