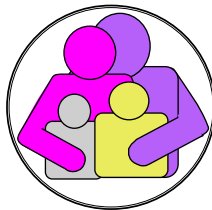




EVROPSKA DEFINICIJA DRUŽINSKE MEDICINE



ZDRUŽENJE ZDRAVNIKOV DRUŽINSKE MEDICINE, 2004

**EVROPSKA DEFINICIJA DRUŽINSKE MEDICINE:
bistvene lastnosti družinske medicine,
vloga zdravnika družinske medicine
in
opis temeljnih znanj in veščin zdravnika družinske
medicine.**

**Pripravljeno za Evropsko združenje zdravnikov družinske
medicine, 2002.**

Justin Allen, dr. med.,
Direktor podiplomskega
izobraževanja,
Center za podiplomsko
izobraževanje na področju
medicine, Univerza
Leicester, Velika Britanija
Predsednik EURACT

Prof. Jan Heyrman, dr.
med.,
Katoliška univerza Leuven,
Belgija

Prof. Igor Švab, dr. med.,
Univerza v Ljubljani,
Slovenija

Prof. Bernard Gay, dr.
med.,
Predsednik, CNGE, Pariz,
Francija
Univerza Bordeaux,
Francija

Paul Ram, dr. med.,
Univerza v Maastrichtu
Nizozemska

Redakcija:
Philip Evans, dr. med.,
Predsednik WONCA
Europe

Prof. Harry Crebolder, dr.
med.,
Univerza Maastricht
Nizozemska

Ta dokument je bil v angleškem originalu izdan ob podpori in v
sodelovanju z Evropskim uradom Svetovne zdravstvene organizacije
(WHO), Barcelona, Španija.

VSEBINA

1. UVOD.....	3
2. EVROPSKE DEFINICIJE 2002	5
3. POJASNILA NOVE DEFINICIJE	8
4. RAZLAGA – TEMELJNA ZNANJA IN VEŠČINE. 13	
5. PREGLED IN ANALIZA; NOVE DEFINICIJE	15
6. AKADEMSKI PREGLED IN ANALIZA; TEMELJNA ZNANJA IN VEŠČINE - USPOSOBLJENOST.....	34
7. PRILOGE	42
PRILOGA 1.1 - DEFINICIJA SKUPINE LEEUVENHORST IZ LETA 1974	42
PRILOGA 1.2 - DEFINICIJA ORGANIZACIJE WONCA IZ LETA 1991	42
PRILOGA 1.3 - OLESENOVA DEFINICIJA IZ LETA 2000.....	43
PRILOGA 2 - POSTOPEK PRIPRAVE IN SREČANJA	44
PRILOGA 3 - ZAHVALE.....	46
PRILOGA 4 - WONCA EUROPE – DRŽAVE ČLANICE	47
PRILOGA 5 - DEFINICIJE ANGLEŠKEGA IZRAZOSLOVJA	48

Zbirka PiP

EVROPSKA DEFINICIJA DRUŽINSKE MEDICINE

Urednika: Janko Kersnik in Igor Švab

Tehnično urejanje, risanje slik in oblikovanje: Janko Kersnik

Založilo: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD

Prevod je nastal v okviru Projekta prenove sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji.

Projekt »Temeljne vsebine dela zdravnika družinske medicine« je na podlagi javnega razpisa (Ur. l. RS, št. 49-51/2003) finančno podprl Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in s tem omogočil tisk slovenskega prevoda.

Tisk: Tiskarna in knjigovoznica Radovljica

Naklada: 1000 izvodov

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

61:316.356.2(4)

EVROPSKA definicija družinske medicine / [urednika Janko Kersnik in Igor Švab]. - Ljubljana : Združenje zdravnikov družinske medicine - SZD, 2004. - (Zbirka PiP : Pravočasno in pravilno)

ISBN 961-91029-8-3

1. Kersnik, Janko, 1960-
127876608

1. UVOD

Ta dokument opredeljuje stroko družinske medicine, njene naloge in določa tudi temeljna znanja in veščine zdravnika družinske medicine. Orisani so bistveni elementi stroke. Dokument hkrati nudi tudi vpogled v usklajena stališča o tem, kakšne storitve naj bi zdravniki družinske medicine v Evropi zagotavljali svojim bolnikom, s čimer naj bi zagotovili najvišjo kakovost oskrbe bolnikov ob upoštevanju njihove stroškovne učinkovitosti. Iz definicij, vsebovanih v tem dokumentu, je mogoče določiti časovne okvire oz. načrte za izobraževanje, raziskave in zagotavljanje kakovosti, s čimer bi zagotovili, da se bo družinska medicina razvijala v smeri, ki bo zadovoljila potrebe zdravstvenega varstva prebivalstva v 21. stoletju.

V organizaciji zdravstvenega varstva in izvajanju družinske medicine v Evropi obstajajo precejšnje razlike. Za države članice Evropske Unije in države, ki si prizadevajo za vstop v Evropsko Unijo izobraževanje na področju zdravstva določa Direktiva EU 93/16, ki je v prvi vrsti namenjena prostemu pretoku zdravnikov. Na žalost Direktiva ne določa natančno vsebine in kakovosti podiplomskega usposabljanja, zato je samo po sebi umevno in zelo pomembno, da so v interesu varnosti bolnikov zdravniki družinske medicine deležni takega usposabljanja, ki bo zagotovilo pridobitev potrebnih znanj in veščin za opravljanje poklica zdravnika družinske medicine v *kateri koli* državi članici.

To stališče je bil pripravljeno v imenu WONCA Europe (The European Society of General Practice / Family Medicine – Evropsko združenje zdravnikov družinske medicine) regionalne organizacije svetovne organizacije Zdravnikov družinske medicine (World organisation of Family Doctors (WONCA)).

Evropsko združenje zdravnikov družinske medicine zagotavlja akademsko in znanstveno vodenje in zastopanje stroke družinske medicine na vsej celini. Njeno članstvo obsega nacionalne akademske organizacije družinske medicine iz 30 evropskih držav, vanj pa so neposredno lahko včlanjeni tudi posamezni zdravniki družinske medicine. Glavna vloga Združenja je pospeševanje in razvoj stroke, da bi s tem dosegli in vzdrževali visoke standarde izobraževanja, usposabljanja, raziskav in klinične prakse, kar koristi posameznim bolnikom in skupnostim.

Reforma sistema zdravstvenega varstva je skupna značilnost evropskih držav, kot tudi drugih držav v svetu. Glede na spremembe v demografski strukturi, razvoj v medicini, zdravstveno ekonomiko in potrebe bolnikov ter njihova pričakovanja iščemo nove načine zagotavljanja in izvajanja zdravstvenega varstva. Mednarodna dognanja oz. dokazi kažejo, da sistemi zdravstvenega varstva, zasnovani na učinkoviti primarni zdravstveni obravnavni z dobro usposobljenimi zdravniki družinske medicine, ki delajo v skupnosti, zagotavljajo večjo stroškovno in klinično učinkovitost, kot tisti zdravstveni sistemi, ki so manj usmerjeni v primarno zdravstvo.

Nujno je potrebno, da kompleksno in bistveno vlogo zdravnikov družinske medicine v sistemu zdravstvenega varstva razumejo zdravniška stroka in vsi ostali poklici povezani z medicino, načrtovalci zdravstvenega varstva, politiki in širša javnost. Celotna Evropa potrebuje dodatna vlaganja v družinsko medicino, da bi s tem sistemu zdravstvenega varstva omogočili izrabo svojega potenciala v korist bolnikov. Tukaj ne gre le za vlaganja v človeške vire in infrastrukturo ampak tudi v izobraževanje, raziskave in zagotavljanje kakovosti.

Nove definicije ter dokument o temeljnih znanjih in veščinah so objavljeni zato, da bi seznanili širšo javnost in prispevali k razpravi o bistveni vlogi družinske medicine v zdravstvenih sistemih tako na nacionalni ravni kot tudi na vse-evropskih ravneh.

VIR

1. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. Oxford: Oxford University press, 1998.

2. EVROPSKE DEFINICIJE 2002

STROKA IN SPECIALNOST DRUŽINSKE MEDICINE

Družinska medicina je akademska in znanstvena veda, s svojo lastno izobraževalno vsebino, raziskavami, z dokazi podprto klinično dejavnostjo in klinično specialnostjo, ki je usmerjena v primarno zdravstveno varstvo.

i. Značilnosti družinske medicine so v tem, da...

a) gre običajno za prvi stik z zdravstveno službo v okviru sistema zdravstvenega varstva, ki svojim uporabnikom zagotavlja odprt in neomejen dostop ter se ukvarja z vsemi vrstami zdravstvenih težav, ne glede na starost, spol ali druge značilnosti obravnavane osebe.

b) učinkovito uporablja vire oz. sredstva zdravstvenega varstva, tako da usklajuje oskrbo bolnikov, sodeluje z ostalimi strokovnjaki v okviru primarnega zdravstvenega varstva in se povezuje z drugimi specialnostmi ter prevzema vlogo posrednika za bolnika kadar je to potrebno.

c) razvija odnos, ki je osredotočen na posameznika, njegovo/njeno družino in skupnost.

d) ima edinstven potek posveta med zdravnikom in bolnikom, ki z učinkovitim sporazumevanjem postopoma ustvari povezanost med zdravnikom in bolnikom.

e) je odgovorna za zagotavljanje dolgoročne, kontinuirane oskrbe, kot to zahtevajo potrebe bolnika.

f) uporablja specifičen način odločanja, ki ga določata razširjenost in pogostnost pojavljanja bolezni v skupnosti.

g) sočasno obvladuje akutne in kronične zdravstvene probleme posameznih bolnikov.

h) obravnava bolezni, ki se v zgodnjem stadiju svojega razvoja lahko pojavijo na nediferenciran način, kar včasih lahko zahteva

nujno posredovanje.

i) spodbuja zdrav način življenja in blagostanje bolnikov z ustreznim in z učinkovitim ukrepanjem.

j) ima specifično odgovornost do zdravja v skupnosti.

k) se ukvarja z zdravstvenimi problemi v psihološkem, socialnem, kulturnem in eksistencialnem okviru.

ii. Specialnost družinske medicine

Zdravniki družinske medicine so zdravniki specialisti usposobljeni v temeljnih načelih stroke. So osebni zdravniki, ki so v prvi vrsti odgovorni za zagotavljanje vsestranske in kontinuirane zdravstvene oskrbe vsakega posameznika, ki išče zdravniško pomoč ne glede na njegovo starost, spol ali bolezen. Skrbijo za posameznike v okviru njihovih družin, skupnosti in njihove kulturne skupnosti, pri čemer vedno spoštujejo samostojnost svojih bolnikov. Prepoznavajo tudi svojo strokovno odgovornost do skupnosti. Pri dogovarjanju s svojimi bolniki o načrtu vodenja oz. obvladovanja bolezni upoštevajo psihične, psihološke, socialne, kulturne in eksistencialne dejavnike, pri čemer uporabljajo znanje in zaupanje, pridobljeno na osnovi večkratnih stikov med bolnikom in zdravnikom. Zdravniki družinske medicine izvajajo svojo strokovno vlogo s pospeševanjem zdravja, preprečevanjem bolezni, z zdravljenjem in s paliativno oskrbo. Omenjene dejavnosti opravljajo neposredno ali pa s pomočjo drugih dejavnosti oz. služb, odvisno od zdravstvenih potreb in razpoložljivih sredstev v skupnosti za katero skrbijo, prav tako pa, kadar je to potrebno, pomagajo bolnikom pri dostopu do omenjenih storitev. Sprejeti morajo odgovornost za razvijanje in ohranitev svojih sposobnosti, osebnega ravnovesja in vrednot kot osnove za učinkovito in varno zdravstveno oskrbo bolnikov.

iii. Temeljna znanja in veščine zdravnikov družinske medicine

Definicija družinske medicine, kot stroke in zdravnikov specialistov družinske medicine mora neposredno določati ključne pristojnosti oz. temeljna znanja in veščine zdravnika družinske medicine, pri čemer s ključnimi pristojnostmi oz. temeljnimi znanji in veščinami mislimo tiste, ki so bistvene za stroko, ne glede na sistem zdravstvenega

varstva na katerega se nanašajo oz. v okviru katerega se uporabljajo.

§1. Enajst bistvenih značilnosti, ki opredeljujejo omenjeno stroko se nanaša na enajst znanj in veščin, ki jih mora obvladati vsak zdravnik specialist družinske medicine. Lahko jih združimo v šest temeljnih znanj in veščin (glede na zgornje značilnosti):

- a) Vodenje primarne zdravstvene oskrbe (a, b)
- b) V osebo usmerjena zdravstvena oskrba (c, d, e)
- c) Zmožnosti reševanja specifičnih problemov (f, g)
- d) Celostni pristop (h, i)
- e) Usmerjenost v skupnost (j)
- f) Celovito oblikovanje modelov (k)

§2. Za opravljanje dela v okviru svoje specialnosti uporablja zdravnik znanja in veščine na treh področjih:

- a. klinične naloge,
- b. sporazumevanje z bolniki in
- c. vodenje ambulante.

§3. Glede na to, da gre za stroko, ki se osredotoča na osebo, je potrebno kot bistvene upoštevati tri osnovne posebnosti:

- a. Kontekstualno: upoštevanje konteksta osebe, družine, skupnosti in njihove kulture
- b. Vedenjsko: temelji na zdravnikovih strokovnih sposobnostih, vrednotah in etiki
- c. Znanstveno: uporaba kritičnega in z raziskavami utemeljenega pristopa k izvajanju in vzdrževanje le-tega s pomočjo stalnega učenja in izboljševanja kakovosti.

Medsebojni odnosi oz. medsebojno vplivanje temeljnih veščin, področji izvajanja in osnovnih lastnosti, označujejo to stroko in poudarjajo kompleksnost specialnosti.

Ravno omenjeni kompleksni medsebojni odnos med temeljnimi veščinami mora biti vodilo in se hkrati odražati v oblikovanju načrta za poučevanje, raziskovanje in izboljševanje kakovosti.

3. POJASNILA NOVE DEFINICIJE

Stroka in specialnost družinske medicine

Potrebno je definirati tako samo stroko družinske medicine kot tudi vlogo specialista družinske medicine. Prva definicija je potrebna za opredelitev okvira in akademskih temeljev na katerih je sama stroka zgrajena, na osnovi tega pa je mogoče zasnovati razvoj izobraževanja, raziskav in izboljševanja kakovosti. Druga definicija je potrebno zato, da zgornjo akademsko definicijo prenese v realnost specialista družinske medicine, ki dela z bolniki v sistemih zdravstvenega varstva po vseh državah v Evropi.

1. Značilnosti družinske medicine kot stroke so naslednje:

a) gre običajno za prvi zdravstveni stik v okviru sistema zdravstvenega varstva, ki svojim uporabnikom zagotavlja odprt in neomejen dostop ter se ukvarja z vsemi vrstami zdravstvenih težav, ne glede na starost, spol ali druge značilnosti obravnavane osebe.

Izraz “običajno” smo uporabili zato, ker v nekaterih okoliščinah npr. pri večjih poškodbah zdravnik družinske medicine ne predstavlja vedno prvega stika v okviru sistema zdravstvenega varstva. Vendar pa naj bi bil to v večini drugih primerov vseeno prvi stik s sistemom zdravstvenega varstva. Ovire za dostop do te vrste oskrbe ne bi smele obstajati, zdravniki družinske medicine pa bi se morali ukvarjati z vsemi vrstami bolnikov mladimi in starimi, moškimi ali ženskami in njihovimi zdravstvenimi problemi. Družinska medicina predstavlja bistveni in prvi vir. Pokriva velik obseg dejavnosti, ki ga določajo potrebe in zahteve bolnikov. Ta pregled omogoča vpogled na področje družinske medicine, kot stroke s številnih vidikov in na možnosti njihove uporabe pri obvladovanju problemov posameznikov in skupnosti.

b) učinkovito uporablja vire oz. sredstva zdravstvenega varstva, tako da usklajuje oskrbo bolnikov, sodeluje z ostalimi strokovnjaki v okviru primarnega zdravstvenega varstva in se povezuje z drugimi specialnostmi ter prevzema vlogo posrednika za bolnika, kadar je to potrebno.

Ta usklajevalna vloga je ključna poteza stroškovne učinkovitosti dobro kakovostne primarne zdravstvene oskrbe, ki zagotavlja, da bolniki obiščejo najbolj ustreznega zdravstvenega strokovnjaka glede na njihov zdravstveni problem. Sinteza različnih izvajalcev zdravstvenih storitev, ustrezna razširjenosti informacij in ureditev za odrejanje zdravljenja so odvisne od obstoja koordinacijskega oz. usklajevalnega organa. Družinska medicina lahko prevzame to centralno vlogo, če ji to omogočajo strukturalni pogoji. Razvijanje timskega dela pri obravnavi bolnika, ki vključuje vse strokovnjake na področju zdravstva bo prispevalo h kakovosti zdravstvene oskrbe. Z obvladovanjem vloge povezovalca z drugimi specialnostmi družinska medicina, tistim bolniki, ki to potrebujejo, zagotavlja ustrezen dostop do visoko tehnoloških storitev na sekundarni ravni zdravstvenega varstva. Ključna vloga družinske medicine zajema zaščito bolnikov pred škodljivimi posledicami, ki jih lahko povzroči nepotrebno preventivno pregledovanje (screening), testiranje in zdravljenje ter tudi vodenje bolnikov skozi zapleten sistem zdravstvenega varstva.

c) razvija odnos, ki je osredotočen na osebo in usmerjen v posameznika, njegovo/njeno družino in skupnost.

Družinska medicina se ukvarja z ljudmi in njihovimi težavami v soodvisnosti z njihovimi življenjskimi okoliščinami in ne na način neosebne patologije ali po načelu »primerov«. Izhodišče tega procesa je bolnik. Enako pomembno je razumeti kako bolnik prenaša in gleda na svojo bolezen, kot obvladovati sam bolezenski proces. Skupni imenovalec je oseba s svojimi prepričanji, strahovi, pričakovanji in potrebami.

d) ima edinstven potek posveta med zdravnikom in bolnikom, ki z učinkovitim sporazumevanjem postopoma ustvari povezanost med zdravnikom in bolnikom.

Vsak stik med bolnikom in njegovim družinskim zdravnikom prispeva k razvoju medsebojnega odnosa in vsako posamezno posvetovanje je mogoče graditi na tej prejšnji, skupni izkušnji. Vrednost tovrstnega osebnega odnosa je odvisna od komunikacijskih sposobnosti zdravnika družinske medicine in je že samo po sebi terapevtske narave.

e) je odgovorna za zagotavljanje dolgoročne, kontinuirane oskrbe, kot to zahtevajo potrebe bolnika.

Pristop družinske medicine mora biti stalen od rojstva (včasih že pred njim) in vse do smrti (ter včasih tudi po njej). Zagotavlja nepretrgano zdravstveno oskrbo, saj bolnika spremlja skozi celo življenjsko obdobje. Zdravniška kartoteka je izrecen dokaz te stanovitnosti. Pri tem dokumentu gre za objektivno beleženje posvetovanj, vendar predstavlja le del skupne zgodovine zdravnika in bolnika. Zdravniki družinske medicine zagotavljajo zdravstveno oskrbo za precej dolga obdobja v življenjih njihovih bolnikov in sicer pri številnih bolezenskih epizodah. Prav tako so odgovorni za zagotavljanje zdravstvene oskrbe 24 ur dnevno in za to pooblastiti druge oz. delo uskladiti tako, da je taka oskrba zagotovljena tudi kadar je sami osebno ne morejo zagotoviti.

f) uporablja specifičen način odločanja, ki ga določata razširjenost in pogostnost pojavljanja bolezni v skupnosti.

Problemi so zdravnikom družinske medicine v skupnosti predstavljeni na precej drugačen način kot na ravni sekundarne zdravstvene oskrbe. Razširjenost in pogostnost bolezni je drugačna od tiste, ki jo je mogoče zaznati v okviru bolnišnic, ker se resne bolezni mnogo manj pogosto pojavljajo v družinski medicini kot v bolnišnicah, saj pri družinski medicini ni predhodne selekcije. Za to je potreben poseben proces sprejemanja odločitev, ki temelji na verjetnosti in ki ga je mogoče izoblikovati s poznavanjem bolnikov in skupnosti. Pozitivna ali negativna napovedna vrednost kliničnega znaka ali diagnostične preiskave ima v družinski medicini drugačno težo kot v bolnišničnem okolju. Pogosto morajo zdravniki družinske medicine, po tem ko ugotovijo, da bolezen ni prisotna, pri bolniku ali svojich pomiriti bojzani o sami bolezni.

g) sočasno obvladuje akutne in kronične zdravstvene probleme posameznih bolnikov.

Družinska medicina se mora ukvarjati z vsemi zdravstvenimi problemi posameznega bolnika. Ne more se omejiti samo na obvladovanje manifestiranih bolezni in pogosto se zgodi, da mora zdravnik obvladovati zelo številčne probleme. Bolnik pogosto pride na posvet zaradi večjega števila bolezni, pri čemer število s starostjo

naraščča. Za sočasen odziv na več zahtev bolnika je potrebna hierarhična oskrba problemov, ki upošteva tako bolnikove kot zdravnikove prioritete.

h) obravnava bolezni, ki se v zgodnjem stadiju svojega razvoja lahko kažejo s še nepopolno klinično sliko, ki pa včasih kljub temu lahko zahteva nujno ukrepanje.

Bolnik pogosto pride k zdravniku, ko se pojavijo simptomi in v zgodnji fazi je težko določiti diagnozo. To pomeni, da je potrebno z zelo omejenimi informacijami sprejeti za bolnika pomembno odločitev, prav tako pa je napovedna vrednost kliničnega pregleda in preiskav manj zanesljiva. Čeprav so znaki neke določene bolezni splošno znani, to ne velja za zgodnje znake, ki so pogosto nespecifični in skupni številnim boleznim. Obvladovanje večjega tveganja je v teh okoliščinah ključna značilnost stroke. Ko smo enkrat izključili potrebo po nujnem ukrepanju, se lahko odločimo, da počakamo na nadaljnji razvoj bolezni in stanje pozneje ponovno preverimo. Rezultat posameznega posveta pri zdravniku je običajno določitev enega ali več simptomov, včasih je opredeljena možna bolezen in le redko celotna diagnoza.

i) spodbuja zdrav način življenja in dobrega počutja s primernimi in učinkovitimi ukrepi.

Ukrepanje mora biti primerno, učinkovito in osnovano na tehtnih dokazih, kadarkoli je to mogoče. Posredovanje, kadar le-to ni potrebno lahko povzroči škodo, hkrati pa se na tak način zapravljajo dragocena sredstva zdravstvenega varstva.

h) ima specifično odgovornost do zdravja skupnosti.

Družinska medicina priznava svojo odgovornost glede vprašanj zdravstvenega varstva posameznih bolnikov in tudi do širše skupnosti. Včasih to povzroča določene napetosti in lahko vodi do nasprotovanja interesov, kar je potrebno ustrezno obvladovati.

k) se ukvarja z zdravstvenimi problemi v psihološkem, socialnem, kulturnem in bivanjskem smislu.

Družinska medicina mora sočasno prepoznati vse omenjene

dimenzije in ustrezno določiti pomembnost oz. vpliv vsake posebej. Vedenje ob bolezni in vzorci bolezni se med seboj razlikujejo na osnovi zgoraj naštetih dejavnikov in večkrat so bolniki nezadovoljni zaradi ukrepanja, ki se ne loteva osnovnega vzroka bolnikove težave.

2. Specialnost družinske medicine

Zdravniki družinske medicine so zdravniki specialisti usposobljeni v temeljnih načelih stroke. So osebni zdravniki, ki so v prvi vrsti odgovorni za zagotavljanje vsestranske in kontinuirane zdravstvene oskrbe vsakega posameznika, ki išče zdravniško pomoč ne glede na njegovo starost, spol ali bolezen. Skrbijo za posameznike v okviru njihovih družin, skupnosti in njihove kulture pri čemer vedno spoštujejo avtonomnost svojih bolnikov. Prepoznavajo tudi svojo strokovno odgovornost do skupnosti. Pri dogovarjanju s svojimi bolniki o načrtu vodenja oz. obvladovanja bolezni upoštevajo psihične, psihološke, socialne, kulturne in bivanjske dejavnike, pri čemer uporabljajo znanje in zaupanje pridobljeno na osnovi večkratnih stikov med bolnikom in zdravnikom. Zdravniki družinske medicini izvajajo svojo strokovno vlogo s pospeševanjem zdravja, preprečevanjem bolezni in z zagotavljanjem zdravljenja, oskrbe in lajšanja bolnikovih težav. Omenjene dejavnosti opravljajo neposredno ali pa s pomočjo drugih služb, odvisno od zdravstvenih potreb in razpoložljivih sredstev v skupnosti, za katero skrbijo, prav tako pa, kadar je to potrebno, pomagajo bolnikom pri dostopu do omenjenih storitev. Sprejeti morajo odgovornost za razvijanje in ohranitev svojih sposobnosti, osebnega ravnovesja in vrednot kot osnove za učinkovito in varno zdravstveno oskrbo bolnikov.

Zgornja definicija vloge zdravnika družinske medicine postavlja značilnosti družinske medicine v kontekst zdravnika, ki to delo opravlja. Predstavlja ideal h kateremu lahko stremijo vsi zdravniki družinske medicine. Nekatere izmed prvin niso skupne le zdravnikom družinske medicine ampak jih je mogoče pripisati zdravniškemu poklicu na splošno. Vendar pa je družinska medicina edina medicinska stroka, ki lahko v praksi uporablja in izvaja vse od naštetih značilnosti. Primer skupnih sposobnosti, ki se zahtevajo od vseh zdravnikov je vzdrževanje strokovnega znanja, kar lahko prav za družinske zdravnike predstavlja precejšnjo težavo, saj pogosto delajo v izoliranem okolju.

4. RAZLAGA – TEMELJNA ZNANJA IN VEŠČINE

Definicija družinske medicine, kot stroke in definicija zdravnika specialista družinske medicine neposredno določata ključne pristojnosti oz. temeljna znanja in veščine zdravnika družinske medicine.

S ključnimi pristojnostmi oz. temeljnimi znanji in veščinami mislimo tiste, ki so bistvene za to stroko, ne glede na sistem zdravstvenega varstva, na katerega se nanašajo, oz. v okviru katerega se uporabljajo. Razvrščene so v treh odstavkih in se nanašajo na samo stroko (§1), izvajanje družinske medicine v praksi (§2) in nekatere temeljne značilnosti (§3).

§1. Enajst bistvenih značilnosti, ki opredeljujejo omenjeno stroko se nanaša na enajst znanj in veščin, ki jih mora obvladati vsak zdravnik specialist družinske medicine. Lahko jih združimo v šest Temeljnih sposobnosti:

1. Izvajanje primarne zdravstvene oskrbe:

- a) sposobnost vodenja prvega stika z bolnikom;
- b) usklajevanje zdravstvene oskrbe z drugimi strokovnjaki v okviru primarnega zdravstvenega varstva, kar vodi k učinkovitemu in ustreznemu zagotavljanju zdravstvenega varstva ter prevzem vloge posrednika za bolnika, kadar je to potrebno.

2. V osebo usmerjena zdravstvena oskrba:

- c) sposobnost, da pri obravnavi bolnikov in njihovih težav uporabi pristop, ki je osredotočena na osebo
- d) uporaba posebnosti posveta v družinski medicini za razvoj dobrega in učinkovitega odnosa med zdravnikom in bolnikom;
- e) zagotavljanje stalnosti, tj. kontinuitete oskrbe, kot jo določajo potrebe bolnika.

3. Zmožnosti reševanja specifičnih problemov

- f) uporaba svojevrstnega procesa odločanja, ki ga določata razširjenost in pogostnost pojavnosti bolezni v skupnosti;
- g) vodenje oz. obravnava bolezenskih stanj, ki se lahko pojavijo zgodaj in na nediferenciran način ter nujno ukrepanje, kadar je to potrebno.

4. Celovit pristop

- h) sočasna obravnava akutnih in kroničnih zdravstvenih problemov posameznih bolnikov;
- i) spodbujanje zdravja in zdravega načina življenja z ustrezno promocijo strategij za ohranjanje zdravja in preprečevanje bolezni.

5. Usmerjenost v skupnost

- j) usklajevanje zdravstvenih potreb posameznih bolnikov in zdravstvenih potreb skupnosti, v kateri živijo, v skladu z razpoložljivimi sredstvi.

6. Celostni – holistični – pristop

- k) uporaba bio-psiho-socialnega modela ob upoštevanju kulturnih in bivanjskih razsežnosti.

§2. Za opravljanje dela v okviru svoje specialnosti uporablja zdravnik te sposobnosti na treh področjih:

- a) klinične naloge,
- b) sporazumevanje z bolniki in
- c) vodenje ambulante.

§3. Glede na to, da gre za stroko, ki je osredotočena na osebo, je potrebno kot bistvene upoštevati tri osnovne značilnosti:

- a) Kontekstualno: upoštevanje konteksta osebe, družine, skupnosti in njihove kulture
- b) Vedenjsko: temelji na zdravnikovih strokovnih znanjih, veščinah, vrednotah in etiki
- c) Znanstveno: uporaba kritičnega in z raziskavami utemeljenega pristopa k izvajanju in vzdrževanje le-tega s pomočjo stalnega učenja in izboljševanja kakovosti.

Prepletanje oz. medsebojni vpliv temeljnih znanj in veščin, področji njihove uporabe in osnovne lastnosti stroke označujejo in poudarjajo kompleksnost te stroko kot specialnosti.

To mora biti vodilo in se hkrati odražati v načrtovanju za poučevanje, raziskovanje in izboljševanje kakovosti v družinski medicini.

5. PREGLED IN ANALIZA; NOVE DEFINICIJE

Uvod

Skupina Leeuwenhorst je leta 1974 oblikovala izjavo »Zdravnik splošne medicine v Evropi«. V tistem obdobju je bila družinska medicina kot veda še v povojih, še posebej glede svoje osnove poučevanja in raziskovanja. Skoraj 30 let kasneje pa lahko ugotavljamo, da se je svet premaknil naprej in nikjer te spremembe niso bile tako očitne kakor prav v zagotavljanju zdravstvenega varstva. Družinska medicina je sedaj dobro usidrana v vseh sistemih zdravstvenega varstva v Evropi, prav tako pa izvajalci zdravstvenih storitev vedno bolj prepoznajajo njeno vedno večjo pomembnost. To dejstvo je poudarila tudi Svetovna zdravstvena organizacija za Evropo v svojem okvirnem dokumentu iz leta 1998. Tudi v državah bivšega sovjetskega bloka je bila družinska medicina uvedena kot osnova za nov sistem zdravstvenega varstva v teh državah.

Družba se je v zadnjih 30 letih spremenila in vloga bolnika, kot odločilnega dejavnika v zdravstvenem varstvu in zagotavljanju le tega, se je vedno bolj povečevala. Mnenje zdravnika se že dolgo ne oskrba več kot edino zveličavno in pojavlja se nova oblika dialoga med izvajalci in uporabniki zdravstvenih storitev. Bodoči zdravnik družinske medicine se mora te spremembe ne samo zavedati ampak mora imeti sposobnost, da se v takem okolju razvija in uspeva. Pomembno je, da se družinska medicina kot veda razvija v spreminjajočem se sistemu zdravstvenega varstva v okviru katerega deluje in da se odziva na zdravstvene potrebe bolnikov. Zdravniki družinske medicine morajo biti vključeni v stalen razvoj sistema zdravstvenega varstva, prav tako pa morajo biti kot osebnosti zmožni spreminjati se, da bi lahko sprejeli nove izzive.

Van Weel je v svojem nedavnem predavanju na spomladanskem srečanju RCGP, poudaril potrebo po akademskem razvoju, ki bi omogočal prenos znanja, strokovnega znanja in izkušenj, s katerim bi se razvijale tehnike in metodologije, ki bi se lotevale specifičnih zahtev družinske medicine in s pomočjo katerega bi bilo mogoče ugotoviti učinkovitosti zdravstvene oskrbe v okviru družinske medicine. Prav tako je poudaril pomen vrednot same družinske medicine in potrebo skupne kulture poučevanja, raziskovanja in usposabljanja. Zato je primeren čas, da ponovno pregledamo definicijo vloge zdravnika družinske medicine in da oblikujemo jasen

dokument o značilnostih družinske medicine kot stroke.

Prav tako pa obstaja dodatna obveza za države članice Evropske Unije in države, ki si prizadevajo za vstop v Evropsko Unijo. EU direktiva 93/164 je namenjena pospeševanju prostega pretoka zdravnikov in zato je v interesu zaščite bolnikov samo po sebi umevno, da bi morali zdravniki družinske medicine biti deležni takega usposabljanja, s katerim bi pridobili potrebne sposobnosti za opravljanje svojega poklica v katerikoli državi članici, saj jim njihova kvalifikacija daje pravico, da delo opravljajo kjerkoli v EU brez dodatnega usposabljanja. Iz tega sledi, da je potrebno oblikovati sporazumno stališče, ki določa značilnosti stroke in naloge, ki bi jih moral opravljati družinski zdravnik.

Direktiva 93/16 določa le minimalno 2 letno obdobje trajanje izobraževanja, za splošno medicino pa šest mesecev; nekatere države so to podaljšale na 3 in več let. Dokument o soglasnem stališču UEMO iz leta 1994 o posebnem usposabljanju na področju družinske medicine izraža potrebo po podaljšanju obdobja izobraževanja na najmanj 3 leta, v kar je vključen praktičen in teoretičen del, v tem obdobju pa je potrebno najmanj 50 % kliničnega usposabljanja opraviti v okviru oz. okolju družinske medicine. Svetovalni odbor za medicinsko izobraževanje (ACMT) je sprejel stališča UEMO in predlagal Evropski Komisiji, da ustrezno revidira oz. spremeni direktivo – da torej določi 3 letno obdobje usposabljanja, od katerega je potrebno 50 % opraviti praktično in da se zdravniki družinske medicine vključijo ter sprejmejo odgovornost za usposabljanje na področju družinske medicine na vseh ravneh. Vendar pa na žalost Evropska Komisija tega predloga še ni odobrila.

Težave pri uvajanju sprememb v poglavju 4 zdravstvene direktive, ki se nanaša na družinsko medicino in potreba po uveljavitvi mesta za družinsko medicino v okviru izobraževalnih programov medicinskih fakultet so pripeljale do ugotovitve, da bi bil nadaljnji razvoj te stroke lažji, če bi bil naziv »specialist za družinsko medicino« uvrščen na seznam medicinskih specializacij navedenih v poglavju 3 – ki pokriva vse ostale medicinske specializacije. Vendar pa se naš dokument ne ukvarja s zgornjim vprašanjem; namen tega dokumenta je oblikovati načela, ki podpirajo družinsko medicino, kot stroko.

DRUŽINSKA MEDICINA IN SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

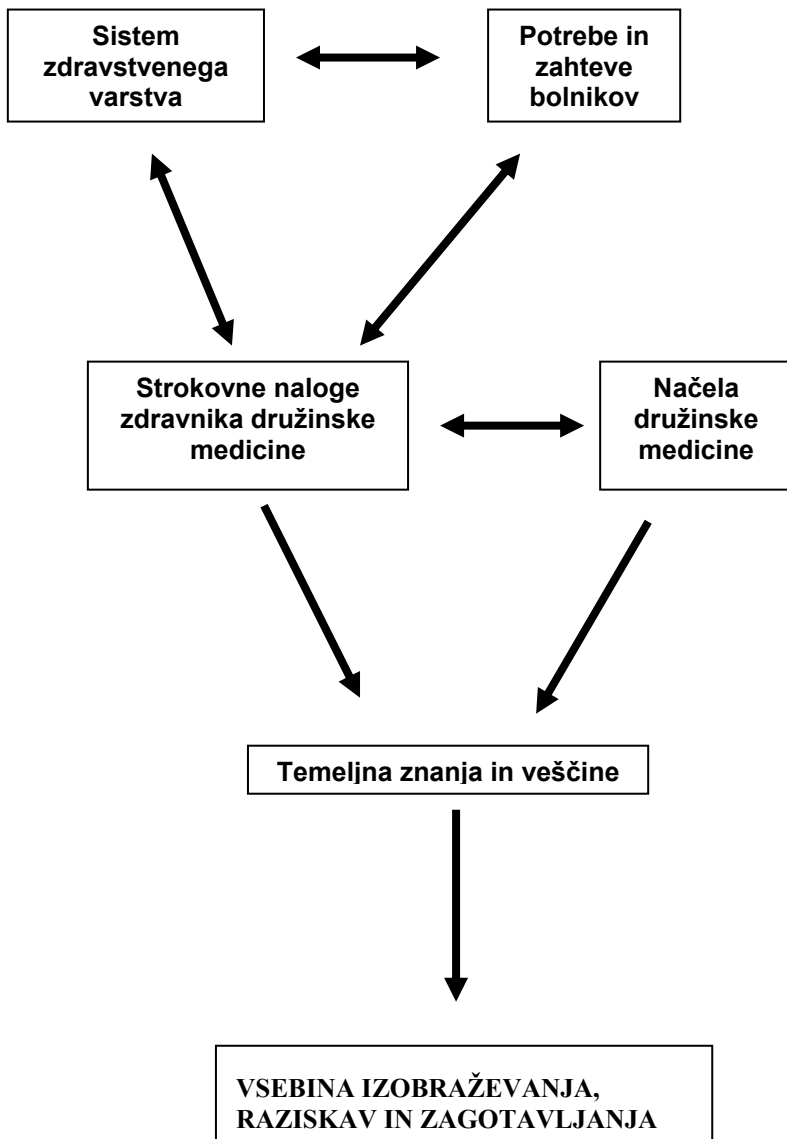
Obstaja več načinov pristopa k problemu oblikovanja nove definicije. Metoda, ki jo je uporabila skupina Leuwenhorst in pred kratkim tudi Olesen s sodelavci, opredeljuje parametre stroke z opisom nalog, ki bi jih moral opravljati zdravnik družinske medicine. Drugačen pristop je določanje temeljnih načel družinske medicine, kot stroke. Ta pristop je uporabil Gay v svoji predstavitvi na uvodnem srečanju WONCA Europe v Strassbourgu leta 1995, prav tako pa je bil enak pristop uporabljen tudi v okvirnem dokumentu, ki ga je pripravila Svetovna zdravstvena organizacija za Evropo (WHO Europe).

Gay je menil, da obstaja povezava med načeli in nalogami pri čemer naj bi na naloge vplivali bolniki in sistem zdravstvenega varstva. To naj bi vodilo do opredelitve znanj in veščin, ki bi določale vsebino izobraževanja na področju družinske medicine, kar ponazarja prikaz 1.

Zgornje kaže na dinamičen odnos oz. povezavo med prednostnimi načeli stroke in nalogami, ki jih morajo opravljati zdravniki družinske medicine. Te naloge v precejšnji meri določa sistem zdravstvenega varstva v okviru katerega zdravniki družinske medicine delujejo, kot tudi spreminjajoče se potrebe in zahteve bolnikov.

Značilnosti, kot jih je opisala WHO Europe, je prav tako mogoče obravnavati kot cilje družinske medicine v okviru sistema zdravstvenega varstva. Ti koncepti vzbujajo zamisli o učinkovitosti in če soglašamo s tem, da sistem zdravstvenega varstva v večji ali manjši meri določa naloge, ki jih je sposoben opravljati zdravnik družinske medicine, mora vsaka nova definicija upoštevati kontekst v okviru katerega dela zdravnik družinske medicine in hkrati odražati spreminjajoče se potrebe bolnikov in napredek pri izvajanju zdravstvenega varstva.

Prikaz 1



Opisani pristopi se med seboj ne izključujejo in katera koli nova definicija bo morala upoštevati podporno načelo stroke, ključne naloge zdravnika družinske medicine v okviru sistema zdravstvenega varstva in vpliv sistema zdravstvenega varstva na izvajanje družinske medicine.

Načela stroke, kot jih predlaga Gay so:

- | | |
|---|--|
| 1. Na bolnika osredotočen pristop | ogrožajočih bolezni |
| 2. Usmerjenost v družino in skupnost | 6. Bolezni v zgodnjem stadiju |
| 3. Področje delovanja določajo potrebe in zahteve bolnika | 7. Sočasno obvladovanje številnih bolezni in pritožb bolnika |
| 4. Še neselecionirane in kompleksne zdravstvene težave | 8. Stalnost vodenja |
| 5. Nizka pojavnosti | 9. Usklajevanje izvajanja zdravstvene oskrbe |
| | 10. Učinkovitost |

in so v številnih pogledih podobna značilnostim družinske medicine, ki so opisane v okvirnem dokumentu Svetovne zdravstvene organizacije (WHO):

- | | |
|------------------|---------------------------|
| A. splošnost | E. sodelovanje |
| B. nepretrganost | F. usmerjenost v družino |
| C. celovitost | G. usmerjenost v skupnost |
| D. usklajenost | |

Stališče Svetovne zdravstvene organizacije nadalje razlaga vsako od sedmih zgoraj omenjenih značilnosti.

Splošnost:

- Vsi zdravstveni problemi celotnega prebivalstva;
- Ne izključuje kategorij bolnikov zaradi njihove starosti, spola, razreda, rase ali vere, oz. katerekoli vrste zdravstvenega problema;
- Enostaven dostop, ki ga ne omejujejo geografske, kulturne, administrativne ali finančne ovire.

Stalnost:

- Osredotočenost na osebo;
- Dolgoročno zdravstveno varstvo, ki traja precejšen del življenja posameznika in se ne omejuje na eno samo bolezensko epizodo.

Vsestranskost:

integrirana zdravstvena oskrba vključuje

- Spodbujanje zdravega načina življenja, preprečevanje bolezni, zdravljenje, rehabilitacijo in podporno zdravstveno oskrbo;
- Fizični, psihološki in socialni vidiki;
- Klinični, humanistični in etični vidiki odnosa med zdravnikom in bolnikom.

Usklajevanje:

- Vodenje zdravstvene oskrbe ob prvem stiku;
- Nاپotitev na specialistične zdravstvene storitve;
- Informiranje bolnika o razpoložljivih storitvah;
- Usklajevanje in vodenje zdravstvene oskrbe.

Sodelovanje:

- Delo v multidisciplinarnih skupinah;
- Kadar je to primerno prenos izvajanja zdravstvene oskrbe;
- Izvajanje vodstvenih nalog.

Usmerjenost v družino:

Oskrba posameznih zdravstvenih težav v kontekstu

- okoliščin v družini;
- socialnih in kulturnih povezav;
- okoliščin doma in na delovnem mestu.

Usmerjenost v skupnost:

zdravnik družinske medicine mora obravnavati posamezne težave v kontekstu:

- zdravstvenih potreb skupnosti;
- drugih strokovnjakov in služb.

WONCA je v svoji izjavi iz leta 1991 o Vlogi zdravnika družinske medicine v sistemu zdravstvenega varstva, oblikovala definicijo vloge zdravnika družinske medicine in jo povezala z značilnostmi družinske medicine, ki jih opisuje pod kategorijami obveznosti in posebnosti.

WONCA izjava iz leta 1991 vključuje naslednje

- vsestransko oz. celovito zdravstveno oskrbo;
- usmerjenost k bolniku;
- osredotočenost na družino;
- odnos med zdravnikom in bolnikom;
- usklajevanje z drugimi službami;
- zastopanje bolnikovih interesov;
- dostopnost in upravljanje s sredstvi.

Opaziti je precejšnje prekrivanje med značilnostmi, ki jih opisuje Svetovna zdravstvena organizacija (WHO), »posebnostmi« vsehobanimi v dokumentu Evropskega združenja zdravnikov družinske medicine (WONCA) in načeli, ki jih opredeljuje Gay. To je mogoče prikazati z medsebojno primerjavo kot kaže naslednja preglednica:

EVROPSKA DEFINICIJA DRUŽINSKE MEDICINE

WHO 1998	WONCA 1991	“Načela” kot jih opredeljuje Gay
Splošnost	Celovita zdravstvena oskrba	3. Področje delovanja določajo potrebe in zahteve bolnika 4. Neselekcioniране in kompleksne zdravstvene težave
Nepretrganost*	Usmerjenost k bolniku	1. Na bolnika osredotočen pristop 8. Stalnost vodenja
Vsestranskost	Celovita zdravstvena oskrba	3. Področje delovanja določajo potrebe in zahteve bolnika 4. Vse zdravstvene težave
Usklajenost	Usklajevanje z drugimi službami	9. Usklajevanje zdravstvene oskrbe
Sodelovanje	Usklajevanje z drugimi službami	9. Usklajevanje zdravstvene oskrbe
Usmerjenost v družino	Osredotočena na družino	2. Usmerjenost v družino in skupnost
Usmerjenost v skupnost	Obveza do skupnosti	2. Usmerjenost v družino in skupnost

*Zmeda pri uporabi izrazoslovja v dokumentu Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) lahko povzroči nekaj težav. Zmeda lahko nastane zaradi uporabe izrazov »nepretrgan« (»continuous«) in »stalen« (»continuing«) saj bi bila v kontekstu dokumenta Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) bolj primerna uporaba izraza »stalen«. Nepretrgan – pomeni brez prekinitve; neprekinjen; kot recimo ograja okoli zapora. Stalen – pomeni, da bo proces ali dejavnost vzdrževana; nadaljevati, vztrajati; nadaljevati v prihodnje vendar ne preprejemo, ampak “trajno”. To je mogoče najbolj jasno ponazoriti v povezavi z izobraževanjem na področju medicine. Nepretrgano izobraževanje na področju medicine bi pomenilo, da oseba ni nikoli počela nič drugega kot, da se je izobraževala na področju medicine od zore do mraka. Stalno izobraževanje na področju medicine pa po drugi strani predstavlja proces, ki je lahko prekinjen ali se odvija po dejanjih vendar se bo časovno neomejeno odvijal. Dolgoročna zdravstvena oskrba zdravnika družinske medicine je najboljše opisana kot stalna.

Vseeno pa obstaja nekaj zanimivih razlik. Postavke, ki jih opisuje Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) in Evropsko združenje zdravnikov družinske medicine (WONCA) se nanašajo na strokovno dejavnost v sistemu zdravstvenega varstva in ne na stroko kot

zdravstveno dejavnosti s specifičnim procesom. Dejansko lahko ugotavljamo, da se naslednje tri postavke nanašajo na stroko vendar niso zajete v značilnostih, vsebovanih v dokumentih Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) in Evropskega združenja zdravnikov družinske medicine (WONCA).

“Majhna razširjenost resnih bolezni”, “bolezni v zgodnjem stadiju”, in “sočasno obvladovanje številnih težav in patologij” v Gayevem predavanju so deli “vsestranske oskrbe” v dokumentu WONCA, vendar niso zajete v značilnostih WHO. Pokrivajo ključne vidike družinske medicine – namreč, da gre za stroko, ki temelji na ljudeh (za razliko od tistih, ki temeljijo na patologiji oz. na organih) in je usmerjena v normalno stanje (za razliko od sekundarnega zdravstvenega varstva, ki je usmerjeno predvsem v bolezenska stanja), vendar se morajo zdravniki družinske medicine prav tako soočiti z in obvladovati resne bolezni v zgodnjem in nediferenciranem stadiju. Izjava organizacije WONCA prav tako poudarja, da se razširjenost določene bolezni in znaki ob njeni manifestaciji, ki jih opažamo v primarnem zdravstvenem varstvu, močno razlikujejo od tistih v bolnišnicah, kjer se običajno poučujejo.

Okvirni dokument WHO se ne ukvarja s poglobljeno raziskavo tistega, kar naj bi pomenilo temelj družinske medicine, namreč osebnega posveta med bolnikom in zdravnikom. Gay je predlagal teoretični model družinske medicine: GLOBALNI MODEL odprtega tipa, ki obravnava bolezen kot posledico organskih, človeških in okoljskih dejavnikov. Ta koncept, v katerem je tudi zdravje vključeno kot zapleten sestav, je podoben Engelovemu psihosocialnemu modelu: to je »celostni« model.

Posvet je vključen tudi v izjavo organizacije WONCA, ki prav tako opisuje potrebo po izražanju definicije težav bolnikov tako z biomedicinskimi kot s humanističnimi izrazi; torej s fizičnimi, psihološkimi in družbenimi termini. To izvira iz poročila delovne skupine Royal College of General Practitioners (RCGP) in se je vtisnilo v način razmišljanja stroke, ki je v nevarnosti, da bi jo jemali kot samoumevno.

Učinkovitost je še ena od Gayevih izjav, ki je značilnosti WHO izrecno ne omenjajo. To se domnevno nanaša na stroškovno učinkovitost, ki se sprejema kot značilna lastnost razvitih sistemov

družinskega zdravstvenega varstva. Izjava organizacije WONCA še nadgrajuje to zamisel, s tem da navaja, da ima zdravnik družinske medicine posebno vlogo v upravljanju z viri v sistemih zdravstvenega varstva.

Tesna medsebojna povezanost med načeli, ki opredeljujejo to stroko, kot smo jo prej opisali, in različnimi opisi vlog, postane opazna, če slednjo podrobneje proučimo. (Glej prilogo 1.) Videti je, da je prednost izvirne definicije skupine Leeuwenhorst v tem, da je prestala preizkus časa in je široko sprejeta. Izhaja iz časovnega obdobja, ko je bila družinska medicina še nova stroka z omejeno raziskovalno in izobraževalno podlago ter so nanjo gledali kot na vejo zdravstvene stroke, s katero naj bi se ukvarjali tisti, ki niso bili dovolj usposobljeni za katero od drugih vej. Vsaj delno je bila oblikovana na podlagi opredelitve delovnega mesta, ki jo je izoblikovala delovna skupina Royal College of General Practitioners leta 1972, ki je verjetno vplivala tudi na oblikovanje definicije, ki jo uporablja organizacija WONCA. Pokriva mnoge od značilnosti, ki so bile pozneje opisane v okvirih WHO, vendar jih postavlja v kontekst vsakdanjega dela v družinski medicini. Vendar sama po sebi ni zadostna, da bi jo lahko uporabljali kot edino definicijo, saj ni dovolj obširna – na primer: zdravljenje, rehabilitacija in podporna zdravstvena oskrba niso posebej omenjene.

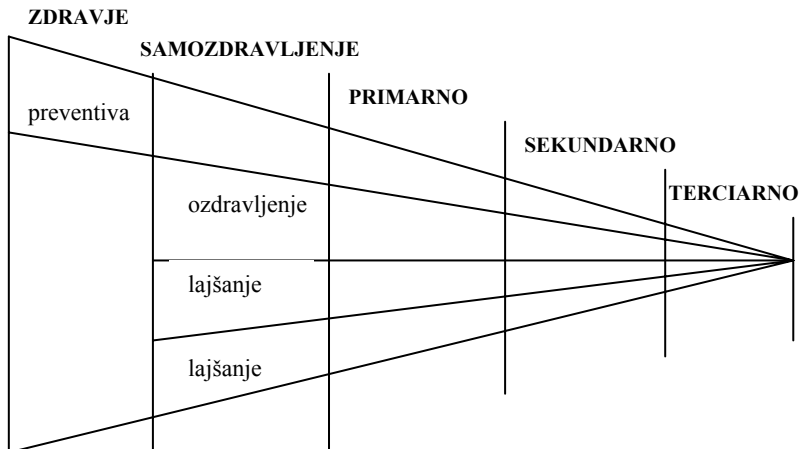
Olesen in sodelavci so zapisali, da je izvirna definicija skupine Leeuwenhorst zastarela in da ne odraža realnega stanja sodobne družinske medicine. Vendar je videti, da večina podrobnosti, na katerih temelji nezadovoljstvo, ki ga izražajo, izhaja iz tega, da večina tistih, ki se štejejo za zdravnike družinske medicine, deluje v sistemih zdravstvenega varstva, ki ne omogočajo izpolnjevanja vseh značilnosti stroke. Zaradi tega opuščajo nekatere od lastnosti, ki jih mnogi štejejo za ključne elemente dela zdravnika družinske medicine, še zlasti pa se pri tem pozablja na koncept delovanja te stroke v skupnosti in na koncept dolgoročne oskrbe – torej kontinuitete. V podporo svojemu mnenju navajajo primere, kot so zdravniki družinske medicine, ki delajo v enotah za nujno medicinsko pomoč.

Videti je, da naslednji definiciji, namreč definicija, ki jo je oblikovala organizacija WONCA leta 1991 in Olesenova iz leta 2000, še vedno izhajata predvsem iz definicije skupine Leeuwenhorst. Kot kaže, je

definicija, ki jo je oblikovala organizacija WONCA, iz leta 1991, veliko primernejša za različne sisteme zdravstvenega varstva in, kot smo že prej omenili, vključuje tudi nekaj deskriptorjev stroke. V paragrafu, ki se nanaša na klinično odločanje, opisuje zgodnjo manifestacijo nediferenciranih kliničnih težav, veliko število težav, ki se ne ujemajo s standardnimi biomedicinskimi diagnozami ter različno razširjenost bolezni in bolezenskih stanj v okolju družinske medicine v primerjavi z okoljem sekundarnega zdravstvenega varstva.

Ob upoštevanju različnih zdravstvenih sistemov ugotavljamo, da je trenutno splošno sprejet model zdravstvenega varstva, ki je prikazan v prikazu 2. Če uporabimo definicijo primarnega zdravstvenega varstva, ki smo jo uporabili v uvodu – »Raven oz. okolje v sistemu zdravstvenega varstva, običajno v okviru bolnikove skupnosti, kjer pride do prvega stika z zdravstvenim strokovnjakom« – moramo upoštevati kontekst delovanja zdravnika družinske medicine. Vmesni člani med skrbjo za lastno zdravje, primarnim, sekundarnim in terciarnim zdravstvenim varstvom ter vzajemnimi vplivi med različnimi izvajalci storitev zdravstvenega varstva v vsakem od teh okolij, so pomembni dejavniki, ki jih je potrebno upoštevati.

Prikaz 2



toleranca

V Evropi obstajajo številni vzorci izvajanja storitev primarnega zdravstvenega varstva, ki se razlikujejo glede na populacijo bolnikov, ki jih obravnavajo zdravniki družinske medicine in glede na naraščajoče število različnih zdravstvenih poklicev, ki se ukvarjajo s primarnim zdravstvenim varstvom v različnih sistemih zdravstvenega varstva. Konteksti, v katerih delujejo taki zdravniki družinske medicine, se zelo razlikujejo, vendar morajo zanje še vedno veljati ista temeljna načela stroke. Očitno nekateri sistemi zdravstvenega varstva ne spodbujajo dobre družinske medicine vendar se – čeprav takih sistemov ni lahko spremeniti – ne smemo bati predlagati idealnega modela sistema zdravstvenega varstva, ki bi verjetno zagotavljal najboljše izide zdravljenja in stroškovno učinkovitost. Tak sistem temelji na visokokakovostni družinski medicini. To je bil eden od glavnih poudarkov okvirnega dokumenta WHO.

Poglavitna naloga je opredeliti edinstveno dejavnost zdravnika družinske medicine. Zdravniki družinske medicine naj bi s svojo dejavnostjo na področju preventivne medicine in zdravstvenega izobraževanja vplivali na skrb za lastno zdravje. V nekaterih sistemih zdravstvenega varstva vplivajo na izvajanje tako storitev v sekundarnem kot terciarnem zdravstvenem varstvu. V drugih, subspecialisti delujejo tudi v okolju primarnega zdravstvenega varstva, kjer se pogosto soočajo s težavami, ki bi jih v drugih državah obravnavali zdravniki družinske medicine. V nekaterih sistemih zdravstvenega varstva imajo lahko zdravniki družinske medicine, ki delujejo predvsem v primarnem zdravstvenem varstvu, le omejeno vlogo v sekundarnem zdravstvenem varstvu.

RAZPRAVA

Ali je vse te različne izjave in definicije mogoče združiti v eno samo definicijo? Ali sploh potrebujemo novo definicijo in ali bi le-ta morala biti opis naloge/vloge ali lastnosti stroke? To vprašanje so preizkusili na delavnici na Evropski konferenci WONCA, leta 2001 v Tampereju na Finskem, kjer je velika večina udeležencev mislila, da je nova definicija potrebna in da mora zajemati opis tako nalog kot temeljnih načel stroke.

Obstaja veliko podobnosti med izjavami o temeljnih načelih, ki opredeljujejo našo stroko ter opisi del in nalog zdravnika družinske medicine, vendar je tudi veliko bistvenih razlik. Kot je bilo že večkrat

poudarjeno, v izjavah obstajajo določene vrzeli, ki so lahko posledica različnih možnih razlag teh izjav. Nobena od teh definicij *per se* ne zajema vseh ključnih lastnosti stroke družinske medicine. Zaradi tega obstaja potreba po sintezi različnih doslej obravnavanih izjav, zaradi proučitve razlik, zapolnitve vrzeli in zagotavljanja njihove celovitosti.

Kaže, da je veliko pomislekov, ki so jih Olsen in sodelavci izrazili v zvezi z definicijo skupine Leeuwenhorst, povezanih z njenim tolmačenjem v absolutnem smislu. Na primer: Kaj pomeni osebna zdravstvena oskrba? Ali je to zdravstvena oskrba, ki jo vsakokrat izvaja isti zdravnik? Če ne, kakšni so pogoji, za to, da jo lahko izvaja namestnik – npr. izven običajnega delovnega časa. Ali s tem mislimo bolj na skrb za ljudi, kot na patologijo – v človeka usmerjena zdravstvena oskrba, kot sta jo opisala Gay in WHO? Tudi o tem smo za mnenje povprašali delavnico v Tampereju; le malo udeležencev je menilo, da bi morali zdravniki družinske medicine zagotavljati 24-urno osebno zdravstveno varstvo, vendar je velika večina menila, da morajo zagotavljati kontinuirano osebno zdravstveno oskrbo v določenem bistvenem časovnem obdobju.

Ko začnemo razmišljati o naših definicijah, je treba poudariti še številne druge pomembne zadeve. Edinstveno vzajemno delovanje zdravnika družinske medicine in bolnika v obliki posvetov v družinski medicini je treba še podrobneje raziskati. To je McWhinney opisal kot dogovor, ki ima že sam po sebi terapevtski učinek. Odnos med zdravnikom in bolnikom v družinski medicini, je spodbudilo Balinta k temu, da je iznašel izraz »zdravnik, ki predpisuje zdravila«. Uporabo vzajemnega odnosa med posvetom kot terapevtskega orodja je treba razumeti kot ključno lastnost družinske medicine in mora tvoriti sestavni del usposabljanja na tem področju. Pereira-Gray je nadalje raziskal pomen kontinuitete in porabe časa, tako da je posamezne konzultacije med zdravnikom družinske medicine in bolnikom v določenem obdobju štel za del kontinuuma. Opazil je, da povprečni državljani v Veliki Britaniji obiše svojega zdravnika družinske medicine petkrat na leto, za kar se skupno porabi 47 minut na leto.

V zadnjih letih je koncept avtonomije bolnika pridobil na veljavi, s tem pa tudi vloga zdravnika družinske medicine pri razvoju strokovnega znanja bolnikov na področju obvladovanja lastne bolezni ter prispevka k obvladovanju bolezni s spremenjenim vedenjem ob

bolezni. Zelo verjetno je, da bo to postalo še pomembnejše, saj bodo bolniki vedno bolj obveščeni zaradi številnih različnih informacijskih sistemov, kot je npr. Internet, ki so jim na razpolago.

Zastopanje se omenja le v izjavi organizacije WONCA, čeprav se je pojavljalo že v pripravljanih osnutkih okvirnega dokumenta WHO. Opisujejo ga kot »pomoč bolniku pri prevzemanju aktivne vloge v procesu kliničnega odločanja ter sodelovanju z vladnimi in drugimi organi zaradi najbolj pravične porazdelitve storitev med vse člane družbe«. Videti je, da bi pri tem zdravnik družinske medicine še vedno imel določeno funkcijo, in sicer v tem, da bi bolnikom pomagal pri njihovem dogovarjanju v zvezi s storitvami sekundarnega in terciarnega dela njihovih sistemov zdravstvenega varstva.

Epidemiologija v družinski medicini se bistveno razlikuje od tiste v sekundarnem zdravstvenem varstvu. Huda bolezen se manifestira zgodaj in na nediferenciran način; številne manjše težave, ki so same po sebi omejenega značaja, se opažajo predvsem ali večinoma v primarnem zdravstvenem varstvu, družinska medicina pa obvladuje večino longitudinalne oskrbe kroničnih bolezni. Veliko posvetov je namenjenih le zmanjšanju zaskrbljenosti zaradi možnosti, da zbolijo pri bolnikih brez patologije – usmerjenost primarnega zdravstvenega varstva v normalna stanja. Koncept usmerjenosti v normalnost je kompleksen in pokriva številna vprašanja. Obsega dejavnost pospeševanja zdravja in dobrega počutja in pričakovanje, da večina težav, ki se jim predstavijo, ne temelji na patologiji. Istočasno pa morajo zdravniki družinske medicine diagnosticirati in obvladovati hude bolezni, katerih razširjenost je drugačna v primerjavi s sekundarnim in terciarnim zdravstvenim varstvom. Sposobnost reševanja problemov morajo uporabiti za reševanje te dileme. To je zelo zapletena naloga, ki terja specifičen proces odločanja, ki temelji na nizki razširjenosti hudih bolezni in na dejstvu, da je pozitivna predvidljiva vrednost simptomov in bolezenskih znakov ter diagnostičnih preiskav v primarnem zdravstvenem varstvu drugačna in – zaradi številnih pomembnih razlogov – nižja kot v bolnišnicah. Pogosto ni nikakršnega biomedicinskega razloga za nadloge, ki mučijo bolnika, pri tem pa je pomembno vedeti, kdaj je treba prenehati s preiskavami ob hkratnem nadaljevanju oskrbe. Prav tako je treba zaščititi bolnika pred škodljivimi vplivi pretiranega predpisovanja zdravil za njihove težave in jih »rešiti« pred nepotrebnimi preiskavami, pregledi in

zdravljenji.

McWhinney je poudarjal pomen modela bioloških procesov, ki temelji na organih, v katerem je način vedenja posameznega organizma delno odvisen od njegove anamneze, konteksta in okolja. To od zdravnikov družinske medicine terja, da morajo iskati zapletenost in sprejemati negotovost, pri tem pa poudarja, da od vseh kliničnih strok ravno družinska medicina deluje na najvišji ravni zapletenosti in posledično tudi negotovosti. V tem predavanju je poudaril več vprašanj, o katerih smo že razpravljali – medsebojna razmerja, osebna naravnost posameznika ter razcepjenost med razumom in telesom (fizična, psihološka in družbena).

V današnjih časih potrošništva in obvladovanja uspešnosti se od družinskih zdravnikov pričakuje, da bodo svoje sposobnosti vzdrževali s pomočjo vseživljenjskega učenja in jih izkazovali v smislu zagotavljanja kakovosti. V nekaterih sistemih zdravstvenega varstva to vodi k obveznemu periodičnemu ponovnemu pridobivanju akreditacije – podaljševanju licence. Druge družbene spremembe bodo vplivale tudi na spremembo odnosa potrošnikov do načina zagotavljanja storitev v zdravstvenem varstvu, zdravniki družinske medicine pa bodo morali biti dovolj prilagodljivi, če se bodo hoteli odzivati na te spremembe. Ta fleksibilnost mora biti taka, da se bo lahko spopadala s hitrimi spremembami na področju biomedicine, kar se pri kliničnem zdravniku družinske medicine dogaja v celotnem spektru obvladovanja bolezni.

Prav tako prihaja do razvoja na področju upravljanja s sredstvi. S stalnim naraščanjem stroškov zdravstvenega varstva je zdravnik družinske medicine v partnerstvu s svojim bolnikom v enkratnem položaju, da lahko določa prednostne naloge pri zagotavljanju storitev zdravstvenega varstva in razporejanja sredstev. Zdravniki družinske medicine se morajo prav tako zavedati svoje vloge pri spodbujanju stroškovno učinkovitega sloga dela, ne le pri sebi, temveč tudi pri svojih kolegih. Morda bo prihajalo do konfliktov med željami in potrebami posameznega bolnika ter potrebami skupnosti kot celote; zdravnik družinske medicine se mora tega zavedati, biti sposoben vzpostaviti ustrezno ravnovesje in se o tem pogovoriti z bolnikom.

Področje, ki ga nobena od predhodnih definicij posebej ne

obravnava, je koncept »pogosto uporabljanih« in »zelo tveganih« veščin (high-risk skills). Pogosto uporabljane sposobnosti so tiste, ki se pogosto uporabljajo v okolju družinske medicine zaradi pogoste potrebe po njih, npr.: pregledi otrok, jemanje podatkov o anamnezi v strogo odmerjenem času, pregledi ušes, nosu in grla itd. Zelo tvegane veščine so tiste, ki so potrebne v primerih, s katerimi se zdravnik družinske medicine ne sooča pogosto in ki so za bolnika zelo tvegani, npr.: kardiopulmonalno oživljanje, bolnik s krči ali nasilni/nevorni bolniki.

Končno mora biti povsem jasno, da mora naš izobraževalni proces pripraviti zdravnike družinske medicine na zelo različne klinične procese, ki niso predvsem mehanične ali tehnične narave, kakršen je še vedno način poučevanja medicine na medicinskih fakultetah po vsem svetu.

Potrebna je avtoritativna izjava, ki bi opredelila tako stroko družinske medicine kot naloge zdravnika družinske medicine in jih medsebojno - vsaj v splošnih pojmih – povezala s kontekstom sistema zdravstvenega varstva.

Opredeliti bi morala:

1. Tiste bistvene elemente stroke, ki jo opredeljujejo in niso odvisni od sistemov zdravstvenega varstva.
2. Tiste strokovne naloge, ki so splošno veljavne, vendar so lahko odvisne od konteksta. Primer le-tega bi lahko bil, da je sicer napotitev na sekundarno zdravstveno oskrbo bistvena lastnost stroke, vendar vloga »vratarja« do sekundarnega zdravstvenega varstva pa ne.
3. Strokovne naloge, ki zaradi razlik v kontekstu niso splošno veljavne, vendar je treba v primeru, da obstoječe stanje velja za nezadovoljivo (npr. če smo prepričani, da bi se morali zdravniki družinske medicine ukvarjati z bolniki vseh starosti, vključno z otroki, vendar v določenem sistemu zdravstvenega varstva to ni mogoče), predlagati spremembo takega sistema zdravstvenega varstva zaradi tega, da bi bolniki uživali največ prednosti v smislu izidov zdravljenja in da bi družbi zagotovili stroškovno učinkovito zdravstveno varstvo.

To nas bo pripeljalo do nekaterih novih ali vsaj popravljenih definicij. Potrebujemo definicijo značilnosti ali temeljnih načel stroke družinske

medicine **IN** definicijo vloge družinskih zdravnikov, razdeljene v kategorije glede na sistem zdravstvenega varstva, v katerem delujejo.

EVROPSKE DEFINICIJE IZ LETA 2002

Stroka in specialnost družinske medicine

Družinska medicina je akademska in znanstvena veda in klinična specialnost s svojo lastno izobraževalno vsebino, raziskavami, z dokazi podprto klinično dejavnostjo, ki je usmerjena v primarno zdravstveno oskrbo.

1. Značilnosti družinske medicine so v tem, da
 - a) gre običajno za prvi zdravstveni stik v okviru sistema zdravstvenega varstva, ki svojim uporabnikom zagotavlja odprt in neomejen dostop in se ukvarja z vsemi vrstami zdravstvenih težav, ne glede na starost, spol ali druge značilnosti obravnavane osebe.
 - b) učinkovito uporablja vire oz. sredstva zdravstvenega varstva, tako da usklajuje oskrbo bolnikov, sodeluje z ostalimi strokovnjaki v okviru primarnega zdravstvenega varstva in se povezuje z drugimi specialnostmi ter prevzema vlogo posrednika za bolnika kadar je to potrebno,.
 - c) razvija odnos, ki je osredotočen na posameznika, njegovo/njeno družino in skupnost.
 - d) ima edinstven potek posveta med zdravnikom in bolnikom , ki z učinkovitim sporazumevanjem postopoma ustvari povezanost med zdravnikom in bolnikom
 - e) je odgovorna za zagotavljanje dolgoročne, kontinuirane oskrbe, kot to zahtevajo potrebe bolnika.
 - f) uporablja specifičen način odločanja, ki ga določata razširjenost in pogostnost pojavljanja bolezni v skupnosti.
 - g) sočasno obvladuje akutne in kronične zdravstvene

probleme posameznih bolnikov.

- h) obravnava bolezni , ki se v zgodnjem stadiju svojega razvoja lahko pojavijo na nediferenciran način, kar včasih lahko zahteva nujno posredovanje.**
- i) spodbuja zdrav način življenja in blagostanje bolnikov z ustreznim in z učinkovitim ukrepanjem.**
- j) ima specifično odgovornost do zdravja v skupnosti.**
- k) se ukvarja z zdravstvenimi problemi v psihološkem, socialnem, kulturnem in bivanjskem okviru.**

Specialnost zdravnika družinske medicine

Zdravniki družinske medicine so zdravniki specialisti usposobljeni v temeljnih načelih stroke. So osebni zdravniki, ki so v prvi vrsti odgovorni za zagotavljanje vsestranske in kontinuirane zdravstvene oskrbe vsakega posameznika, ki išče zdravniško pomoč ne glede na njegovo starost, spol ali bolezen. Skrbijo za posameznike v okviru njihovih družin, skupnosti in njihove kulture pri čemer vedno spoštujejo avtonomnost svojih bolnikov. Prepoznajo tudi svojo strokovno odgovornost do skupnosti. Pri dogovarjanju s svojimi bolniki o načrtu vodenja oz. obvladovanja bolezni upoštevajo psihične, psihološke, socialne, kulturne in eksistencialne dejavnike, pri čemer uporabljajo znanje in zaupanje pridobljeno na osnovi večkratnih stikov med bolnikom in zdravnikom. Zdravniki družinske medicine izvajajo svojo strokovno vlogo s promoviranjem zdravja, preprečevanjem bolezni in zagotavljanjem zdravljenja, zdravstvene oskrbe ali paliativne oskrbe. Omenjene dejavnosti opravljajo neposredno ali pa s pomočjo drugih storitev oz. služb, odvisno od zdravstvenih potreb in razpoložljivih sredstev v skupnosti za katero skrbijo, prav tako pa, kadar je to potrebno, pomagajo bolnikom pri dostopu do omenjenih storitev. Sprejeti morajo odgovornost za razvijanje in ohranitev svojih sposobnosti, osebnega ravnovesja in vrednot kot osnove za učinkovito in varno zdravstveno oskrbo bolnikov.

VIRI

1. The General Practitioner In Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice, Leeuwenhorst, Netherlands 1974.
2. Framework for Professional and Administrative Development of General Practice / Family Medicine in Europe, WHO Europe, Copenhagen, 1998.
3. Van Weel C. The Impact of Science on the Future of Medicine: CGP Spring Meeting, 2001.
4. Council Directive 93/16/EEC to facilitate the free movement of doctors and the mutual recognition of their diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications; Official Journal of the European Community, 165: 7/7/93.
5. Proceedings UEMO Consensus Conference on Specific Training for General Practice. UEMO. Published by The Danish Medical Association. Copenhagen 1995.
6. Report and Recommendations on the Review of Specific Training in General Medical Practice: Advisory Committee on Medical Training (to the European Commission), XV/E/8433/95-EN October 1995.
7. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice-time for a new definition BMJ 2000; 320: 354-357.
8. Gay Bernard, What are the basic principles to define general practice, Presentation to Inaugural Meeting of European Society of General Practice/Family Medicine, Strasbourg, 1995.
9. The Role of the General Practitioner / Family Physician in Health Care Systems: a statement from WONCA, 1991.
10. The Future General Practitioner – Learning and Teaching: London; RCGP, 1972.
11. The Nature of General Medical Practice – Report from General Practice 27: London; RCGP 1996.
12. McWhinney Ian R, Primary care core values: core values in a changing world, BMJ, 1998, 317 (7147), 1807-1809.
13. Balint M. The Doctor, his Patient and the Illness: Pitman Medical; London, 1964.
14. Pereira-Gray D, Forty-seven minutes a year for the patient, British Journal of General Practice 1998; 48 (437): 1816-1817.
15. McWhinney Ian R The importance of being different. British Journal of General Practice, 1996, 46, 433-436.

6. AKADEMSKI PREGLED IN ANALIZA; TEMELJNA ZNANJA IN VEŠČINE - USPOSOBLJENOST

§1 Predgovor

1.1 Opis temeljnih znanj in veščin je rezultat hierarhičnega procesa. Iz temeljnih načel stroke družinske medicine izhajajo strokovne naloge specializacije zdravnika družinske medicine, iz teh nalog pa izhajajo temeljne pristojnosti.

1.2 Opredelitev temeljnih strokovnih nalog in sposobnosti pomeni, da obstajajo tudi ne tako bistveni elementi. Zelo pogosto so le-ti povezani z razlikami med sistemi zdravstvenega varstva in družbami, v kateri delujejo zdravniki družinske medicine. Evropa pozna veliko različnih sistemov zdravstvenega varstva in različnih situacij, v katerih zdravniki družinske medicine izvajajo storitve zdravstvenega varstva. Obstajajo temeljne kulturne (vključno z verskimi) in politične razlike med družbami ter skupinami prebivalstva, ki jih obravnavajo zdravniki družinske medicine. To lahko vodi k različnim opisom del in nalog. Družinska medicina je klinična stroka, ki je veliko bolj od vseh drugih odvisna od razlik med posameznimi družbami. Zdravnik družinske medicine je posrednik med družbo in medicino.

1.3 Usposobljenost se lahko opredeli kot zmožnost zdravnika družinske medicine, da poleg dejanskega dela uspešno opravi še vrsto diskretnih opaznih nalog. Tako lahko na usposobljenost gledamo kot na zmožnost posameznika, da deluje na zahtevani ravni in v dani situaciji. V Millerjevi piramidi so ravni »ve« (osnovna dejstva), »ve kako« (sposoben uporabljati znanje) in »pokaže kako« (sposoben pokazati sposobnosti) povezane s konceptom usposobljenosti.

Uspešnost lahko opredelimo kot tisto, kar zdravnik dejansko počne v okviru klinične oskrbe in sporazumevanje z bolniki med dnevno prakso; uspešnost se nanaša na Millerjevo raven »naredi«. Šteje, da je zelo odvisna od obstoječih pogojev v zdravstvenem varstvu in od zahtev, finančnih in strukturnih možnosti, možnosti v praksi in obstoječe podpore.

Zaradi široke uporabnosti v Evropi se ta dokument omejuje le na temeljne usposobljenosti zdravnikov družinske medicine. S temi temeljnimi znanji in veščinami oblikujejo teoretični model oz. okvir. Dejanska praksa se lahko in se najbrž tudi bo razlikovala od teh temeljnih znanj in veščin.

§2 Od temeljnih načel družinske medicine k temeljnim znanjem in veščinam

Enajst značilnosti stroke pomeni enajst različnih področji, na katerih mora biti usposobljen vsak specialist družinske medicine. Zaradi medsebojne povezanosti jih združujemo v šest neodvisnih kategorij temeljnih znanj in veščin. Vsak sklop opisujemo z njegovimi pglavitnimi vidiki.

1. Usposobljenost za storitve primarnega zdravstvenega varstva vključuje naslednja znanja in veščine:
 - obvladati primarni stik z bolniki, reševanje različnih težav;
 - pokrivati celoten spekter zdravstvenih stanj;
 - koordinirati oskrbo z drugimi strokami v primarnem zdravstvenem varstvu in z drugimi specialisti;
 - obvladati učinkovito in ustrezno izvajanje storitev zdravstvenega varstva in uporabo storitev zdravstvenega varstva;
 - zagotoviti bolniku dostop do ustreznih storitev v sistemu zdravstvenega varstva;
 - delovati kot zastopnik bolnika.

2. V osebo usmerjena zdravstvena oskrba vključuje naslednje naslednja znanja in veščine:
 - sprejeti v človeka usmerjen pristop pri ukvarjanju z bolniki in z njihovimi zdravstvenimi težavami ob upoštevanju konteksta in okoliščin posameznega bolnika;
 - uporabiti posveta v okviru družinske medicine za vzpostavitev učinkovitega odnosa med zdravnikom in bolnikom ob upoštevanju bolnikove samostojnosti;
 - sporazumevati se, določati prednostne naloge in delovati v partnerstvu;
 - zagotoviti stalnost zdravstvene oskrbe, kot jo določajo potrebe bolnika, v povezavi s kontinuiranim in koordiniranim vodenjem zdravstvene oskrbe.

3. Zmožnosti reševanja specifičnih problemov vključujejo naslednja znanja in veščine:
 - povezovati specifične procese odločanja z razširjenostjo in pogostnostjo bolezni v skupnosti;
 - selektivno zbirati in tolmačiti podatke iz anamneze, fizičnih pregledov in preiskave ter jih uporabiti za ustrezno načrtovanje obvladovanja bolezni v sodelovanju z bolnikom;
 - sprejeti ustrezna delovna načela, npr. stopnjevanje preiskav, uporaba časa kot orodja in sprejemanje negotovosti;
 - po potrebi nujno ukrepati;
 - obvladovati stanja, ki se lahko pojavijo zgodaj in na nediferencirani način;
 - dejavno in učinkovito uporabljati diagnostične in terapevtske posege;
4. Celovit pristop vključuje naslednja znanja in veščine:
 - hkratno obvladovanje številnih težav in patologij, tako akutnih kot kroničnih zdravstvenih težav posameznika;
 - spodbujati zdravje in dobro počutje z ustrezno promocijo strategij za ohranjanje zdravja in preprečevanje bolezni;
 - voditi in koordinirati pospeševanje zdravja, preventivo, kurativo, oskrbo ter paliativno oskrbo in rehabilitacijo.
5. Usmerjenost v skupnost vključuje naslednja znanja in veščine:
 - usklajevati zdravstvene potrebe posameznih bolnikov in zdravstvene potrebe skupnosti, v kateri živijo, v skladu z razpoložljivimi sredstvi.
6. Celovito oblikovanje modelov vključuje naslednja znanja in veščine:
 - uporabiti bio-psiho-socialni model ob upoštevanju kulturnih in eksistencialnih razsežnosti.

§3 Tri področja izvajanja

Pri opravljanju dela v okviru svoje specialnosti zdravnik uporablja našeta znanja in veščine na treh pomembnih področjih:

a. KLINIČNE NALOGE

- znanja in veščine obvladovanja širokega obsega kroničnih bolezni, problemov in obolenj, na način kot se manifestirajo;

- dolgoročno vodenje oz. obvladovanje in kasnejše spremljanje bolnika;
- sposobnost, da pretehta dokaze in izkušnje na učinkovit način.

b. KOMUNIKACIJA Z BOLNIKI

- sposobnost strukturiranja posveta;
- zagotavljanje enostavno razumljivih informacij ter razlaga postopkov in ugotovitev;
- *razumevanje in ustrezno ravnanje pri različnih manifestacijah občutkov.*

c. OPRAVLJANJE DELA OZ. IZVAJANJE DEJAVNOSTI

- zagotavljanje ustrezne dostopnosti in razpoložljivosti pacientom;
- učinkovita organizacija, opremljenost za delo in finančno vodenje poslovanja in sodelovanje s timom v okviru iste dejavnosti;
- sodelovanje z ostalim osebjem v okviru primarnega zdravstvenega varstva in z drugimi specialisti.

§4 Temeljne lastnosti stroke

Za znanstveno stroko, ki je usmerjena v osebo, so bistvene naslednje tri lastnosti: kontekst, odnos in znanost.

KONTEKSTUALNI VIDIKI

- Uporaba kontekstualnih podatkov o bolniku, njegove anamneze, stanja in družbenega izvora pri diagnosticiranju, odločanju ter načrtovanju poteka zdravljenja.
- Izražanje osebnega zanimanja za bolnika in njegovo okolje in zavedanje možnih posledic bolezni za družinske člane in širše okolje (vključno z delovnim okoljem) bolnika.

VIDIKI, POVEZANI Z ODNOSOM

- Zavedanje lastnih zmožnosti in vrednot.
- Ugotavljanje etičnih vidikov klinične prakse (preventiva/ diagnostika/ terapija/ dejavniki, ki vplivajo na življenjski slog).
- Utemeljitev in pojasnitev osebne etike.
- Zavedanje medsebojnih vplivov dela in zasebnega življenja ter prizadevanje vzpostaviti ravnovesje med obema.

ZNANSTVENI VIDIKI

- Seznanjenost s splošnimi temeljnimi načeli, metodami, koncepti

znanstvenih raziskav in osnovami statistike (pogostnost, razširjenost, predvidena vrednost itd.).

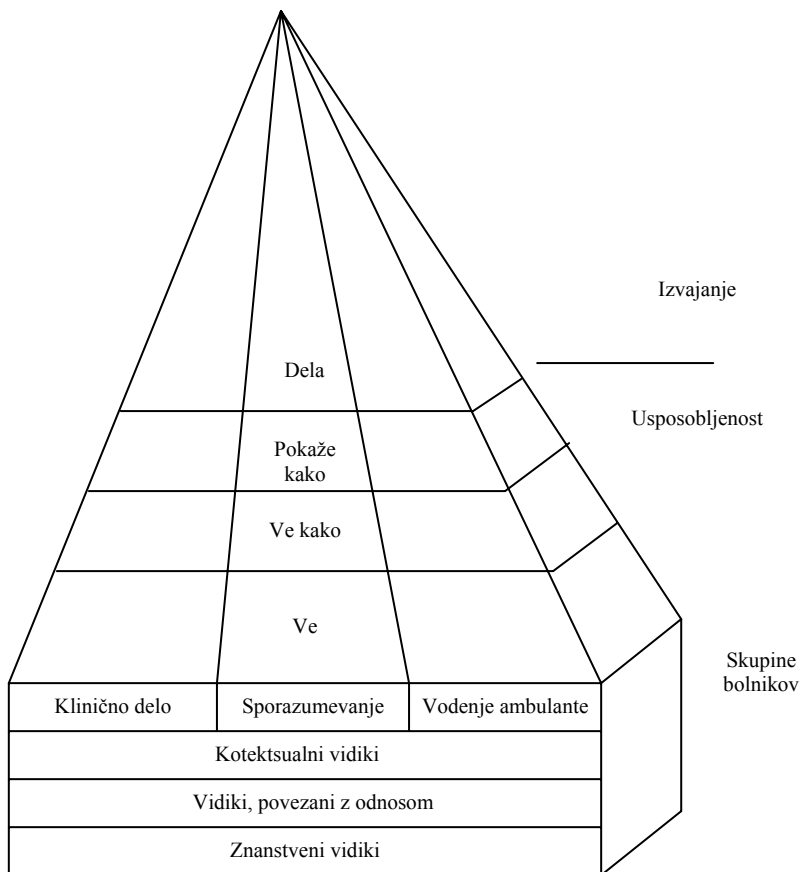
- Temeljito znanje na področju znanstvenih osnov patologije, simptomov in diagnoz, terapije in prognoze, epidemiologije, teorije odločanja, teorij o oblikovanju hipotez ter reševanju problemov, preventivnega zdravstvenega varstva.
- Sposobnost iskanja, branja in kritičnega ocenjevanja medicinske literature.
- Razvijanje in vzdrževanje stalnega učenja in izboljševanja kakovosti.

§5 Medsebojno povezan okvir znanj in veščin, vizualni prikaz

Medsebojna povezava temeljnih znanj in veščin, področij delovanja in temeljnih lastnosti je značilna za stroko ter poudarja kompleksnost specializacije.

Za vizualno predstavitev medsebojnih razmerij med temeljnimi sposobnostmi se uporabljajo različni modeli: Millerjev trikotnik, Fabbova kocka in Donabedianov okvir pogojev, postopka in izida. Predhodne raziskave, ki so jih opravili Ram in sodelavci se z njimi podrobno ukvarjajo. (glej prikaz 3).

Prikaz 3: Okvir medsebojne povezanosti znanja, veščin in usposobljenosti.



Obsežno področje zdravstvene oskrbe v družinski medicini je razdeljeno v tri glavna področja na eni osi: klinične naloge, komunikacija z bolniki in vodenje dela oz. opravljanje dejavnosti (glej §3).

Za evidentiranje težav in bolezni bolnikov se lahko uporablja klasifikacija v skladu s poglavji Mednarodne klasifikacije v primarnem zdravstvenem varstvu (International Classification of Primary Care -

ICPC). Ti vidiki in kategorije bolnikov so predstavljeni na drugi osi.

Tretja os modela odraža najnovejši razvoj teoretičnih pogledov in medicinske stroke, od usposobljenosti (ve, ve kako, pokaže kako) do izvajanja nalog. Na vrhu te piramide je izvajanje na kliničnem področju, na področju sporazumevanja z bolnikom in na področju organizacije dela v ambulanti.

V tej piramidi je predstavljen tudi Donabedianov okvir. Pogoji (organizacija dela in vodenje) in postopek (sporazumevanje z bolniki in klinično delo) sta prikazana na horizontalni osi. Izidi zdravljenja bolnikov (parametri povezani z boleznijo in splošna kakovost življenja) se lahko razumejo kot rezultat dinamičnega medsebojnega vpliva vseh treh osi.

Glede na to, da gre za znanstveno stroko, ki je usmerjena na osebo, so postavljene tudi sposobnosti, povezane s specializacijo, ki tvorijo osnovo piramide: vidiki konteksta, odnosa in znanstveni vidiki (glej §4). Strokovnjak, ki se pri svojem delu osredotoča na osebo, pri odločanju uporablja kontekst osebe. Čeprav sporazumevanje z bolniki vključuje tudi odnos, se z uvajanjem odnosa kot ločene lastnosti, vključujejo tudi vidiki profesionalnega vedenja v stroki. Ker je usposabljanje za splošno medicino akademsko delo, za katero je potreben pristop, ki temelji na dokazih, je treba za vse strokovne naloge uporabiti znanstveni pristop.

Ilustracija kaže zapletena medsebojna razmerja med temeljnimi sposobnostmi. Ravno ta kompleksnost bi morala voditi in se odražati v razvoju s tem povezanih učnih načrtov in načrtovanja raziskav in zagotavljanja kakovosti.

VIRI

1. Ram P, van der Vleuten CPM, Rethans JJ, Grol R, Aretz K. Assessment of practicing family physicians in a multiple-station examination using standardised patients with observation of consultation in daily practice. *Acad Med* 1999; 74: 62-9.
2. Ram P. Comprehensive assessment of general practitioners. A study on validity, reliability and feasibility. Thesis 1998, Maastricht University.

3. Van den Hombergh P, Grol R, van den Hoogen HJM, van den Bosch WJHM. Assessment of management in general practices: validation of a practice visit method. Br J Gen Pract 1998; 48: 1743-50.
4. Heath I, Evans P, van Weel C. The specialist of the discipline of general practice. Br Med J 2000; 320: 326-7.
5. Van Weel C. Examination of context of medicine. Lancet 2001; 357: 733-4.
6. Stephenson A, Higgs R, Sugarman J. Teaching professional development in medical schools. Lancet 2001; 357: 867-70.
7. Metz JCM, Stoelinga GBA et al. Blueprint 1994: training of doctors in the Netherlands. Objectives of undergraduate medical education. Nijmegen University, 1994.
8. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Gray JA, Haynes RB. Evidence based medicine: how to practice and teach EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997.
9. Lamberts H, Wood M, eds. International Classification of Primary Care (ICPC). Oxford: Oxford University Press, 1987.

WONCA EUROPE dovoljuje kopiranje in razpečevanje te elektronske različice EVROPSKE DEFINICIJE DRUŽINSKE MEDICINE (EUROPEAN DEFINITION OF GENERAL PRACTICE / FAMILY MEDICINE) po vsem svetu za akademske in izobraževalne namene.

Avtorske pravice so last WONCA EUROPE, vsakršna drugačna uporaba besedila je možna le z dovoljenjem WONCA EUROPE. Nobenih kopij se ne sme prodajati ali z njimi komercialno trgovati.

7. PRILOGE

Priloga 1.1 - Definicija skupine Leeuwenhorst iz leta 1974

“Zdravnik družinske medicine je zdravnik z diplomo iz medicine in licenco, ki posameznikom, družinam in prebivalstvu, ki ga pokriva njegova praksa, nudi osebno, primarno in kontinuirano oskrbo, ne glede na njihovo starost, spol in bolezen. Sinteza teh funkcij je edinstvena. Svoje bolnike sprejema v svoji ordinaciji in jih obiskuje na domovih ter včasih na kliniki ali v bolnišnici. Njegov cilj je zgodnja postavitve diagnoze. Pri svoji presoji o zdravju in bolezni upošteva in združuje fizične, fiziološke in družbene dejavnike. Le-ti se odražajo v njegovi obravnavi bolnikov. Je prvi, ki odloča o vsaki težavi, ki mu jo kot zdravniku predstavijo. Dolgoročno vodi svoje bolnike s kroničnimi, ponavljajočimi se ali smrtnimi boleznimi. Dolgoročni stiki pomenijo, da lahko uporabi ponavljajoče se priložnosti za zbiranje informacij v presledkih, ki ustrezajo vsakemu bolniku, in vzpostavi zaupanje, ki ga lahko strokovno uporabi. Deluje v sodelovanju z drugimi kolegi, tako medicinske kot drugih strok. Ve kako in kdaj mora ukrepati v smislu zdravljenja, preprečevanja in izobraževanja z namenom izboljšanja zdravja svojih bolnikov in njihovih družin. Zaveda se, da je profesionalno odgovoren tudi skupnosti.”

Priloga 1.2 - Definicija organizacije WONCA iz leta 1991

“Zdravnik družinske medicine je zdravnik, ki je predvsem odgovoren za celovito zdravstveno oskrbo vsakega posameznika, ki poišče medicinsko pomoč in po potrebi za organiziranje nujenja storitev, ki jih izvaja drugo zdravstveno osebje. Zdravnik družinske medicine deluje kot zdravnik družinske medicine, ki sprejme vsakogar, ki išče medicinsko pomoč, medtem ko drugi izvajalci storitev zdravstvenega varstva omejujejo dostop do svojih storitev na podlagi starosti, spola ali diagnoze.

Zdravnik družinske medicine oskrba posameznika v kontekstu družine in družino v kontekstu skupnosti, ne glede na raso, vero, kulturo ali družbeni razred. Je klinično usposobljen izvajati večinski del njihove oskrbe po upoštevanju kulturnega, družbenoekonomskega in psihološkega ozadja. Poleg tega je osebno odgovoren za celovito in kontinuirano oskrbo svojih bolnikov.

Zdravnik družinske medicine opravlja svojo strokovno vlogo, tako da jim glede na njihove zdravstvene potrebe in razpoložljiva sredstva v skupnosti, ki ji služi, bodisi neposredno bodisi preko storitev drugih zagotovi zdravstveno oskrbo.”

Priloga 1.3 - Olesenova definicija iz leta 2000

“Zdravnik družinske medicine je specialist, ki je usposobljen za delo v prvi liniji sistema zdravstvenega varstva in za začetne korake pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe vseh morebitnih zdravstvenih težav, ki jih imajo lahko bolniki. Zdravnik družinske medicine skrbi za posameznike v družbi, ne glede na vrsto bolnikove bolezni ali druge osebne ali družbene značilnosti in organizira razpoložljiva sredstva v okviru sistema zdravstvenega varstva, tako da najbolj koristijo bolniku. Zdravnik družinske medicine deluje z avtonomnimi posamezniki na celotnem področju, preprečevanja, diagnostike, kurative, zdravstvene oskrbe, paliativne oskrbe, uporabe in vključevanja znanosti biomedicine, medicinske psihologije in medicinske sociologije.”

Priloga 2 - Postopek priprave in srečanja

Ta dokument je prvotno pripravila delovna skupina Sveta Evropske akademije učiteljev v družinski medicini (Council of the European Academy of Teachers in General Practice - EURACT), pozneje pa je bil dopolnjen na sestankih WONCA Europe v Barceloni, Španija, oktobra 2001 in Noordvijk, Nizozemska, v marcu 2002. Pomenil naj bi prvi korak v procesu doseganja soglasja na evropski ravni. Iz teh definicij se lahko izpeljejo temeljne sposobnosti in načrti za raziskave, zagotavljanje kakovosti in poučevanje, ki se razvijajo za zadovoljevanje potreb družinske medicine v 21. stoletju.

Pripravljalno delo v okviru Sveta EURACT je sprožila objava predlaganih revidiranih definicij vloge zdravnika družinske medicine, ki so jih oblikovali Olesen in sodelavci. Prizadevali so si za novo definicijo, ki bi temeljila na »idealni vsebini specializacije«. Predlagali so, da bi morala biti univerzalna, in ne specifična za vsako državo, ter da bi morala zagotavljati okvir za poučevanje in usposabljanje in nadalje oblikovali novo definicijo. Čeprav so si prizadevali pomagati, se zdi, da njihova definicija ni uspela izpolniti niti njihovih lastnih zahtev.

Delovni skupini Sveta EURACT so bila v razmislek predana naslednja vprašanja:

Kaj je zdravnik družinske medicine? Kaj trenutno delajo in kaj bi morali delati? Ali bi morali opredeliti stroko z definicijo nalog zdravnika družinske medicine ali s temeljnimi načeli ali z obojim? Veliko jih je, ki v stroki delujejo le do omejenega obsega (zaradi njihovih sistemov zdravstvenega varstva); ali naj jih štejemo za zdravnike družinske medicine? Ali obstaja razlika med zdravnikom družinske medicine in specialistom družinske medicine?

Uporabili smo postopek postopnih razprav o teh vprašanih z namenom raziskati nekaj poglobljenih mednarodnih publikacij na tem področju namesto poglobljene raziskave vse obsežne literature na to temo. Potekal je proces primerjave in iskanja podobnosti med različnimi prej opisanimi pristopi in ugotavljanja razlogov za te razlike. Nato je bil s ponovljenim procesom oblikovan osnutek tega dokumenta in o njem se je širše razpravljalo. Omejeno posvetovanje o osnutku tega dokumenta je potekalo na mednarodni delavnici v

Tampereju, maja 2001, na kateri je sodelovalo več kot 90 zdravnikov družinske medicine iz vse Evrope.

WONCA Europe je v povezavi z EURACT, SEMFYC, WHO Barcelona, EGPRW, EQuIP in EUROPREV organizirala konferenco o soglasju na katero je povabila ključne organizacije. Le-ta je potekala oktobra 2001, na njej pa so se dogovorili o osnutku izjave, o kateri naj bi se širše razpravljalo. To je opravila WONCA Europe, ki je dokumente poslala v komentar vsem evropskim univerzam in nacionalnim združenjem ter drugim organizacijam, ki se v Evropi ukvarjajo z družinsko medicino. Odgovori so bili zbrani in predstavljeni na konferenci teh organizacij v Noordwijku, marca 2002, po kateri je bil ta dokument dokončno oblikovan.

Priloga 3 - Zahvale

WONCA EUROPE se zahvaljuje vsem tistim organizacijam in posameznikom, ki so posredovali svoje pisne pripombe oz. komentarje ali se udeležili posvetovalne procesa, ki je pripeljal do izdelave tega dokumenta. To so:

Austrian Society General Practice/Family Medicine
College of Family Physicians of Canada
College National de Generalistes Enseignants, France
Danish College of General Practitioners
Dutch College of General Practitioners
European Academy of Teachers in General Practice
European General Practice Research Workshop
European Network for Prevention and Health Promotion in Family
Medicine and General
Practice
European Union of General Practitioners
European Working Party on Quality Assurance
The Icelandic College of Family Physicians
Malta College of Family Doctors
Norwegian College of General Practitioners
Royal College of General Practitioners, United Kingdom
Slovak Society of General Practice/Family Medicine
Spanish Society of Family and Community Medicine
Swedish association of General Practice
Swiss Society of General Medicine
WHO, Barcelona office
World Organisation of Family Doctors

Dr M Boland
Dr G Buckley
Dr J Horder
Prof. C Lionis

Priloga 4 - WONCA EUROPE – DRŽAVE ČLANICE

ANDORA
AVSTRIJA
BELGIJA
HRVAŠKA
ČEŠKA
REPUBLIKA
CIPER
DANSKA
ESTONIJA
FRANCIJA
FINSKA

NEMČIJA
GRČIJA
ISLANDIJA
IRSKA
IZRAEL
ITALIJA
LITVA
MALTA
NIZOZEMSKA
NORVEŠKA
POLJSKA

PORTUGALSKA
ROMUNIJA
SLOVAŠKA
REPUBLIKA
SLOVENIJA
ŠPANIJA
ŠVEDSKA
ŠVICA
UKRAJINA
VELIKA
BRITANIJA

Priloga 5 - Definicije angleškega izrazoslovja

Pri uporabi in tolmačenju jezika, ki se uporablja v zvezi z družinsko medicino obstaja precejšnja zmeda. Da bi se izognili napačnemu tolmačenju ali razumevanju za potrebe teh dokumentov namenjenih razpravi, spodnji izrazi pomenijo naslednje:

Zdravnik družinske medicine} zdravnik družinske medicine}	Sopomenki, ki se uporabljata za opis zdravnika, ki je opravil podiplomsko usposabljanje na področju družinske medicine, ki ustreza vsaj tisti ravni, ki je določena v poglavju 4 Zdravniške direktive Evropske unije.
Zdravnik na primarni ravni	Zdravnik iz katerekoli stroke, ki dela v okviru primarnega zdravstvenega varstva.
Zdravnik na sekundarni ravni	Zdravnik, ki je opravil določeno obdobje višjega podiplomskega usposabljanja na področju stroke, ki se ukvarja s posameznim organskim sistemom / organom / boleznijo in dela predvsem v okviru te stroke v bolnišnici.
Specialist	Zdravnik iz katerekoli stroke, ki je opravil ustrezno podiplomsko usposabljanje.
Osnovno zdravstveno varstvo	Raven oz. okolje v sistemu zdravstvenega varstva, običajno v okviru bolnikove skupnosti, kjer pride do prvega stika z zdravstvenim strokovnjakom (razen morda pri hujših poškodbah).