

Navodila za predmet Družinska medicina I

Učno gradivo Družinska medicina I

Urednica:

doc. dr. Ksenija Tušek Bunc



Univerzitetna založba
Univerze v Mariboru



Univerza v Mariboru

Medicinska fakulteta

Navodila za predmet **Družinska medicina I**

Učno gradivo Družinska Medicina I

Urednica:

doc. dr. Ksenija Tušek Bunc

Oktober 2018

Naslov Navodila za predmet Družinska medicina I

Podnaslov Učno gradivo Družinska Medicina I

Urednica doc. dr. Ksenija Tušek Bunc
Editor (Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta)

Avtorji doc. dr. Ksenija Tušek Bunc (Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta), izr. prof. dr. Zalika Klemenc Ketiš (Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta), doc. dr. Erika Zelko (Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta), asist. dr. Andrej Kravos (Zasebna zdravniška ordinacija Andrej Kravos, Žalec), asist. Lea Gril Jevšek (Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta), doc. dr. Vojislav Ivetič (Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta), uč. vešč. mag. Suzana Kert (ZD dr. Adolfa Drolca, Maribor), Zdenka Koželj Rekanović (Zdravstvena postaja Prevalje – ZD Ravne), asist. Staša Kocjančič (ZD Murska Sobota), asist. Sara Onuk (ZD dr. Adolfa Drolca, Maribor), Klemen Pašič (MEDIKUS d.o.o., Sp. Duplek), Tadeja Čeh (ZD dr. Adolfa Drolca, Maribor), Simona Kovačec (ZD dr. Adolfa Drolca, Maribor), Mateja Krajnc (ZD dr. Adolfa Drolca, Maribor) in Nataša Maguša Lorber (ZD dr. Adolfa Drolca, Maribor).

Tehnični urednik Jan Perša, mag. inž. prom.
Technical editor (Univerzitetna založba Univerze v Mariboru)

Oblikovanje ovitka Jan Perša, mag. inž. prom.
Cover designer (Univerzitetna založba Univerze v Mariboru)

Grafične priloge Avtorji
Graphic content

Izdajatelj / Co-published by
Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta
Taborska ulica 8, 2000 Maribor, Slovenija
<http://mf.um.si/.si>, mf@um.si

Založnik / Published by
Univerzitetna založba Univerze v Mariboru
Slomškov trg 15, 2000 Maribor, Slovenija
<http://press.um.si>, zalozba@um.si

Izdaja Prva izdaja

Vrsta publikacije e-knjiga

Dostopno na <http://press.um.si/index.php/ump/catalog/book/305>

Izdano Maribor, oktober 2018

© Univerza v Mariboru; Univerzitetna založba

Vse pravice pridržane. Brez pisnega dovoljenja založnika je prepovedano reproduciranje, distribuiranje, predelava ali druga uporaba tega dela ali njegovih delov v kakršnemkoli obsegu ali postopku, vključno s fotokopiranjem, tiskanjem ali shranjevanjem v elektronski obliki.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Univerzitetna knjižnica Maribor

614.2:316.356.2(076)(0.034.2)

NAVODILA za predmet Družinska medicina I [Elektronski vir] : učno gradivo Družinska medicina I / [avtorji Ksenija Tušek Bunc ... [et al.] ; urednica Ksenija Tušek Bunc. - 1. izd. - El. knjiga. - Maribor : Univerzitetna založba Univerze, 2018

Način dostopa (URL) : <http://press.um.si/index.php/ump/catalog/book/305>

ISBN 978-961-286-203-9 (pdf)

doi: doi.org/10.18690/978-961-286-203-9

1. Tušek-Bunc, Ksenija

COBISS.SI-ID 95299841

ISBN 978-961-286-203-9 (PDF)

DOI <https://doi.org/10.18690/978-961-286-203-9>

Cena Brezplačni izvod

Odgovorna oseba založnika red. prof. dr. Zdravko Kačič
rektor Univerze v Mariboru

Navodila za predmet Družinska medicina I

KSENIJA TUŠEK BUNC

Povzetek Z Navodili za predmet Družinska medicina I smo želeli podati celovit pogled na potek pouka pri predmetu Družinska medicina I v 4. letniku, hkrati pa naj bi navodila predstavljala učinkovito pomoč tako študentom pri študiju kot učiteljem pri poučevanju. Uvodoma smo opredelili cilje pri predmetu Družinska medicina I, ter natančneje spregovorili o izvedbi pouka tako pri predavanjih, seminarjih in vajah na fakulteti kot v ambulantah družinske medicine. Posebno poglavje smo namenili obveznostim študentov in učiteljev. Navodila smo na koncu opremili še s prilogo, kjer so vključeni vsi pomembnejše obrazci, ki jih potrebujemo pri izvedbi pouka.

Ključne besede: • Družinska medicina I • učno gradivo • študentje • učitelji
• študijski predmet •

NASLOV UREDNICE: dr. Ksenija Tušek Bunc, dr. med., docentka, Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta, Taborska ulica 8, 2000 Maribor, Slovenija, e-pošta: ksenija.tusek-bunc@um.si.

DOI <https://doi.org/10.18690/978-961-286-203-9>

ISBN 978-961-286-203-9

© 2018 Univerzitetna založba Univerze v Mariboru

Dostopno na: <http://press.um.si>

Kazalo

Cilji pouka pri predmetu Družinska medicina I	1
Obveznosti študentov in učiteljev pri predmetu Družinska medicina I Ksenija Tušek Bunc	5
Organizacija pouka pri predmetu Družinska medicina I Ksenija Tušek Bunc in Tadeja Čeh	9
PREDAVANJA IN SEMINARJI	13
Pouk pri predavanjih in seminarjih Nataša Magušar Lorber in Zalika Klemenc - Ketiš	15
VAJE NA KATEDRI ZA DRUŽINSKO MEDICINO	25
Družina Ksenija Tušek Bunc	27
Vaje iz sporazumevanja I Lea Gril Jevšek in Sara Onuk	37
Vaje z vodjem skupine Vojislav Ivetić in Mateja Krajnc	43
Zapis SOAP Andrej Kravos in Ksenija Tušek Bunc	47
Didaktični primer Ksenija Tušek Bunc	51
Stopenjsko reševanje problemov - MEQ - Multiple Essay Questions Andrej Kravos in Ksenija Tušek Bunc	55
Ocena srčno-žilne ogroženosti Ksenija Tušek Bunc	61
Ocena pivskega statusa Andrej Kravos in Ksenija Tušek Bunc	69

Ocena kadilskega statusa	75
Sara Onuk	
PEF – Meter in uporaba pršilnikov	79
Nataša Maguša Lorber	
Merjenje krvnega tlaka	83
Ksenija Tušek Bunc	
Recept in e-recept	85
Vojislav Ivetić in Mateja Krajnc	
Napotnica in e-napotnica	89
Vojislav Ivetić in Klemen Pašić	
Naročilnica za medicinsko-tehnični pripomoček	93
Zdenka Korželj Rekanovič in Staša Kocjančič	
Delovni nalog za fizioterapijo	103
Ksenija Tušek Bunc in Simona Kovačec	
Delovni nalog za nego na domu	111
Ksenija Tušek Bunc in Staša Kocjančič	
Laboratorijska analiza krvi in urina	117
Suzana Kert	
Vaje v ambulanti družinske medicine	133
Erika Zelko, Sara Onuk in Staša Kocjančič	
Ocenjevanje	141
Nataša Maguša Lorber in Zalika Klemenc - Ketiš	
PRILOGE	145

CILJI POUKA PRI PREDMETU DRUŽINSKA MEDICINA I

Študent bo ob zaključku pouka pri predmetu Družinska medicina I:

opisal osnovne kompetence družinske medicine,
pri bolniku uporabil osnovne kompetence družinske medicine,
opisal elemente medicinske dokumentacije,
utemeljil pomen vodenja medicinske dokumentacije,
opisal organizacijo zdravstvenega varstva v Sloveniji,
utemeljil vlogo zdravnika družinske medicine v slovenskem zdravstvenem sistemu,
razložil vloge posameznih članov ožjega in širšega tima v družinski medicini,
pojasnil pomen dela v skupnosti,
opisal osnovne lastnosti in elemente besednega in nebesednega sporazumevanja,
pojasnil pomen sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom,
poiskal dejavnike v medosebnem sporazumevanju zdravnik-bolnik,
razumel empatijo,
vzpostavil primeren odnos z bolnikom,
popravil napake oz. premagal ovire v sporazumevanju z bolnikom,
ovrednotil dele posveta v družinski medicini,
uporabil elemente vodenja posveta v praksi,
pojasnil celovito obravnavo bolnika,
opredelil vključevanje bolnika v zdravljenje,
pojasnil sodelovanje bolnika pri zdravljenju,
kritično ovrednotil nesodelovanje bolnika pri zdravljenju,
ustrezno vključil bolnika v zdravljenje,
naštel tipe družin,
razložil delitev družin glede na njihovo sestavo,
ugotovil značilnosti družine glede na njene meje,
razložil družinski krog in njegova obdobja,
na primeru utemeljil vpliv družine na zdravje njenih članov,
prepoznal družino kot vir bolezni,
ocenil delovanje družine,
izdelal družinsko drevo za bolnika,
načrtoval oskrbo bolnika glede na družinsko drevo in družinski APGAR,
razložil tri vrste okolij odločanja (gotovo, negotovo, tvegano),
razložil tri načine odločanja (analitično-sintezno, rutinsko, intuitivno),
na primeru utemeljil lastnosti treh načinov odločanja,
analiziral proces odločanja v medicini,
razložil posebnosti odločanja v družinski medicini,
na primeru razložil proces odločanja v družinski medicini,
pojasnil nujnost, vrste in tipe napotitev,

razložil elemente osnovno zdravstvenega pristopa,
pri bolniku uporabil osnovno zdravstveni pristop,
utemeljil pomen odvrnljivo nevarnega poteka,
razložil odprto čakanje,
na primeru uporabil odprto čakanje,
na primeru uporabil zdravilni poskus,
opisal vrste hišnih obiskov,
opredelil hišni obisk,
razložil indikacije za hišni obisk,
opisal potek hišnega obiska,
utemeljil pomen hišnega obiska za delo v družinski medicini,
naštel najpogostejše duševne motnje v družinski medicini,
opisal pristop k duševnemu bolniku v družinski medicini,
ugotovil značilnosti sporazumevanja z duševnim bolnikom,
prepoznal neustrezne odzive med sporazumevanjem z duševnim bolnikom,
na primeru depresije razložil obravnavo duševnega bolnika,
prepoznal lastnosti somatoformnih motenj,
prepoznal lastnosti psihosomatskih bolezni,
opisal elemente celostne oskrbe v družinski medicini,
pri bolniku uporabil načelo celostne obravnave,
kritično vrednotil rabo preiskav v družinski medicini,
ocenil srčno-žilno ogroženost bolnika,
ocenil pivski status bolnika,
ocenil kadilski status bolnika,
izpolnil obrazec za predpisovanje medicinsko-tehničnih pripomočkov,
izpolnil obrazec delovni nalog,
izpolnil napotnico,
izpolnil recept,
izpolnil obrazec za fizioterapijo,
uporabil obrazec delovni nalog v praksi,
uporabil napotnico v praksi,
uporabil recept v praksi,
zapisal posvet v medicinsko dokumentacijo,
razložil uporabo PEF metra, pršilnika in aparata za merjenje krvnega tlaka,
razložil obravnavo bolnika z nezapleteno okužbo spodnjih sečil v ambulanti družinske medicine,
razložil obravnavo bolnika z okužbo dihal v ambulanti družinske medicine,
razložil obravnavo bolnika z astmo v ambulanti družinske medicine,
razložil obravnavo bolnika z dispepsijo/GERB v ambulanti družinske medicine,
razložil obravnavo bolnika z glavobolom v ambulanti družinske medicine,
razložil obravnavo bolnika z bolečino v križu v ambulanti družinske medicine,
razložil obravnavo bolnika z nespečnostjo v ambulanti družinske medicine,
razložil obravnavo bolnika z depresijo v ambulanti družinske medicine,
razložil obravnavo bolnika z bolečino v prsih v ambulanti družinske medicine,
razložil pojme kakovost, izboljševanje kakovosti, kazalnik, merilo in standard kakovosti,

opisal PDCA cikel,
poznal metode izboljševanja kakovosti,
na primeru prikazal postopek izboljševanja kakovosti,
razpravljaj o pomenu kakovosti v zdravstvu.

OBVEZNOSTI ŠTUDENTOV IN UČITELJEV PRI PREDMETU DRUŽINSKA MEDICINA I

KSENJA TUŠEK BUNC

Obveznosti študentov

Obveznosti študentov pri predmetu Družinska medicina 1 se nanašajo na sam pouk in na naloge, ki jih morajo opraviti, da lahko pristopijo k preverjanju znanja. Obveznosti, ki se nanašajo na pouk, so:

1. 80 % prisotnost na vseh vajah (tj. 48 ur).
2. 80 % prisotnost na seminarjih (tj. 24 ur).
3. 50 % prisotnost na predavanjih (tj. 12 ur).

Izdelati in oddati morajo naslednje izdelke, pri čemer morajo upoštevati datumske roke za oddajo izdelkov, ki se bodo dosledno upoštevali. Naloge, oddane po predvidenem datumu, bodo, razen v primeru opravičljivih razlogov, zavrjene, obveznosti pa ne bodo opravljene. Potrebna je izdelava in oddaja naslednjih izdelkov:

1. poročilo o družini,
2. posnetek sporazumevanja,
3. 20 zapisov posvetov z bolniki (10 zapisov posvetov z bolniki z akutnimi težavami, 10 zapisov posvetov z bolniki s kroničnimi težavami po načelu SOAP (Subjektivno (angl. Subjective), Objektivno (angl. Objective), Ocena (angl. Assessment), Načrt (angl. Plan) (diagnostika, terapija, edukacija)),
4. ustno in pisno reševanje treh kliničnih primerov po načelu Multiple Essay Questions (MEQ),
5. poročilo o dveh didaktičnih primerih
6. predstavitev enega kliničnega primera (virtualni bolnik).

Poleg navedenih obveznosti študenti ne smejo zamujati na ure predavanj, seminarjev in vaj. Od njih se pričakuje ustrezno zrelo obnašanje (na predavanjih ne jedo, ne klepetajo in motijo pouka, ne telefonirajo, ne zapuščajo predavalnice pred koncem predavanja, ne hodijo v in iz predavalnice ter aktivno sodelujejo pri pouku, kadar jih predavatelj ali asistent pozove k razpravi).

V primeru izostanka, ki je zunaj dovoljenih ur, vselej obvestijo nosilca predmeta.

Na vaje v ambulanto družinske medicine študenti s seboj prinesejo bela zaščitna oblačila, stetoskop, papir in pisalo. Pred pričetkom vaj s seboj prinesejo še s svojim imenom in priimkom izpolnjeno obvestilo o prisotnosti študenta v ambulanti, ki ga bo medicinska sestra obesila na vrata ambulante. Z mentorjem se študenti dogovorijo o natančnem urniku, ki se ga je treba dosledno držati. Zamujanje je neprimerno in moti potek dela v ambulanti. Vsak izostanek, npr. zaradi izpita, mora biti vnaprej dogovorjen. Če bolnik izrazi željo, da bi želel opraviti posvet s svojim zdravnikom brez prisotnosti študenta, mora le-ta zapustiti ambulanto. V ambulanti aktivno sodelujejo pri vseh opravilih, ki jim jih določi mentor glede na učni načrt. V primeru nejasnosti se pogovorijo z mentorjem po tem, ko je bolnik že zapustil ambulanto. Ves čas dosledno upoštevajo Kodeks etike študentov medicine, predvsem načelo zaupnosti. Kodeks etike zavezuje študenta na popolnoma enak način z enakimi posledicami kot njegovega učitelja/mentorja.

Obveznosti fakultetnih učiteljev in asistentov na Katedri za družinsko medicino

Tako kot študenti imajo tudi fakultetni učitelji in asistenti svoje obveznosti.

1. Obveznosti fakultetnih učiteljev so predavanja in seminarji ter končna ocena študentovega dela.
2. Obveznosti asistentov so vaje na fakulteti, vaje veščin ter sprotno ocenjevanje študentovega dela.

Prav tako kot od študentov se od fakultetnih učiteljev pričakuje, da ne zamujajo na predavanja, seminarje ali vaje, da v primeru morebitne odsotnosti pravočasno obvestijo študente in poskrbijo za zamenjavo.

Vsi fakultetni učitelji morajo biti v okviru svojih zmožnosti in časa na voljo študentom, z nasveti, kadarkoli se pojavijo kakršne koli težave.

Poleg navedenega so obveznosti učiteljev tudi:

1. sodelovanje pri raziskovalni dejavnosti,
2. promoviranje Katedre in Medicinske fakultete ter dela zdravnika družinske medicine tudi zunaj medicinske fakultete,
3. sodelovanje pri pisanju navodil,
4. sodelovanje na sestankih Katedre,
5. pomoč drugim asistentom in učiteljem, če jo potrebujejo,
6. sodelovanje pri izvedbi pisnih izpitov in kolokvijev,
7. sodelovanje pri izvedbi učnih delavnic za mentorje,
8. prispevanju inovativnih idej, ki bodo doprinesle h kakovosti pouka iz družinske medicine,
9. sodelovanje s katedrami drugim medicinskih fakultet: medfakultetna izmenjava, Splitska iniciativa, ipd.,
10. mentorstvo pri študentskih raziskovalnih nalogah.

Obveznosti mentorjev v ambulantah družinske medicine

Mentorji morajo poskrbeti za korektno izvedbo vaj v ambulantah družinske medicine in za oceno študentovega dela v ambulanti. Študenta za kratek čas lahko prepustijo sodelavcem v timu, npr. medicinski sestri, ki ga bo seznanila s sprejemom bolnika, administrativnimi opravili, medicinskimi posegi kot so prevezi, jemanje šivov, im injekcije, ipd., diplomirani medicinski sestri ali patronažni medicinski sestri, po potrebi lahko tudi fizioterapevtu in ostalim članom razširjenega tima zdravnika družinske medicine.

Študenti morajo opraviti vsaj en hišni obisk bodisi z mentorjem, bodisi s patronažno medicinsko sestro.

Mentorji pomagajo in nadzirajo študente pri izdelavi vseh nalog. Pregledajo jih pravočasno skupaj s študenti in predlagajo morebitne izboljšave oz. dopolnitve. Izdelki so:

1. 20 zapisov posvetov z bolniki (10 zapisov posvetov z bolniki z akutnimi težavami, 10 zapisov posvetov z bolniki s kroničnimi težavami po načelu SOAP (Subjektivno (angl. Subjective), Objektivno (angl. Objective), Ocena (angl. Assessment), Načrt (angl. Plan) (diagnostika, terapija, edukacija)),
2. Poročilo o dveh didaktičnih primerih, ki jih študentje izberejo sami izmed posvetov, ki so pritegnila njihovo pozornost in podajo utemeljitev, zakaj so izbrali ravno ta dva bolnika
3. Poglobljen posvet z enim bolnikom za namen izdelave poročila o družini.

Vaje v ambulanti družinske medicine naj pokrijejo naslednja področja:

1. uvodno spoznavanje z delom z bolnikom v (referenčni) ambulanti družinske medicine,
2. vključevanje v tim,
3. ustrezen pristop do bolnika,
4. učenje sporazumevanje z bolnikom in vodenje posveta,
5. seznanitev s posebnostmi dela v družinski medicini (usmerjena anamneza in klinični pregled, odprto čakanje, zdravilni poskus, odvrnljivo nevaren potek, upoštevanje okolja pri obravnavi bolnika, dispanzerska metoda dela),
6. seznanitev z odločanjem v družinski medicini in prevzemanjem odgovornosti, negotovost v družinski medicini,
7. sodelovanje med primarno in ostalimi ravnmi zdravstvenega varstva,
8. izvajanje osnovnih veščin dela v družinski medicini (pisanje recepta, napotnice in seznanitev z ostalimi obrazci, ki jih uporablja zdravnik družinske medicine),
9. seznanitev s hišnimi obiski kot obliko dela v družinski medicini.

ORGANIZACIJA POUKA PRI PREDMETU DRUŽINSKA MEDICINA I

KSENIJA TUŠEK BUNC IN TADEJA ČEH

Uvod

Predmet Družinska medicina I se izvaja v prvem semestru študijskega leta 4. letnika.

Obsega 180 ur, kar vključuje:

- 15 ur predavanj,
- 30 ur seminarjev,
- 60 ur kliničnih vaj in
- 75 ur samostojnega dela.

Metode poučevanja in učenja so:

- predavanja,
- seminarji,
- vaje,
- praktično delo v ambulanti,
- terensko delo,
- projektne naloge,
- razprava,
- samostojno delo,
- delo v malih skupinah.

Teoretični del pouka pri predmetu Družinska medicina poteka v obliki predavanj in seminarjev. Praktični del pouka se izvaja na fakulteti v obliki vaj in v ambulanti družinske medicine pod nadzorom mentorja.

Predmet Družinska medicina je možno opravljati tudi v tujini in sicer preko programa Socrates Erasmus, kot izmenjavo s tujo univerzo. To možnost mora odobriti nosilec predmeta.

Organizacija pouka na Katedri za družinsko medicino

Pouk na katedri za družinsko medicino poteka v obliki teoretičnega dela, tj. v obliki predavanj, seminarjev ter v obliki praktičnega dela, tj. vaj.

Vaje na fakulteti potekajo 1-krat na teden po naprej določenem urniku. Študentje so razdeljeni v 6 skupin, vsaka skupina ima svojega vodjo skupine – asistenta. Skupine so oblikovane po abecedne redu, menjavanje med skupinami ni dovoljeno, razen v izjemnih primerih, ko to odobri nosilec predmeta. O razporeditvi v skupine so študentje pravočasno obveščeni ob začetku študijskega leta. Vaje potekajo v obliki kratkih predavanj, razprav in obveznosti, ki jih študent izpolni v obliki domače naloge. Študent praktično spozna postopke dela v ambulanti (npr. izpolnjevanje receptov, napotnic, obravnava bolnikov po principu SOAP, reševanje MEQ, vrednotenje laboratorijske analize krvi in urina, ipd.). Poleg vaj pod nadzorom vodja skupine-asistenta skupine na fakulteti potekajo tudi vaje iz družine, vaje veščin in vaje iz sporazumevanja.

Organizacija pouka v ambulanti družinske medicine

Študent se za vaje pri mentorju vpišejo v tabelo razpoložljivih mentorjev, ki je objavljen na spletni strani MF UM. Mentor lahko sprejme največ 3 študente v ločenih terminih.

Vaje pri mentorju je mogoče opravljati v kraju bivanja študenta, kar je še posebej zaželeno, če je ambulanta v ruralnem okolju zaradi možnosti spoznavanja specifičnosti ruralne medicine in primerjave z urbano družinsko medicino večjega mesta. Za delo v ambulanti z mentorjem študent

potrebuje ustrezno opremo; belo haljo in stetoskop. Vedenje študenta naj bo ves čas izobraževanja v skladu z medicinsko etiko in deontologijo.

Prvi dan vaj se v študent predstavi in seznanj s sodelavci v ambulanti mentorja. Z mentorjem opravita splošen seznanitveni razgovor. Mentor mora spodbudi študenta, da v pogovoru predstavi svoja pričakovanja glede vaj iz družinske medicine, dosedanje izkušnje v družinski medicini (bodisi kot bolnik ali kot študent), kje je pridobil znanje, kako se je učil o družinski medicini in kje je čutil težave in pomanjkanje znanja o družinski medicini. Pomembno je, da študent v razpravi izpostavi svoje poglede, stališča in odnos do osnovno zdravstvenega pristopa k reševanju zdravstvenih težav bolnikov. Ni pravih in ni napačnih stališč, napačna je samo mlačnost, ki onemogoči prevzemanje novih spoznanj in veščin. Študent mora imeti možnost povedati svoje mnenje. Mentor mora poudariti pomen študentovega osvojenega znanja in veščin ter študenta spodbuditi k nadaljnemu raziskovanju družinske medicine. Poudariti mora tudi pomen dodatnih samostojnih vaj in dela za pridobivanje izkušenj, veščin in utrjevanje znanja. Mentor mora študenta tudi seznaniti glede režima dela v ambulanti, posebnih pravil, ki morda veljajo v ambulanti, urnikom ambulante ipd., da se bo študent znal ustrezno vključiti v delo ambulante.

Ob pričetku vaj študent sprva opazuje delo mentorja in tako spozna potek dela, nato pa s časom pod nadzorom mentorja opravlja vedno več nalog kot so jemanje anamneze, samostojno pregledovanje pacientov, vpisovanje podatkov v zdravstveno karton, ipd. Izpopolnjuje se predvsem v komunikacijskih verbalnih in neverbalnih veščinah, nadalje v veščinah administrativnih postopkov (izpolnjevanje obrazcev, e-napotnic, e-receptov, napotitvam k imenovanemu zdravniku, vodenjem bolniškega staleža ipd.). Študent se med obravnavo bolnika preizkusi v načrtovanju vodenja posveta, načrtovanju zdravljenja in morebitnih napotitev h kliničnim specialistom. Ob tem mora ves čas spoštovati bolnikovo avtonomijo ter pričakovanja in želje bolnika. Zaželeno je, da skupaj z mentorjem opravi tudi hišni obisk, ob katerem se seznanj z vodenjem bolnika na domu. Prav tako pa mu spoznavanje bolnika in družine na domu omogoča pripravo poročila o družini, ki ga študent pripravi skupaj z mentorjem. Zaželeno je tudi, da se, če je to le mogoče, skupaj z mentorjem vključi v sistem dežurstev. Študent naj v času vaj v ambulanti spozna tudi delo sodelavcev, delo patronažne sestre, diplomirane medicinske sestre, se seznanj z delom laboratorija ter ostalih sodelavcev v zdravstvenem domu, če obstajajo (npr. fizioterapija, rentgen ipd.).

Naloge

Študent bo po opravljenih vajah pripravil:

- poročilo o družini,
- en primer vzorno urejenega zdravstvenega kartona bolnika,
- analizo dveh didaktičnih primerov,
- 10 zapisov o posvetih bolnikov z akutnimi stanji in 10 zapisov o posvetih bolnikov s kroničnimi stanji (ko opazuje asistenta oz. učitelja veščin ali se z bolnikom pogovarja sam).

Vse naloge študent opravi ob podpori, nasvetih in vodenju mentorja v ambulanti, kjer bo opravljal vaje.

Ocenjevanje

Ocena vaj v ambulanti je v obliki opravi/ni opravi. Pri ocenjevanju se upoštevajo naslednji kriteriji:

1. Ustrezno opredeli vzrok prihoda.
2. Ustrezno sodeluje s timom pri reševanju bolnikovih problemov.
3. Ustrezno vzpostavi stik z bolnikom.
4. Ima ustrezen odnos do dela.
5. Je motiviran za delo.

Mentor študentu potrdi opravljene vaje iz družinske medicine s podpisom v evidenčnih listih. Študent mora vaje v ambulanti pri izbranem mentorju opraviti do pristopa k izpitu družinske medicine.

Študijska literatura

Temeljna:

1. Kersnik J. Osnove družinske medicine: učbenik za študente medicine v 4. letniku MF UM. Maribor: Medicinska fakulteta Univerza Maribor; 2007.
2. Navodila za vaje.
3. Zapiski predavanj.

Dodatna:

1. Kersnik J. Problemsko usmerjena dokumentacija v splošni medicini. Med Razgl. 1994; 33(2):223-40.
2. Kersnik J. Zdravstveni karton. In: Švab I, Rotar-Pavlič D, eds. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine; 2002. p. 582-8.
3. Kersnik J. Pomen zdravstvenega kartona pri vodenju kroničnega bolnika. In: Švab I, Rotar-Pavlič D, eds. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2002. p. 589-93.
4. Kersnik J. Vloga zdravstvenega kartona pri vodenju kroničnega bolnika. In: Švab I, edr. Vodenje kroničnega bolnika v družinski medicini. Zbornik 16. učnih delavnic za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske/splošne medicine SZD; 1999. p. 15-20.
5. Kersnik J, Švab I. Predlog novega zdravstvenega kartona. Zdrav Vars. 1996; 35(7-8):193-9.
6. Švab I, ur. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995. Dostopno na <http://www.drmedmb.org/zborniki/new/Sporazumevanje%20med%20zdravnikom%20in%20%20bolnikom.htm>

PREDAVANJA IN SEMINARJI

POUK PRI PREDAVANJIH IN SEMINARJIH

NATAŠA MAGUŠA LORBER IN ZALIKA KLEMENC-KETIŠ

Uvod

Predavanja in seminarji predstavljajo teoretični del pouka pri predmetu Družinska medicina (DM) I in zaobjemajo 45 od skupno 180 ur pouka. Predstavljajo temelj kakovostnega izobraževanja in vključujejo osnovno strokovno zaokroženo tematiko.

Cilji pouka pri predavanjih in seminarjih

Ob koncu predmeta bo študent:

opisal in pri bolniku uporabil osnovne kompetence DM,
opisal elemente in utemeljil pomen vodenja medicinske dokumentacije,
opisal organizacijo zdravstvenega varstva v Sloveniji,
utemeljil vlogo zdravnika DM v slovenskem zdravstvenem sistemu,
razložil vloge posameznih članov ožjega in širšega tima v DM,
pojasnil pomen dela v skupnosti,
opisal osnovne lastnosti in elemente besednega in nebesednega sporazumevanja,
pojasnil pomen sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom,
poiskal dejavnike v medosebnem sporazumevanju zdravnik-bolnik,
razumel empatijo,
vzpostavil primeren odnos z bolnikom,
popravlil napake oz. premagal ovire v sporazumevanju z bolnikom,
ovrednotil dele posveta v (DM),
pojasnil celovito obravnavo bolnika,
opredelil vključevanje bolnika v zdravljenje,
pojasnil sodelovanje bolnika pri zdravljenju,
kritično ovrednotil nesodelovanje bolnika pri zdravljenju,
ustrezno vključil bolnika v zdravljenje,
naštel tipe družin,
razložil delitev družin glede na njihovo sestavo,
ugotovil značilnosti družine glede na njene meje,
razložil družinski krog ,
na primeru utemeljil vpliv družine na zdravje njenih članov,
prepoznal družino kot vir bolezni,
ocenil delovanje družine,
izdelal družinsko drevo za bolnika,
načrtoval oskrbo bolnika glede na družinsko drevo in družinski APGAR,
razložil tri vrste okolij odločanja (gotovo, negotovo, tvegano),
razložil tri načine odločanja (analitično-sintezno, rutinsko, intuitivno),
na primeru utemeljil lastnosti treh načinov odločanja,
analiziral proces odločanja v medicini,
razložil posebnosti odločanja v DM,
na primeru razložil proces odločanja v DM,
pojasnil nujnosti, vrste in tipe napotitev
razložil elemente osnovno zdravstvenega pristopa,
pri bolniku uporabil osnovno zdravstveni pristop,
utemeljil pomen odvrnljivo nevarnega poteka,
razložil odprto čakanje,
na primeru uporabil odprto čakanje,
na primeru uporabil zdravlilni poskus,

opisal vrste hišnih obiskov,
opredelil hišni obisk,
razložil indikacije za hišni obisk,
opisal potek hišnega obiska,
utemeljil pomen hišnega obiska za delo v DM,
naštel najpogostejše duševne motnje v DM,
opisal pristop k duševnemu bolniku v DM,
ugotovil značilnosti sporazumevanja z duševnim bolnikom,
prepoznal neustrezne odzive med sporazumevanjem z duševnim bolnikom,
na primeru depresije razložil obravnavo duševnega bolnika,
prepoznal lastnosti somatoformnih motenj,
prepoznal lastnosti psihosomatskih bolezni,
opisal elemente celostne oskrbe v DM,
pri bolniku uporabil načelo celostne obravnave,
kritično vrednotil naročanje preiskav v DM,
razložil obravnavo bolnika z nezapleteno okužbo spodnjih sečil v ambulanti DM,
razložil obravnavo bolnika z okužbo dihal v ambulanti DM,
razložil obravnavo bolnika z astmo v ambulanti DM,
razložil obravnavo bolnika z dispepsijo/gastroezofagealno refluksno boleznijo (GERB) v ambulanti DM,
razložil obravnavo bolnika z glavobolom v ambulanti DM,
razložil obravnavo bolnika z bolečino v križu v ambulanti DM,
razložil obravnavo bolnika z nespečnostjo v ambulanti DM,
razložil obravnavo bolnika z depresijo v ambulanti DM,
razložil obravnavo bolnika z bolečino v prsih v ambulanti DM,
razložil pojme kakovost, izboljševanje kakovosti, kazalnik, merilo in standard kakovosti,
opisal PDCA (Plan/Načrtuj – Do/Naredi – Check/Preveri – Act/Ukrepaj) cikel,
poznal metode izboljševanja kakovosti,
na primeru prikazal postopek izboljševanja kakovosti,
razpravljal o pomenu kakovosti v zdravstvu,
definiral medicinsko nepojasnjena stanja,
razložil obravnavo bolnika z medicinsko nepojasnjenimi stanji v DM.

Vsebina pouka pri predavanjih in seminarjih

Študentovo poučevanje bo med študijem zajemalo naslednje:

- osnovne kompetence dela zdravnika DM,
- osnove dela v ambulanti DM,
- klinično znanje, aplicirano na probleme prvega stika z bolnikom,
- odnos med bolnikom in zdravnikom,
- sodelovanje z okoljem, v katerem zdravnik dela.

Potek in obveznosti študentov

Seminarji potekajo v bloku dveh ur, kombinirano z eno uro predavanja. Učenje temelji na pripravi seminarske naloge, njene ustne predstavitve, dela v malih skupinah in plenarne razprave.

Teme posameznih blokov predavanj in seminarjev so:

1. uvod v družinsko medicino, vodenje dokumentacije,
2. družina,
3. sporazumevanje in vodenje posveta,
4. vloga DM v sistemu zdravstvenega varstva,
5. celovita obravnava in naloge posveta,
6. sodelovanje bolnikov pri zdravljenju,
7. odločanje v dm,
8. načela osnovno zdravstvenega pristopa,
9. odvrnljivo nevaren potek,
10. odprto čakanje,
11. hišni obisk,
12. duševne motnje,
13. celostna oskrba,
14. preiskave v DM,
15. kakovost v DM.

Posamezen blok poteka po naslednjem urniku:

1. predavanje o temi bloka (45 minut),
2. predstavitev seminarske naloge – klinični primera (30 minut),
3. delo v skupinah (30 minut),
4. predstavitev rezultatov dela v skupinah in razprava (30 minut).

Predavanja, običajno gre za predstavitev teoretičnih izhodišč teme bloka, izvede učitelj. Nato študenti ustno predstavijo seminarsko nalogo (klinični primer bolnika), čemur sledi krajša razprava. Sledi delo v skupinah, pri katerem študenti obdelajo predstavljen klinični primer s stališča teme bloka. Pri tem vsak od študentov, ki so pripravili seminarsko nalogo, deluje kot vodja skupine. Poročevalec iz vsake

skupine nato plenarno predstavi ugotovitve dela v skupinah. Sledi razprava, ki jo moderira učitelj. Vsak študent se na posamezen blok pripravi tako, da doma reši klinični primer bolnika, ki bo na sporedu pri naslednjem predavanju.

Navodila za predstavitev kliničnega primera

Uvod

Predstavitve kliničnega primera predstavljajo samostojni izdelek študentov, s katerim se preizkušajo v klinični aplikaciji pridobljenega znanja. Pri predstavitvi se osredotočite na osnovno zdravstveni pristop in specifičnost dela v družinski medicini, predvsem celostni in celovit pristop. Vaša predstavitev kliničnega primera naj bo zasnovana tako, da boste s vprašanji k sodelovanju pritegnili tudi vaše kolege.

Predstavitve kliničnega primera izdelava praviloma skupina od 5 do 10 študentov.

Opravljen ena predstavitev kliničnega primera je pogoj za pristop k izpitu.

Postopek od izbire do predstavitve

1. Pri prvi uri seminarjev boste dobili navodila glede priprave predstavitve kliničnega primera.
2. Temo in termin predstavitve izberete s seznama tem, ki bo objavljen na Moodlu. Pred izbiro si boste lahko na Moodlu ogledali klinične primere, da se boste lažje odločili.
3. V seznam, ki je na Moodlu, vpišete svoje ime (oz. imena vseh, ki bodo obdelali določen klinični primer) in temo seminarja.
4. Izdelano predstavitev oddate učitelju, ki bo vodil seminarje, najkasneje en teden pred predstavitvijo.

Vsebina predstavitve kliničnega primera

Uvod

Uvod je kratek. Uvod nas seznanja s kliničnim primerom oz. s temo kliničnega primera. Priporočen obseg uvoda je 1 diapozitiv. V uvodu označimo problem tako, da ga nekoliko pojasnimo oz. razložimo. V uvodu predstavimo tudi glavni problem bolnika, ki bo predstavljal naš klinični primer.

Primer predstavljanja glavnega problema bolnika v uvodu:

V kliničnem primeru bo predstavljen potek odločanja in ukrepanja pri i ženski s težavami pri odvajanju urina.

S – subjektivno

25-letna bolnica prihaja v ambulantno zaradi pekočega občutka pri odvajanju vode. Vodo odvaja po kapljicah, neprestano jo tišči na vodo in zdi se ji, da bi po tem, ko je bila na stranišču, že takoj morala nazaj. Navedite, kaj vse bi v anamnezi dodatno vprašali. Pri tem izbahajte iz možnih diferencialnih diagnoz. Praviloma opisujete na način, kot da razlagate bolniku ali mentorju. Npr. Pozanimati se moramo, koliko časa trajajo težave, ali je prisotna sprememba

barve in vonja urina ... Pozanimati se moramo tudi o zadnji menstruaciji in ali je morda bolnica noseča. Če je bolnica noseča, potem ne gre več za nezapleteno okužbo sečil, obenem pa moramo paziti tudi pri izbiri antibiotika. Ali npr. preveriti moramo, če bolnica nima visoke temperature. Nezapletene okužbe sečil praviloma ne spremlja povišana temperatura. Torej, če bi bolnica imela vročino, moramo diagnostiko razširiti še na ... in pri predpisu zdravlila upoštevati ... Pri tem si pomagajte s podatki iz literature (učbeniki, članki ...).

Če gre za bolnika, ki ima poleg akutne težave prisotno tudi eno ali več kroničnih bolezni, se v anamnezi usmerite tudi na te bolezni. Npr. če bi imela ta bolnica multiplo sklerozo in bila priklenjena na invalidski voziček, bi bilo to potrebno upoštevati pri načrtovanju diagnostike in zdravljenja ter spremljanja uspešnosti zdravljenja.

Primer:

Dodatna vprašanja: ali se je to zgodilo že kdaj prej in kolikokrat, ali so prisotne bolečine in kje, kakšen je njihov značaj, ali je v vodi opazila kri, ali je v anamnezi poškodba, ali je bolnica v krajšem času shujšala, kako je z družinsko anamnezo ... Bolečine v predelu mehurja bi nas usmerile v možno diagnozo okužbe spodnjih sečil. Bolečine v obliki kolik bi nas usmerile v možno diagnozo ledvičnih kamnov. Nepojasnjena izguba telesne teže v kratkem času bi nas usmerila v možnost prisotnosti tumorja ...

O – objektivno

V tem delu predstavitve navedite, kaj vse bi pri bolniku s takšnimi anamnestičnimi podatki, ki ste jih pridobili z jemanjem anamneze, v kliničnem statusu pogledali, in s kakšnim namenom. Pri tem si zopet pomagajte z diferencialnimi diagnozami, ki ste jih navedli. Pri vsaki posamezni diferencialni diagnozi napišite, kaj bi v kliničnem statusu pričakovali, da bi lahko konkretno diferencialno diagnozo potrdili. Tudi pri tem si pomagajte s podatki iz literature. Upoštevajte, da celoten klinični pregled ni pravi odgovor. Opraviti morate usmerjen telesni pregled, ki bo poskušal potrditi vaše domneve in ovreči, kar želite ovreči.

Če gre za bolnika, ki ima, poleg akutne težave, prisotno tudi eno ali več kroničnih bolezni, se v tem delu predstavitve usmerite tudi na te bolezni.

Primer:

Bolnici bi izmerili telesno temperaturo in naredili natančen kliničen pregled trebuh, vključno z ledvenim poklepom. Napišete: V primeru, da je trebuh pod/pod ravnino prsnega koša, na otip mehak in boleč le nad simfizo, ledveni poklep pa ni boleč in ženska nima vročine, gre najverjetneje za. nezapleteno okužbo sečil. Zvišana telesna temperatura bi nas usmerila v diagnozo zapletenega vnetja, boleč predel nad mehurjem v diagnozo vnetja spodnjih sečil, boleč ledveni poklep v možnost težav z ledvicami ...

A – ocena

V tem delu najprej naštejete vse diferencialne diagnoze, ki bi bile na osnovi glavnega problema bolnika, ki ste ga predstavili v uvodu, možne. Ni nujno, da navedete vse možne diagnoze; navedite lahko le tiste, ki so glede na anamnezo, klinični status, spol, starost in druge okoliščine na osnovni ravni zdravstva

- najpogostejše,
- potencialno nevarne,
- možne pri konkretnem primeru glede na starost, spol, morebitne prisotne dejavnike tveganja oz. kronične bolezni.

Odločite se za najverjetnejšo. Napišite, koliko se mudi.

P – načrt**Dx – diagnostika**

V tem delu napišite, za katere preiskave bi se pri sumu na določeno stanje odločili. Argumentirajte, zakaj bi se za posamezno preiskavo odločili, kaj od nje pričakujete in kako bi vam njeni rezultati pomagali pri nadaljnjem ukrepanju. Preiskav, ki ne bodo spremenile vaše odločitve, ne izvajate. Opredelite tudi, kako se pri vsaki posamezni odrejeni preiskavi mudi (stopnja nujnosti: nujno – v roku 24 ur, prednostno – v roku 3 mesecev, redno – po čakalni knjigi).

Napišite tudi, ali je potrebna napotitev na sekundarno raven (h kliničnem specialistu), svojo odločitev argumentirajte, napišite, kaj od njega pričakujete, in kako bi vam njegov pregled pomagal pri nadaljnjem ukrepanju. Opredelite tudi, kako se mudi s stopnjo nujnosti:(nujno – v roku 24 ur, prednostno – v roku 3 mesecev, redno – po čakalni knjigi).

Če mislite, da preiskave niso potrebne, obrazložite in argumentirajte to odločitev.

Primer A:

Bolnica navaja, da gre za prvi pojav takšnih težav, nima vročine, je sicer zdrava in ni noseča. V kliničnem statusu razen manjše občutljivosti nad simfizo ne najdete posebnosti. Najverjetneje gre za nezapleteno okužbo spodnjih sečil. Pri bolnici, glede na smernice, dodatne preiskave niso potrebne.

Primer B:

Bolnica navaja, da je v zadnjih 3 mesecih nenamerno shujšala za 8 kg in da ima stalne tope bolečine v predelu levo ledveno. Zaradi suma na tumor bolnico napotimo v laboratorij in na ultrazvok sečil.

Th – terapija

Tukaj napišite, za katero farmakološko oz. nefarmakološko zdravljenje bi se pri tem bolniku odločili.

Primer:

Akutna nezapletena okužba spodnjih sečil: bolnici predpišemo zdravilo nitrofurantoin 500 mg v dozi 1 tbl na 12 ur, v trajanju 5-7 dni. Bolnico naročimo, naj pije dovolj tekočine (vsaj 2 litra nesladkanega čaja ali vode na dan).

Ed – edukacija

Opišite, kaj bi bolniku povedali v smislu edukacije, ravnanja doma, naročevanja na kontrolo ... Napišite tudi, kako bi bolnika vodili po postavljeni diagnozi in ukrepanju. Če menite, da vodenje ni potrebno, to argumentirajte.

Primer:

Bolniškega dopusta ne potrebuje. Naročimo ji, da se po 3 dneh oglasi na kontrolo, samo če se stanje ne bi izboljšalo, sicer je na kontrolo ne naročimo. Povemo ji tudi, da naj se v primeru hudih bolečin, visoke temperature ali pojava krvavega urina vrne k nam.

Vodenje bolnice s to diagnozo, ki se je pojavila le enkrat, ni potrebno, saj ne pričakujemo nobenih zapletov. V primeru, da bi se vnetja ponavljala, je na mestu laboratorijska preiskava urina, urinokultura po Sanfordu, in ultrazvok sečil.

Sklep

V sklepu povzamete, o čem ste govorili, in napišete sporočilo za domov (torej, kaj je tisto najpomembnejše, kar bodo vaši poslušalci odnesli od vaše predstavitve). Navedite tudi odprta vprašanja oz. vprašanja za razpravo.

Sodelovanje z mentorjem/ocenjevalcem

Predstavitev seminarske naloge oddate v elektronski obliki najmanj 7 dni pred predvideno predstavitvijo posredovati učitelju, ki vodi seminarje.

Tehnična navodila za predstavitev kliničnega primera

Klinični primer boste predstavili po razporedu v času, predvidenem za seminarje.

1. Za predstavitev bo namenjenih 20-30 minut in 15-25 minut za razpravo.
2. Predstavitve bo vodil moderator.
3. Predstavitev je potrebno posredovati učitelju, ki vodi seminarje najkasneje en teden pred predstavitvijo.
4. Pri predstavitvi upoštevajte naslednja navodila:

Priprava

- Za 20-30 minut je 20 diapozitivov vključno z naslovnim in zahvalnim maksimalno sprejemljivo število. Tako imate za vsakega približno 1 minuto in pol. Več jih je lahko le, če kažete samo slike brez posebne razlage.
- Uporabite velike, lahko berljive črke na tiskalniku, velike minimalno 16 pik.
- Delajte zadosti velike razmike med besedami in vrsticami (1,5 do dvojni razmik).
- Ne imejte več kot 8 vrstic na eni strani.
- Vrstice razporedite čez celo stran.
- V eni vrstici naj ne bo več kot 8 besed.
- Uporabite temne barve črk na svetli podlagi (črne črke na beli ali rumeni, modre na svetlo rumeni ipd.).
- Izogibajte se rdeče in zelene barve, ker se pri projekciji pogosto slabo vidijo.
- Izogibajte se podlagam, ki se prelivajo, kjer je uporabljenih več barv, ki zmanjšujejo ločljivost med tekstom in podlago.
- Omenite samo najnujnejše podatke, izogibajte se dolgim povedim. Povejte več, kot pokažete.
- Pisava je primerna, če je možno besedilo na monitorju z golim očesom prebrati z razdalje 4 m.
- Slike in grafi naj bodo čim bolj enostavni – razumljivi.
- Naredite si računalniški izpis ali fotokopijo tipkane predloge (lahko uporabite tudi posebno funkcijo za zapiske).
- Izogibajte se animacij. Če uporabite funkcijo "Animation Effect", Animacija, se zavedajte, da za to potrebujete dodatni čas, enako kot bi imeli dodatni diapozitiv. Pri animaciji izpustite zvok, ker je praviloma nadležen dodatek.

Uporaba

- Predstavitev preizkusite doma in, če je le možno, tudi z opremo v dvorani.
- Predstavitev naložite pred začetkom predavanj oz. seminarjev ali v odmorih med njimi.
- Pri predstavitvi vam lahko pomaga kolega.
- Govorite počasi, razločno in dovolj glasno.
- Ne govorite obrnjeni proti platnu (stran od občinstva).
- Če ne nekaj časa ne potrebujete projekcije, si na prezentaciji pripravite pomirjujočo sliko, ker je zelo zamudno izklapljati projektor, neprijetno pa je prikazovati drugo besedilo, kot pa predavate.
- Če niste veščji ravnanja z opremo, prosite za pomoč.
- Prosite za luči v dvorani, če ne boste več uporabljali projektorja.

Ocenjevanje

Obvezna je prisotnost pri vsaj 50 % predavanj in vsaj 80 % prisotnost na seminarjih ter priprava in predstavitev vsaj enega primera virtualnega bolnika. Študent, ki nima opravljenih obveznosti iz predavanj in seminarjev, ne more pristopiti k izpitu.

Zaključek

Predavanja in seminarji predstavljajo ključ do znanja in razumevanja pomena in vloge družinske medicine, odnosa med zdravnikom in bolnikom, vloge sporazumevanja pri obravnavi bolnika ter pomena osnovno zdravstvenega pristopa pri reševanju zdravstvenih problemov.

Študijska literatura

1. Heyrman, J. ed., EURACT, Educational agenda, European Academy of Teachers in General Practice EURACT, Leuven. 2005.
2. Klemenc-Ketiš, Z. Navodila za seminarje za študente 4. letnika. Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta. 2010.

VAJE NA KATEDRI ZA DRUŽINSKO MEDICINO

DRUŽINA

KSENIJA TUŠEK BUNC

Uvod

Družinska medicina razume bolnika kot posameznika in hkrati kot del družine. Poznavanje družine, njenih članov, njihovih stališč do življenja in zdravja, strukture in dinamike odnosov v družini, težav, s katerimi se srečujejo, so osnova za boljše razumevanje bolnika in njegovih težav ter neredko tudi za lažjo in učinkovitejšo pomoč (tako bolniku kot njegovi družini), kadar nas prosi zanjo.

Namen vaj je predstavitev pomena družine v družinski medicini, njenega delovanja ter vpliva na razvoj in nastanek bolezni in obratno. Družina deluje kot sistem, kot posebna družbena skupina, ki temelji na skupnih kulturnih, socialnih, čustvenih, spolnih vedenjskih in materialnih interesih. Predstavlja zaključen vrednostni sistem, v katerem njeni člani zadovoljujejo svoje potrebe po opori, samostojnosti, urejenosti, razvoju in sporazumevanju. Tako je za kakovostno delo zdravnika družinske medicine zelo pomembno, da pozna družino in vse družinske člane ter njihove medsebojne odnose. Nadalje je namen vaj predstaviti funkcije družine (socializacijo, čustva, reprodukcijo in položaj v družbi, ki jo družina zagotavlja s tem, da omogoči članom možnost izobrazbe in zaposlitve, da njenim članom ugled, ki ga kot posamezniki ne bi imeli). Namen je še prepoznavanje družinskega ciklusa in prilagajanje članov njegovim stopnjam, družinske dinamike ter družinsko usmerjenega ukrepanja – družinski pristop v praktičnem okolju ambulante družinske medicine ali za družino v najbolj naravnem

okolju - na bolnikovem domu na hišnem obisku. Zdravnik je resnično zdravnik družinske medicine takrat, ko je sposoben prepoznati in upoštevati dejstvo, da zdravstvene težave posameznega družinskega člana vplivajo na družinski sistem in njegovo delovanje ter obratno. Zdravnik družinske medicine torej uporabi poznavanje družinskih razmer in dinamike njenega delovanja za celostno reševanje zdravstvenih problemov posameznega družinskega člana.

Cilji

Znanje

Ob zaključku vaj Družina bo študent:

poznal kakšna je vloga družine,
poznal pomen družinskega pristopa v družinski medicini,
poznal celostni/holistični pristopa k obravnavi zdravstvenih težav ob upoštevanju vloge družine,
poznal stopnje družinskega ciklusa in oblike/tipa družine (jedrna, razširjena, družina z enim samim staršem, istospolna) ter njih vlogo in pomen,
poznal kakšen je pomen medsebojnih odnosov v družini,
poznal pomen družinskega drevesa (ang. sinonim genogram) – slikovnega prikaza družinskega ustroja s standardiziranimi znaki,
poznal družinske kroge,
poznal družinski APGAR-ja (adaptation, partnership, growth, affection, resolution),
poznal pravice bolnikov in svojcev ter družine,
kritično razmišljal razmišljati o etičnih dilemah, ko dobi vlogo »bolnika« celotna družina.

Veščine

Ob zaključku vaj Družina (se) bo študent:

učinkovito sporazumeval z bolnikom, svojci, družino,
uporabljal družinski pristop,
sposoben vživeti v bolnika, družino, tip družine in družinski ciklus in medsebojne odnose v družini,
oblikoval družinsko drevo,
svetoval bolniku, kako oblikovati družinski krog,
oblikoval in določil družinski APGAR,
vzpostavil povezanost med zdravnikom, bolnikom in družino
vživel v pacientovo družinsko okolje in življenjska obdobja (otročstvo, zorenje, starost, smrt),
upošteval družino kot bio-psiho-socialno celoto,
upošteval kulturno in etično ozadje družine,
na ustrezen način vključil družino pri vodenju posveta z bolnikom (»dialog«, patient-centred, doctor-centred),
prepoznal in upošteval bo želje družine in družinskih članov, njihove strahove in pričakovanja v zvezi z bolnikovo boleznijo ter njegovim zdravstvenim stanjem,
vključeval družino v diagnostiko, zdravljenje in vodenje bolezni,
uporabljal razpoložljive vire v okviru etičnih norm,
upošteval socialne, etnične, kulturne in druge razlike družine pri iskanju zdravstvene pomoči in izvajanju zdravljenja.

Stališča

Ob zaključku vaj Družina bo študent:

razumel pomen odnosov med bolnikom, družino in zdravnikom,
oblikoval odnos do posameznih družinskih članov,
kritičen do etičnih dilem pri obravnavi problemov (zdravstvenih in socialnih) v družinskem okolju.

Potek vaj

Priporočljivo je, da si študent pred udeležbo na vajah prebere poglavje o družini v Učbeniku Osnove družinske medicine ter Zbornik predavanj »Družina v družinski medicini« v celoti.

V predavanju bodo predstavljeni: družinski cikel, družinski pristop, predstavljena pa bo tudi družina v zdravju in bolezni.

V delu predavanja o družinskem ciklusu bodo predstavljeni tipi družin in devet-stopenjski družinski cikel.

V delu o družinskem pristopu bodo predstavljene osnovne funkcije družine, možnosti in pogoji za zadovoljevanje potreb znotraj družine, vrste družinskih odnosov, vpliv stresa na delovanje družine in signali, ki kažejo na stres znotraj družine ter kako posameznik kot odgovor na stres razvije določen bolezenski simptom. Nadalje bodo predstavljene metode, ki služijo za oceno delovanja družine in kje so meje delovanja zdravnika družinske medicine pri pomoči družini.

Študent bo dobil tudi natančna navodila o pripravi izčrpnega poročila o družini.

Navodila za pripravo poročila o družini

Cilj

Cilj poročila o družini je, da se študent podrobneje spozna z družino in njenim delovanjem. Pri tem odkriva, kako delovanje družine vpliva na nastanek in razvoj bolezni in obratno. Poročilo se navezuje na predavanja Družina v družinski medicini, Družina v zdravju in bolezni in Ocenjevanje družine. Osnovna literatura je učbenik Osnove družinske medicine, vendar je zaželeno, da študenti v seminar inovativno vnesejo svoje osebno videnje in izsledke iz drugih virov o družini.

Obisk pri izbrani družini

Družino, ki jo študent obišče, določi mentor ali si jo študent izbere sam, pridobi tudi soglasje družine za sodelovanje pri pouku. Za točen čas obiska družine se študent dogovori samostojno.

Poročilo o družini

Na naslovni strani poročila o družini naj bodo napisani datum, ime in priimek študenta, mentorja in asistenta skupine na Katedri za družinsko medicino.



Univerza v Mariboru

Medicinska fakulteta

Katedra za družinsko medicino

UNIVERZA V MARIBORU

MEDICINSKA FAKULTETA

KATEDRA ZA DRUŽINSKO MEDICINO

POROČILO O DRUŽINI

Ime in Priimek

Mentor: prim. doc. dr. Ksenija Tušek Bunc, dr. med.

Maribor, študijsko leto

Slika 1: Naslovna stran poročila o družini

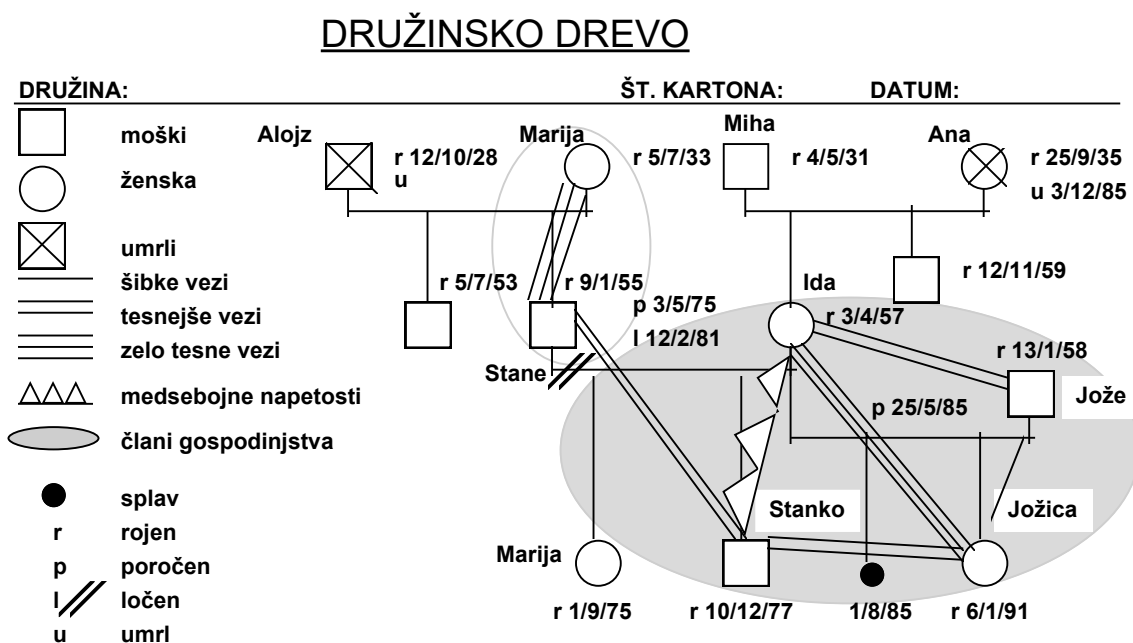
Poročilo naj bo izčrpno, skrbno pripravljeno v maksimalnem obsegu 5 strani. Besedilo mora biti napisano v pisavi Times New Roman, velikost pisave naj bo 12. Za podpoglavja se lahko uporabi Times New Roman 12 krepko. Uporablja naj se urejevalnik vrstic »brez razmikov«.

Literatura se navaja na koncu poročila o družini. Navodila za citiranje najdete na spodnji povezavi:

<http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/instructions.pdf>

Poročilo o družini naj vsebuje družinsko drevo ("družinogram"), družinski profil in družinsko problemsko listo. Poročilo o družini mora zajeti vsaj tri generacije. Ni pa nujno, da vse tri generacije živijo skupaj. Zaradi varovanja osebnih podatkov naj bodo imena družinskih članov izmišljena.

Družinsko drevo



Slika 2: Družinsko drevo; vir: lasten

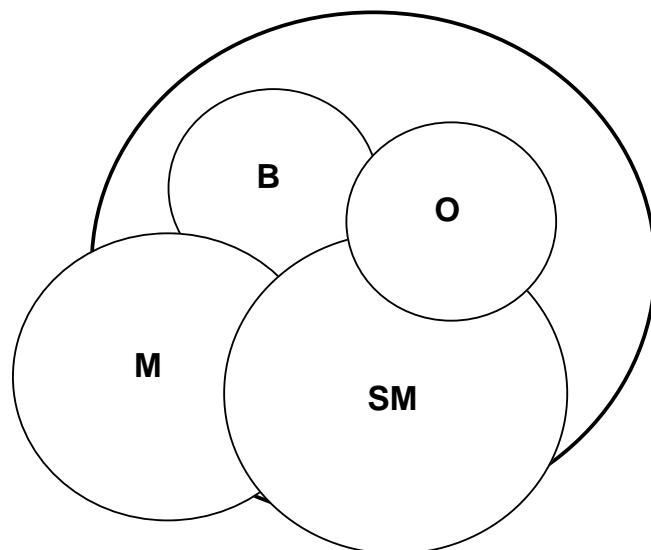
Družinsko drevo mora vsebovati naslednje značilnosti družin:

- število družinskih članov,
- njihova starost in spol,
- poroke in ločitve,
- njihovi najpomembnejši zdravstveni problem oz. dejavniki tveganja,
- pri umrlih družinskih članih mora biti zapisan vzrok smrti,
- skupno gospodinjstvo,
- najpomembnejši odnosi (navezanost, sovraštvo ipd.).

Družinsko drevo mora biti izdelano s pomočjo risarja v Wordu ali podobnem programu.

Družinski krog

Študenti vadijo risanje družinskega kroga tako, da v krog, ki predstavlja družino, narišejo manjše kroge, ki predstavljajo družinske in ne-družinske člane, ki se vpletajo v delovanje družine. Velikost krogov znotraj velikega kroga, ki ponazarja družino, govori o pomembnosti posameznih družinskih članov, krogi, ki pa se pokrivajo ponazarjajo povezanost med družinskimi člani.



Slika 3: Družinski krog; vir: lasten

Naj vsebuje naslednje podatke:

- tip družine,
- stopnjo družinskega ciklusa,
- družinski APGAR,
- kratek opis medsebojnih odnosov, kdo predstavlja dominantnega člana z kratko razlago zakaj je tako označen in na katerih področjih je dominanten,
- družinsko vlogo posameznega družinskega člana,
- reakcijo družine na bolezen,
- etično in kulturno ozadje,
- mrežo socialnih stikov – sorodniki, prijatelji sosedi,
- družinsko anamnezo,
- rekreacija in preživljanje prostega časa,
- družinsko okolje: opis doma, higienskih razmer, urejenosti,
- ekonomsko stanje družine,
- odnos do zdravja in zdravstvene službe: stopnja samozdravljenja, skrb za zdrav način življenja.

Družinska problemska lista

Problemska lista je seznam zdravstvenih problemov v zadnjih treh letih za vsakega družinskega člana. Pri vsakem problemu morajo biti okvirno opisani še izvedeni medicinski ukrepi.

Zaključek družinskega poročila

Izčrpen zaključek ne sme manjkati in je najpomembnejši del poročila o družini. Pokaže študentovo razumevanje pomena in koristi poročila o družini. V zaključku je izpostavljen najpomembnejši problem v družini, ki vpliva na zdravje družinskih članov, načrt za rešitev problema in predvidene pozitivne posledice (npr. problem: oče alkoholik; načrt: zdravljenje alkoholizma, spremljanje cele družine; posledice: izboljšanje očetovega zdravja in kakovosti življenja cele družine). Možni drugi problemi: debelost, nezdrava prehrana, kajenje, smrt in žalovanje, duševne bolezni, odvisnost, telesna neaktivnost, revščina ...

Nadalje je potrebno v zvezi z omenjenimi v družini prisotnimi boleznimi, ki imajo družinsko ali genetsko pogojenost planirati nadaljnje ukrepe za družinske člane v naslednjih generacijah; npr: screening za rak dojke (pričetek kdaj in kako pogosto) pri hčeri ali vnukinji; kolorektalni karcinom; akutni miokardni infarkt, sladkorna bolezen (kdaj pričeti s presejanjem, kako pogosto, kaj spremljati) ...

Oddaja poročila

Poročilo mora biti v elektroni obliki oddano pravočasno v 7. semestru do vnaprej določenega datuma tako, da je še možno izdelke popraviti in dopolniti. Opis družine naj bo pripravljen v elektronski obliki in poslan prim. doc. dr. Kseniji Tušek-Bunc po e-pošti: ksenija.tusek-bunc@guest.arnes.si.

Priprava in oddaja poročila do predvidenega roka je študentova obveznost in je pogoj za pristop k opravljanju izpita. Poročilo je treba oddati do predvidenega datuma.

Poročilo se lahko zavrne, kadar ne ustreza navodilom. Študent ga je dolžan v 5 dneh popravljenega vrniti v ponovno oceno.

Vsaka oddaja poročila po zadnjem roku za oddajo poročila, ali v primeru, da študent ne vrne popravljenega poročila, ali ga sploh ne odda, se razume kot neizpolnjena obveznost pri predmetu Družinska medicina I, študent pa ne more pristopiti k zaključnem preverjanju znanja.

Ocenjevanje

Ocenjuje se kakovost pisnega izdelka:

- predstavitev vseh predlaganih elementov,
- predstavitev družinskega drevesa,
- predstavitev družinskega profila,
- predstavitev problemske liste,
- zaključek kot najpomembnejši element poročila.

Kontaktna oseba: prim. doc. dr. Ksenija Tušek Bunc

VAJE IZ SPORAZUMEVANJA I

LEA GRIL JEVŠEK IN SARA ONUK

Uvod

Vaje Sporazumevanje I so namenjene spoznavanju študentov z osnovnimi tehnikami sporazumevanja ter različnimi modeli komunikacij. Eden najbolj uporabljenih modelov sodobne strukture posveta je Calgary Cambridge model, ki podaja strukturo sporazumevanja, jo poveže s klinično obravnavo bolnika in predstavlja logično zaporedje dogodkov v obravnavi bolnika. Temu modelu sporazumevanja bomo namenili največ časa.

Vaje bodo potekale v obliki igranja vlog: študentje medicine bodo odigrali vlogo zdravnika, prostovoljci pa vlogo bolnika. Igre vlog so natančno zapisane v obliki scenarijev, z njimi bodo tako študentje (zdravniki), kot tudi prostovoljci (bolniki) v naprej seznanjeni.

Vaje Sporazumevanje I trajajo 8 šolskih ur na skupino.

Cilji

Znanje

Ob zaključku vaj morajo študentje:

poznati definicijo sporazumevanja in posveta ter poznati razliko med tema terminoma,
poznati oblike sporazumevanja (besedno, nebesedno),
našteti nekaj modelov sporazumevanja,
poznati strukturo k bolniku usmerjenega posveta (model Calgary Cambridge),
biti seznanjeni z nalogami posveta,
poznati osnovne tehnike aktivnega poslušanja,
prepoznati najpogostejše napake besednega in nebesednega sporazumevanja,
prepoznati pasti neustreznega sporazumevanja v medicinskem in pravnem smislu,
vedeti, da so osnove komunikacijskih veščin podlaga za obvladovanje komunikacijsko težjih situacij,
vedeti, da lahko zdravnik naučene komunikacijske veščine v celoti uporabi le, če je tudi njegovo lastno stališče do pomena sporazumevanja pozitivno.

Veščine

Ob zaključku vaj morajo študentje:

znati ustrezno voditi posvet z bolnikom in pri tem upoštevati najpomembnejše elemente besednega in nebesednega sporazumevanja,
upoštevati organizirano strukturo k bolniku usmerjenega posveta,
znati dosegati vse cilje posveta v časovnem okviru, ki ga imajo na voljo,
pravočasno prepoznati pasti neustreznega sporazumevanja tako v medicinskem kot v pravnem smislu.

Vsebina

Vodenje posveta je veščina, ki se je moramo učiti in ki se jo da naučiti. Pomeni eno epizodo stika med bolnikom in zdravnikom. Med posvetom poteka sporazumevanje (besedno in nebesedno).

Sodobne značilnosti vodenja posveta v skladu s kompetencami družinske medicine temeljijo na vključevanju bolnika v posvet. Bolnik je postavljen v središče oskrbe, njegova vloga pa je mnogo aktivnejša kot v preteklosti. Eden najbolj uporabljenih modelov sodobne strukture posveta je Calgary Cambridge model oz. model k bolniku usmerjenega posveta, ki podaja strukturo sporazumevanja, jo poveže s klinično obravnavo bolnika in predstavlja logično zaporedje dogodkov v obravnavi bolnika. Struktura posveta je sestavljena iz uvoda, ugotavljanja razlogov za posvet (zbiranja informacij), telesnega pregleda, razlage in načrtovanja ter zaključka. Ker sporazumevanje poteka med (vsaj) dvema osebama, se ne moremo togo držati priporočene strukture. Vendar pa nam organizirana struktura posveta v mislih pomaga, da smo bolj učinkoviti in da smiselno nadaljujemo, ne da bi pozabili kakšen pomemben element, od katerega so odvisni naslednji deli posveta.

Pri vsakem posvetu se trudimo tudi izpolnjevati naloge posveta: obravnavo trenutnih zdravstvenih težav, vodenje kroničnih bolezni in stanj, vplivati na navade pri iskanju zdravstvene pomoči in priložnostno zdravstveno ozaveščanje.

Potek

Vaje Sporazumevanje I potekajo potekale v štirih delih.

Priprava študentov na vaje

Priporočeno je, da študentje pred prihodom na vaje razmislijo o pomenu sporazumevanja, o najpogostejših težavah, ki se pri sporazumevanju z bolnikom lahko pojavijo ter o možnih zapletih, ki so lahko posledica neustreznega sporazumevanja. Priporočeno je tudi razmisliti o osnovah tako besednega kot nebesednega sporazumevanja in njunem pomenu za čim bolj učinkovito sporazumevanje in vodenje posveta med zdravnikom in bolnikom.

Teoretičen del vaj

Prvi oz. uvodni del vaj je namenjen kratki seznanitvi s teoretičnimi osnovami sporazumevanja in posveta. Podrobneje bo predstavljen model k bolniku usmerjenega posveta ter razložen pomen tega. V nadaljevanju bomo odigrali nekaj posvetov med bolnikom (prostovoljcem) in zdravnikom (študentom) in analizirali odigrane vloge. Predstavljen in razložen bo potek 2. dela vaj, na katerem bomo izključno snemali posvete.

Praktičen del vaj – snemalne vaje

Ta dan bo na urniku snemanje posvetov med bolniki (prostovoljci) in zdravniki (študenti). Urnik snemanja bo v naprej pripravljen in ga morajo študentje natančno upoštevati. Brez predhodnega dogovora z vodjema vaj menjavanje v naprej določenih terminov snemanja znotraj skupin ali med skupinami ni dovoljeno. V naprej bodo pripravljene tudi scenariji iger vlog oz. posvetov, s katerimi bodo študentje (zdravniki) in prostovoljci (bolniki) predhodno seznanjeni. Študentom, ki so vodenje posveta odigrali na 1. delu vaj, ni potrebno priti na snemalni del vaj. Posnetek vodenja posveta je obvezen za pridobitev pozitivne ocene vaj iz Sporazumevanja I. Na ta del vaj študentje s seboj prinesejo podpisan obrazec privolitve za ohranitev videoposnetka v učne in /ali znanstveno-raziskovalne namene.

Zaključni del vaj

Tretji in četrti del vaj je namenjen ogledu in analizi odigranih posvetov s snemalnega dela vaj. Vsak študent bo dobil povratno informacijo o odigrani vlogi. Ob zaključku vaj bodo še enkrat na kratko podani poudarki osnov vodenja posveta in sporazumevanja med bolnikom in zdravnikom.

Oprema in prostori za izvedbo vaj

Študentje za vaje Sporazumevanje I. ne potrebujejo posebne opreme. S seboj prinesejo evidenčne liste, učbenike, pisala in papir za zapiske. Igre vlog bodo odigrane v vajalnicah, prav tako bodo v vajalnicah izvedene snemalne vaje. Vso opremo za snemanje priskrbi katedra za družinsko medicino. Študentje na snemalne vaje prinesejo samo izpolnjen in podpisan obrazec privolitve za ohranitev videoposnetka v učne in /ali znanstveno-raziskovalne namene.

Ocenjevanje

Vaje iz Sporazumevanja I se ne ocenjujejo s številčno oceno, ampak z »opravil-a« ali »neopravil-a«. Pogoji za opravljene vaje je opravljen posnetek posveta na snemalnem delu vaj ali odigran posvet na 1. delu vaj.

Obveznosti študentov

Obveznost vsakega študenta je odigran vsaj en posvet med bolnikom (prostovoljcem) in bolnikom (študentom). Zelo zaželjena in priporočljiva je prisotnost na vseh štirih delih vaj, saj gre za pomembno temo, ki jo tekom vaj izpopolnjujejo in nadgrajujemo.

Obveznosti učiteljev

Obveznosti asistentk, ki vodita vaje Sporazumevanje I. je podajanje teoretičnih osnov sporazumevanja, izvedba snemalnih vaj, pregled vseh posnetkov, analiza posnetkov skupaj s študenti, razpravljanje v smislu iskanja možnih izboljšav posameznega posveta ter podajanje povratnih informacij študentom.

Zaključek

Dobro sporazumevanje je nujno potreben temelj za vse postopke v obravnavi bolnika in je dokazano povezano z zadovoljstvom bolnika, njegovim sodelovanjem pri zdravljenju in z izidom zdravljenja. Profesionalnost sodobnega zdravnika ne predpostavlja le učinkovitega in dobrega kliničnega znanja, ampak tudi temeljne komunikacijske sposobnosti. Osnovne komunikacijske veščine, ki jih spoznamo v teku vaj Sporazumevanje I., so podlaga za obvladovanje komunikacijsko težjih situacij.

Študijska literatura

Temeljna

1. Davorina P, Švab I, ur. Sporazumevanje v družinski medicini. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino; 2016.
2. Davorina P. Vodenje posveta v ambulanti družinske medicine. In: Švab I, Rotar-Pavlič D, ur. Družinska medicina: učbenik. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine; 2012. p. 175-89.

3. Kersnik J. Osnove družinske medicine: učbenik za študente medicine v 4. letniku MF UM. Maribor: Medicinska fakulteta Univerza Maribor; 2007.
4. Klemenc-Ketiš Z, ed. Praktikum družinske medicine. 2. izdaja. Maribor: Medicinska fakulteta Univerza Maribor; 2011.
5. Navodila za vaje za študente.
6. Zapiski in izročki predavanj.

Dodatna

1. Selič P. Novi odročnik: nebesedno sporazumevanje za vsakdanjo rabo. Ljubljana: Inštitut za psihofiziološke študije Pares; 2007.
2. Zelko E, Kupnik D. Zdravnik in skupnost. In: Klemenc-Ketiš Z, ur. Praktikum družinske medicine: univerzitetni učbenik. Maribor: Medicinska fakulteta Univerza Maribor; 2009. p. 36-9.
3. Tušek-Bunc K, Kupnik D. Sporočanje slabe novice. In: Klemenc-Ketiš Z, ur. Praktikum družinske medicine: univerzitetni učbenik. Maribor: Medicinska fakulteta Univerza Maribor; 2009. p. 129-35.

VAJE Z VODENJEM SKUPINE

VOJISLAV IVETIĆ IN MATEJA KRAJNC

Uvod

Vaje z vodjo skupine v okviru predmeta Družinska medicina 1 potekajo v petih skupnih srečanjih. Pri tem študenti poglobijo že pridobljeno znanje, poudari se pomen dodatnih samostojnih in tematskih vaj ter dela za pridobivanje izkušenj, veščin in utrjevanje znanja. Spoznajo osnovno zdravstveni pristop in ga umestijo v koncept celovite obravnave bolnika. Študentom se posreduje informacija, da je družinska medicina (DM) široka specialnost, ki povezuje biomedicinske, psihološke in socialne vede.

Cilji

Znanje

posebnosti dela v ambulanti DM,
posebnosti DM,
osnovno zdravstveni pristop v DM,
poslovanje ambulante na primarnem nivoju zdravstvene dejavnosti.

Veščine

predpisovanje recepta in eRecepta,
predpisovanja napotnic in eNapotnic,
vrednotenja laboratorijskih analiz krvi in urina,
analiziranje in stopenjsko reševanje problemov (ang »multiple essay questions« - MEQs).

Stališča

pomembnost in centralna vloga specialista DM kot vratarja zdravstvenega sistema,
pomembnost celostne in celotne obravnave bolnike.

Vsebina

Prvo skupno srečanje z vodjo skupine je namenjeno predstavitvi asistenta – vodja skupine in študentov, lastnih izkušenj študentov z obravnavo v DM, seznanjanje z osnovnimi značilnostmi DM ter osnovno zdravstvenim pristopom. Vključena je praktična vaja veščin: pisanje receptov.

Drugo skupno srečanje z vodjo skupine je namenjeno analizi dosedanjega poteka vaj in pouka iz DM, predlog sprememb in reševanje morebitnih težav nastalih pri pouku, skupinsko stopenjsko reševanje problemov (ang »multiple essay questions« - MEQs) na pripravljenem kliničnem primeru ter praktične vaje izpolnjevanja napotnic in navodila za pripravo domačih nalog.

Domača naloga za naslednje srečanje: Drugi MEQs primer (oddati 48 ur pred naslednjimi vajami z asistentom - 3. srečanjem z vodjo skupine)

Tretje skupno srečanje z vodjo skupine je namenjeno analizi dosedanjega poteka vaj in pouka iz DN, predlogu sprememb in reševanju morebitnih težav glede izvedbe vaj in pouka ter analizi in ocenjevanju izdelane domače naloge (drugi MEQs test) in praktični vaji: odčitavanju laboratorijskih izvidov.

Domača naloga: Dva didaktična primera: Študent ob pomoči in nadzoru mentorja v ambulanti pripravi pisni izdelek in ga na naslednjih vajah predstavi (pisni izdelek mora oddati 48 ur pred naslednjimi vajami z asistentom - 4. srečanjem z vodjo skupine).

Četrto skupno srečanje z vodjo skupine je namenjeno analizi dosedanjega poteka vaj in pouka iz DM, predstavitev domače naloge (enega od dveh didaktičnih primerov). Vsak študent ima 5 minut za predstavitev svojega primera, aktivno pa sodeluje cela skupina.

Ocenjevanje: Asistent pisni izdelek (dva didaktična primera) in predstavitev enega didaktičnega primera oceni (minimum za oceno OPRAVIL 3 od 5 točk (3/5), vsaki posamezni primer se ocenjuje individualno).

Peto skupno srečanja z vodjo skupine je namenjeno reševanju in ocenjevanju tretjega MEQ primera, analizi celotnega poteka vaj - tako individualnih v mentorskih ambulantah kot vaj veščin,

analizi dela v skupini kot tudi celotnega pouka iz DM, predlogu morebitnih sprememb, izdelavi skupne ocene iz MEQs reševanja kliničnih primerov ter pogovoru o končni oceni s posameznim študentom. *Ocenjevanje:* Tretji MEQs test se ocenjuje od 0-5, minimum za oceno OPRAVIL je 3 od 5 točk (3/5).

Potek

Študenti pridejo v prostore za vaje glede na urnik. S seboj prinesejo evidenčne liste, učbenik in navodila za vaje. Vsako srečanje z vodjo skupine je nadgradnja prejšnjega. Vaje trajajo 2 šolski uri in zajemajo:

- individualno delo asistenta s skupino
- razprava študenta s skupino in z asistentom
- delo v manjših skupinah

Ocenjevanje

- vaje veščin (pisanje recepta, izpolnjevanje napotnic, odčitavanje laboratorijskih izvidov) se ocenijo OPRAVIL / NI OPRAVIL;
- pisni izdelek (didaktična primera) in predstavitev enega didaktičnega primera se oceni kot OPRAVIL / NI OPRAVIL (minimum za opravi je 3 od 5 (3/5) točk);
- tretji MEQs primer s petega skupnega srečanja se oceni kot OPRAVIL / NI OPRAVIL (minimum za opravi je 3 od 5 (3/5) točk);
- pogoj za uspešno opravljene vaje in podpis je **pozitivna ocena iz obeh didaktičnih primerov in tretjega MEQ s petega skupnega srečanja (3/5 točk pri vsakem primeru).**

Obveznosti študentov

- aktivna udeležba in pripravljenost na vaje,
- pisna priprava dveh kliničnih primerov iz prakse in ustna predstavitev enega kliničnega primera,
- analiza dveh stopenjskih reševanj problemov (ang. »MEQs«) (en za domačo nalogo, en pa na zadnjem srečanju).

Obveznosti učiteljev

Asistent – vodja vaj na kratko povzame potek pouka v 4. letniku: nova znanja, ki jih bodo študenti osvojili, nove veščine (sprejem bolnika, naročanje bolnika, prvi/kontrolni obisk, sočasna obravnava več zdravstvenih problemov, pisanje recepta, izpolnjevanje napotnic, vodenje medicinske dokumentacije ...), najpogostejše zdravstvene probleme, ki so jih študenti srečali pri delu v ambulanti ter bistvene elemente osnovno zdravstvenega pristopa. Asistent vodi razpravo in študente usmerja pri poznavanju in utrditvi na vajah vidnih značilnih lastnosti DM, ki jih povežejo z dosedanjimi izkušnjami ter jih vgradijo v svoja pričakovanja. Skrbi za aktivno sodelovanje cele skupine in spodbuja vsakega posameznika v skupini. Rešuje morebitne aktualne težave v okviru pouka in povezuje celotni pouk iz Družinske medicine 1.

Zaključek

Vaje z vodjo skupine so namenjene delu v manjših skupinah, kjer študenti spoznajo bistvene značilnosti DM: sintetično analitični pristop pri reševanju problemov, partnerski odnos, celostno reševanje problemov s povezovanjem telesnega, duševnega in socialnega ter aktivni položaj bolnika pri reševanju problemov. Namen je predstaviti mesto DM kot temelj za vso nadaljnjo zdravstveno oskrbo, študente pa vzpodbujati k povezovanju pridobljenega znanja, veščin in stališč pri nadaljnjem študiju, kot tudi opazovanje, kje in kakšna so stičišča DM z ostalimi medicinskimi strokami.

Študijska literatura

1. Kersnik J. Osnove družinske medicine: učbenik za študente medicine v 4. letniku MF UM. Maribor: Medicinska fakulteta Univerza Maribor; 2007.
2. Navodila za vaje.
3. Zapiski predavanj.
4. Švab I, Rotar-Pavlič D, ur. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, Slovenskega zdravniškega društva; 2002.

ZASPIS SOAP

ANDREJ KRAVOS IN KSENIJA TUŠEK BUNC

Uvod

V ambulanti družinske medicine se najpogosteje na osnovi anamneze in izluščene bistvene težave izvajajo usmerjeni klinični pregledi. Ugotovitve tako v zvezi z anamnezo, kliničnim pregledom in ukrepanjem v zvezi s tem zapišemo v bolnikovo kartoteko v obliki zapisa SOAP (Subjektivno (Symptoms), Objektivno (Objective), Ocena (Assessment), Načrt (Plan)). Pri zapisu sledi štirim sklopom, ki se delno prilagajajo analogiji anamneza, status, diagnoza, zdravljenje, vendar so po svojem delovnem pomenu le nekoliko različni. Namen te oblike zapisa je predvsem zmanjšati obseg zapisa, da je bolj pregleden in sistematičen. Podatki morajo biti natančni, berljivi in razumljivi vsakemu zdravniku.

Pod S (subjektivni podatki; *angl. subjective information*) povzamemo bistveno iz bolnikove pripovedi o težavah, ki so ga pripeljale na pregled k zdravniku.

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

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

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

Cilji

Znanje

o usmerjenim posvetom s pacientom v ambulanti družinske medicine.

Veščine

znati pravilno zapisati usmerjen posvet z bolnikov v obliki zapisa SOAP.

Vsebina

- prikaz primera,
- individualno delo v ambulanti,
- zapis po principu SOAP.

Potek

Obveznosti učiteljev

Mentorji v mentorskih ambulantah podajo ustrezno razlago o tem, kaj SOAP primeri so in o ustreznih zapisih. Študente spodbujajo pri skrbnem spremljanju in beleženju zapisov tako anamnestičnih, kliničnih kot glede ukrepov pri slehernem bolniku, obiskovalcu ambulante družinske medicine. Lahko jim tudi pokažejo posamezni primer (vzorec) zapisa zaradi lažjega razumevanje.

Obveznosti študentov

Študenti morajo budno spremljati vsak posvet v ambulanti svojega mentorja in pripraviti 20 zapisov primerov SOAP (zapis 10 kroničnih in 10 akutno obolelih).

Ocenjevanje

Mentorji v mentorskih ambulantah ocenijo primernosti SOAP zapisov.

Zaključek

Usmerjeni pregled in zapis posveta v obliki SOAP sta eni izmed osnovnih veščin dela v ambulanti družinske medicine. Osnovni namen je, da študenti spoznajo to veščino in da jo tudi uporabljajo na vajah.

Študijska literatura

1. Kersnik J. Osnove družinske medicine: učbenik za študente medicine v 4. letniku MF UM. Maribor: Medicinska fakulteta Univerza Maribor; 2007.
2. Navodila za vaje.
3. Zapiski predavanj.

PRIMER ZAPISA SOAP

Avtor/Avtorica:

Maribor, 31. 10. 2017

SOAP ZAPIS

Ime in priimek pacienta (vpišite le začetnice ali izmišljeno ime):

Datum rojstva:

S (subjektivni podatki):

21-letna študentka prihaja zaradi vročine, ki traja 3 dni. Ob tem so prisotni še glavobol, slabost in utrujenost. Pacientka pravi, da se počuti slabo, vendar zanika bruhanje. Pred dvema dnevoma jo je začelo boleti še grlo. Poleg tega so prisotne bolečine tudi ob požiranju. Za zbijanje vročine je včeraj pojedla tableto Ibuprofena, ki ji je pomagala. Pove, da so v njeni skupini zboleli tudi nekateri drugi študenti. V zadnjih dnevih se ji je zmanjšal tudi apetit.

O (objektivni podatki)

Pacientka ni vidno prizadeta, je pogovorljiva, orientirana in brez motenj zavesti. Temperatura je 39,1°C, pulz znaša 110 utripov/minuto, frekvenca dihanja je 22 vdihov/minuto, krvni tlak 110/70 mmHg. Srčni toni so primerno naglašeni na primernih mestih, ni prisotnih prekordialnih pulzacij. Šumi niso slišni. Pri dihanju v pljučih ni slišnih pokov ali piskov.

Vidna je pordela ustna sluznica s povečanimi in močno pordelimi tonzilami. Na njih so prisotne gnojne obloge. Tipne in boleče vrane bezgavke obojestransko ob sternokleidomastoideusu.

A (zdravnikova ocena stanja)

Akutni tonzilofaringitis bakterijske etiologije

P (načrt)**- D (predvideni diagnostični postopki)**

Dodatni diagnostični postopki niso potrebni

- T (načrt zdravljenja)

Penicilin 1000 1 tableto na 8 ur, 10 dni. Ob povišani temperaturi nad 38 st. C sredstvo za zniževanje temperature (paracetamol).

- E (nasveti bolniku)

Počitek in pitje zadostne količine tekočine. 5 dni naj ostane doma. Kontrola čez 3 dni, če ne bo izboljšanja. Ob poslabšanju kontrola takoj.

DIDAKTIČNI PRIMER

KSENIJA TUŠEK BUNC

Uvod

Družinska medicina je veda, ki na celosten način in dolgoročno obravnava z zdravjem povezane težave pri posamezniku. Zdravnik družinske medicine obravnava zdravstvene težave, pri katerih so znaki in občutja pogosto na začetni stopnji poteka bolezni in slabše izraženi. Zdravstvene težave bolnikov izhajajo iz številnih organskih sistemov in se prepletajo z duševnimi in socialnimi motnjami. Pri obravnavi in vodenju bolnika v družinski medicini tako zdravnik ne upošteva zgolj kliničnega vidika bolezni ampak tudi druge vidike pri čemer je osnova biopsihosocialni model. Pogostost in verjetnost pojavljanja zdravstvenih težav pa se v družinski medicini močno razlikuje od onih v specialistični ambulantni ali bolnišnični dejavnosti.

Cilji

Znanje

o posebnosti bolezenskih staj in obravnave v družinski medicini.

Veščine

pripraviti zapis o posvetu v družinski medicini, upoštevati biopsihosocialni model obravnave in celostni pristop v družinski medicini.

Stališča

zavedanje o pomenu bolnikovega sodelovanja pri diagnostičnih postopkih in zdravljenju

Obveznosti študentov

Študent mora pripraviti ob pomoči mentorja v ambulanti dva didaktična primera, ki ju pošlje v oceno vodji skupine 48 ur pred naslednjimi vajami (4. vaja z vodjem skupine). Vsak primer mora zaključiti z navedbo razloga, ki je botrovalo izboru tega didaktičnega primera.

Po lasni izbiri nato na vajah predstavi enega od obeh primerov.

Ocenjevanje

Didaktična primera, ki vsebujeta vse elemente (glej spodaj) in predstavitev enega izmed didaktičnih primerov se oceni z oceno opravljen / ni opravljen (minimum za opravljen je 3 od 5 (3/5) točk). Oceno vpiše vodja skupine v študentov evidenčni kartonček.

Avtor(ica) (šifra študenta)

Mentorica/Mentor

Kraj, datum

PRIMER

Pacientka Z. K., 1999

Subjektivno

Pacientka je prišla na posvet zaradi 3 dni trajajoče vrtoglavice. Vrtoglavica je nastala nenadoma. Ima občutek, da se vrtil prostor okoli nje. Jakost vrtoglavice je odvisna od lege-huje je, ko glavo obrne v desno, sploh v ležečem položaju. Ob tem ji je slabo, bruhalo ni. Izgubo zavesti, poškodbo glave, glavobol, motnje vida in motnje sluha zanika. Pove, da je v zadnjem času bolj pod stresom zaradi šolskih obveznosti.

OTROŠKE BOLEZNI: v kartoteki ni zavedenih posebnosti. Prebolela je običajne otroške bolezni.

DRUŽINSKA ANAMNEZA: mati se zdravi zaradi depresije in hipotiroze, oče pa zaradi arterijske hipertenzije. Ima enega brata, ki je zdrav.

DOSEDANJE BOLEZNI: leta 2003 je bila hospitalizirana na Pediatrični kliniki v Mariboru zaradi virusnega gastroenteritisa. Leta 2012 je bila obravnavana pri pedopsihiatru zaradi samopoškodovanja (rezanje po zapestju). Večkrat je obiskala ambulanto družinske medicine zaradi akutnih respiratornih infektov (nazadnje pred dvema mesecema), vedno v spremstvu mame.

TERAPIJA: trenutno ne prejema redne terapije.

ALERGIJE: alergična je na penicilin.

RAZVADE: kajenje, uživanje alkohola in drog zanika. Enkrat do dvakrat na dan spije skodelico kave.

SOCIALNA ANAMNEZA: živi v Lovrencu na Pohorju z mamo in mlajšim bratom. Starša sta ločena od leta 2012. Vsak drugi vikend je pri očetu. Z obema staršema se dobro razume, tudi z bratom je v dobrih odnosih. Obiskuje Srednjo ekonomsko šolo v Mariboru.

SEDANJA BOLEZEN: pacientka prihaja na pregled v spremstvu mame. Toži za vrtoglavico, ki traja 3 dni. Vzela je Betaserc, ki ji ga je dala mama, a ji ni pomagal. Vrtoglavico opiše kot vrtenje prostora okoli nje. Vrtoglavica je nastala nenadoma, vmes v nerednih časovnih intervalih izzveni in se ponovno pojavi. Pove, da je ugotovila, da je vrtoglavica najhujša, ko leži, še

posebej, če ima glavo obrnjeno v desno. Glavobol, vročino, mrzlico, izgubo zavesti, motnje sluha, motnje vida in poškodbo glave zanika.

Objektivno

KT: 110/78 mmHg; pulz: 80 /min; SpO₂:99 %; TT: 36,2 °C

Neprižadeta, acianotična, eupnoična, afebrilna, GCS=15.

Srčna akcija ritmična, tona primerno poudarjena, šuma ne slišim.

Ušesa: zunanji sluhovod bilateralno brez posebnosti, odsev bobniča primeren, brez znakov za vnetje srednjega ušesa, brez znakov za kolekcijo tekočine v srednjem ušesu.

Okvirni nevrološki status: zenici okrogli, simetrični, reagirata na direktno in indirektno svetlobo. Prisoten horizontalni nistagmus bilateralno. Meningealni znaki negativni, brez NC izpadov, test na latentno parezo negativen, brez znakov lateralizacije, Romberg negativen, brez motenj sensorike, groba mišična moč primerna.

Zaradi suma na benigni paroksizmalni pozicijski vertigo (v nadaljevanju BPPV) smo izvedli še Dix-Hallpike-ov test, ki je bil pozitiven.

Pri bolnici smo izvedli Epleyev maneuver, ki je povzročil takojšnje olajšanje pri bolnici.

Načrt

Diagnostika: Bolnico smo kljub temu napotili v laboratorij (KKS, KS, CRP, elektroliti, ščitnični hormoni), ji opravili EKG (sinusni ritem s frekvenco 82 /min, normalna srčna os, PR doba primerna, brez morfoloških motenj QRS kompleksa, ST veznica v izolaciji, brez motenj repolarizacije) in jo naročili na kontrolo čez dva dni. Bolnici smo pojasnili, kaj BPPV je. Terapija: Povedali smo ji, da lahko v primeru ponovitve težav sama poskusi izvesti Epleyev maneuver in ji dali navodila za izvedbo le-tega.

Edukacija: V primeru hujšega poslabšanja naj pride na kontrolo prej oz. naj obiše dežurno službo.

KONTROLA ČEZ 2 DNI

Pacientka pove, da je vrtoglavica popolnoma izginila, zdaj se počuti dobro. Skrbi jo, ali so laboratorijski izvidi v redu, saj ima mama težave s ščitnico.

Nistagmus je popolnoma izginil, ostali status je bil brez posebnosti.

Laboratorijski izvidi so bili v mejah normale, zaradi česar je bolnici vidno odleglo.

Pacientki naročimo, da naj pride na kontrolo v primeru ponovitve težav.

Primer sem si izbrala, ker se na njem lahko naučimo, da lahko pogosto postavimo diagnozo z dobro opravljenima anamnezo in statusom. Z dobrim poznavanjem diferencialne diagnoze in nekaterih testov se lahko izognemo nepotrebnim napotitvam k specialistom, s poznavanjem terapevtskih možnosti pa lahko pacientu v primeru BPPV pomagamo že z enostavnimi nefarmakološkimi ukrepi (Epleyev maneuver).

STOPENJSKO REŠEVANJE PROBLEMOV - MEQ - MULTIPLE ESSAY QUESTIONS

ANDREJ KRAVOS IN KSENJA TUŠEK BUNC

Uvod

Stopenjsko reševanje problemov (v nadaljevanju MEQ - multiple essay questions) je orodje za preverjanje znanja. Uporaben je v vseh vejah medicine, še posebej pa v družinski medicini. Kot del ocenjevanja na izpitih je uveljavljen v mnogih evropskih državah in tudi drugje po svetu.

MEQ se uporablja pri pouku za učenje in preverjanje znanja pri obravnavi najpogostejših stanj v ambulanti družinski medicine. Vsebina MEQ je lahko povsem klinična, specifična za primarni zdravstveni nivo, lahko pa so prisotne tudi etične dileme, nerealna pričakovanja bolnikov, zahteve po določenih preiskavah, zdravlilih ali napotitvah.

Cilji

Znanje

o obravnavi najpogostejših bolezni in bolezenskih stanj v ambulantah družinske medicine.

Veščine

pravilno uporabiti osnovnozdravstveni pristop pri obravnavi najpogostejših bolezni, upoštevati značilnosti odločanja v družinski medicini.

Stališča

zavzeti pravo stališče do posebnosti obravnave v družinski medicini ob upoštevanju možnosti in omejitev pri obravnavi bolnikov.

Vsebina

- asistent na vajah predstavi MEQ in poda osnovna navodila za reševanje le-teh;
- na 2. vajah študentje z vodjo skupine rešujejo prvi MEQ skupinsko. Asistent usmerja in pomaga študentom pri reševanju MEQ primera samo s formalnega vidika, oblika in način reševanja primerov je naloga študentov;
- drugi MEQ primer rešijo študenti za domačo;
- tretji MEQ primer rešujejo študenti individualno na zadnjih vajah z vodjo skupine.

Praktična navodila za reševanje MEQ za študente:

- Problemi MEQ se rešujejo stopenjsko.
- Za posamezen problem študentje dobijo na listih zapisane podatke po stopnjah: anamneza, klinični status, diagnostika, ukrepi, svetovanje. Na podlagi opisa problema na prvem listu zapišejo zahtevano (npr. katere podatke morajo v anamnezi še pridobiti v od bolnika; ali n.pr. na katero preiskavo bi bilo potrebno napotiti bolnika za razjasnitev njegovih tež).
– Na vsakem naslednjem listu so zapisani podatki, ki usmerjajo k naslednjim korakom pri reševanju problema in tako naprej v več stopnjah (navadno v 5 stopnjah).
- Pri odgovorih naj študentje ne »prehitevajo«. To pomeni, da npr. natančnemu pogovoru z bolnikom (anamnezi) praviloma sledi ustrezen klinični pregled, ne pa laboratorijske preiskave ali celo takoj nasveti bolniku, napotitve ali predpis zdravljenja.
- Čas za posamezno stopnjo je omejen. Upoštevati se morajo navodila asistenta.

Potek

Obveznosti učiteljev

Učitelji poskrbijo, da je pripravljeno ustrezno gradivo za izvedbo vaj: primeri MEQ (priporočena je predstavitev v ppt prezentaciji), prazni listi. MEQ primeri so izbrani izmed najpogostejših bolezni oz. bolezenskih stanj s katerim se pri svojem delu srečuje zdravnik družinske medicine. Vsaka skupina rešuje drug MEQ po predhodnem dogovoru med vodji skupin.

Obveznosti študentov

Doma se študentje na vaje pripravijo: preberejo ustrezno poglavje v navodilih za vaje. Pri reševanju prvega MEQ primera študentje aktivno sodelujejo s svojimi predlogi. MEQ primer, ki je domača naloga, pošljejo asistentu po elektronski pošti do predvidenega termina najmanj 48 ur pred naslednjimi vajami z vodjo skupine, kar seveda pomeni, da se naloga poslana po tem terminu zavrne, obveznost pa tako ni izpolnjena. Pri individualnem reševanju problema, ki bo ocenjen na zadnjih vajah, se študentje ne pogovarjajo med seboj, ne sprašujejo in ne komentirajo primera. Vsak izpolnjen list vrnejo asistentu po pretečenem v naprej določenem času.

Ocenjevanje

MEQ ocenjuje asistent – vodja skupine. MEQ se ocenjujejo opisno: opravljen/nepopravljen. Na vsakem listu sta praviloma 2 vprašanji. Kriterija za ocenjevanje: predlagane rešitve problema v čim večjem obsegu, ki zajamejo tako klinični vidik kot celostni osnovnozdravstveni pristop. Za pravilne odgovore na vprašanja na vsakem listu prejme študent 2 točki, skupaj maksimalno 10 točk. Za opravljen MEQ šteje 6 ali več točk.

Zaključek

Reševanje MEQ je vključeno v vaje pri predmetu družinska medicina, ki ima za cilj preverjanje in utrjevanje kliničnega znanja in tudi za učenje specifičnega celostnega in osnovnozdravstvenega pristopa pri najpogostejših boleznih in stanjih, ki jih obravnavamo v ambulantah družinske medicine.

Študijska literatura

1. Kersnik J. Osnove družinske medicine: učbenik za študente medicine v 4. letniku MF UM. Maribor: Medicinska fakulteta Univerza Maribor; 2007.
2. Navodila za vaje.
3. Zapiski predavanj.

Primer MEQ

Prvi list

30-letni gradbeni delavec, brez znanih kroničnih bolezni, brez znanih alergij in redke obiskovalec vaše ambulante, prihaja zaradi bolečine v križu.

1. Katere podatke morate še pridobiti v pogovoru z bolnikom?

Drugi list

Izvedeli ste, da je bolečina nastala po nekajurnem dvigovanju težkih bremen. Bolečina nikamor ne seva, mravljinčenja ali mrtvenja nog ne občuti. Sfinkterskih motenj nima. Prej še nikoli ni imel težav s križem.

2. Kaj bo obsegal vaš klinični pregled?

Tretji list

Usmerjen klinični pregled: Hodi samostojno, težje vstane iz sedečega položaja. Predklon in odklon sta omejena, iz predklona se težko vzravna. Na pete in prste stopi. Paravertebralno mišičje je napeto in palpatorno občutljivo. Lasegue je negativen, prav tako tudi test na nateg femoralnega živca. Nevroloških izpadov nima.

3. Kaj bo vaš naslednji korak glede morebitne dodatne diagnostike ali terapije?
4. Katera je najbolj verjetna diagnoza glede na tipično anamnezo in klinični status?

Četrty list

Glede na tipično anamnezo in klinični status se odločite, da gre za ENOSTAVNO BOLEČINO V KRIŽU zaradi natega lumbalnega dela. Bolniku boste predpisali paracetamol (LEKADOL).

5. Kaj se boste še pogovorili z bolnikom in kakšna navodila mu boste dali?
6. Ali mu boste odobrili bolniški stalež (če DA, kako dolgo, če NE, zakaj ne)?

Peti list

Svetovali boste jemanje 2 tablet paracetamola na 6-8 ur. Razložili mu boste, da stanje ne bo boljše že jutri, ampak se bo začelo izboljševati po treh do petih dneh. V teh dneh naj pride tudi na kontrolo. Če bo stanje slabše, naj pride na kontrolo že prej. Svetovali boste tudi nefarmakološke ukrepe (redno gibanje in vaje, počitek čim krajši čas, le ob hudi prizadetosti, po potrebi aplikacija ledu ali toplote).

Bolnik želi, da ga pošljete na rentgensko slikanje križa, saj ga je strah, da ni prišlo do zloma. Poleg tega je imel njegov sodelavec podobne težave, pa je bil kasneje operiran.

Kako mu boste razložili, da v tej fazi rentgensko slikanje ni potrebno?

OCENA SRČNO-ŽILNE OGROŽENOSTI

ANDREJ KRAVOS IN KSENIJA TUŠEK BUNC

Uvod

Srčno žilno ogroženost (SŽO) določamo zdravim: med zdravimi iščemo tiste z dejavniki tveganja (DT) oz. med zdravimi odkrivamo take, ki so ogroženi za srčno žilne bolezni (SŽB), med ogroženimi pa tiste, ki potrebujejo zdravljenje. Zdravimo tiste, za katere vemo, da bo korist večja od tveganja. Bolnika vselej obravnavamo celostno v skladu z usmeritvijo družinske medicine, kar pomeni, da ne obravnavamo zgolj posameznega DT. Upoštevamo kombinacije DT, multipliciranje le-teh ter njihove medsebojne interakcije in vpliv na pojavnost aterosklerotičnih sprememb.

Cilj je zmanjšanje SŽO in če tega cilja ne dosežemo z obravnavo enega DT, lahko celokupno ogroženost zmanjšamo z ukrepanjem pri drugih DT.

SŽO določamo vsem odraslim osebam, starim 30 let in več, prav tako pa na željo bolnika ali če med posvetom ugotovimo DT kot so npr. kajenje, debelost (zlasti abdominalna), zvišan krvni tlak in lipidi ali krvni sladkor, če je prisotna družinska obremenjenost za SŽB ali celo simptomi, značilni za SŽB.

SŽO določamo s pomočjo algoritma SCORE ali algoritma Framingham bodisi s pomočjo računalniškega programa ali s pomočjo tabel.

Razlika med algoritmom SCORE in Framingham je v tem, da algoritem SCORE določi 10-letno ogroženost za smrt zaradi koronarnih vzrokov, medtem, ko algoritem Framingham 10-letno ogroženost za koronarne dogodke.

V Sloveniji v ambulantah družinske medicine v glavnem uporabljamo Framinghamske tabele (Slika 6), medtem, ko se v Evropi bolj ali manj uporabljajo SCORE tabele (Sliki 4 in 5).

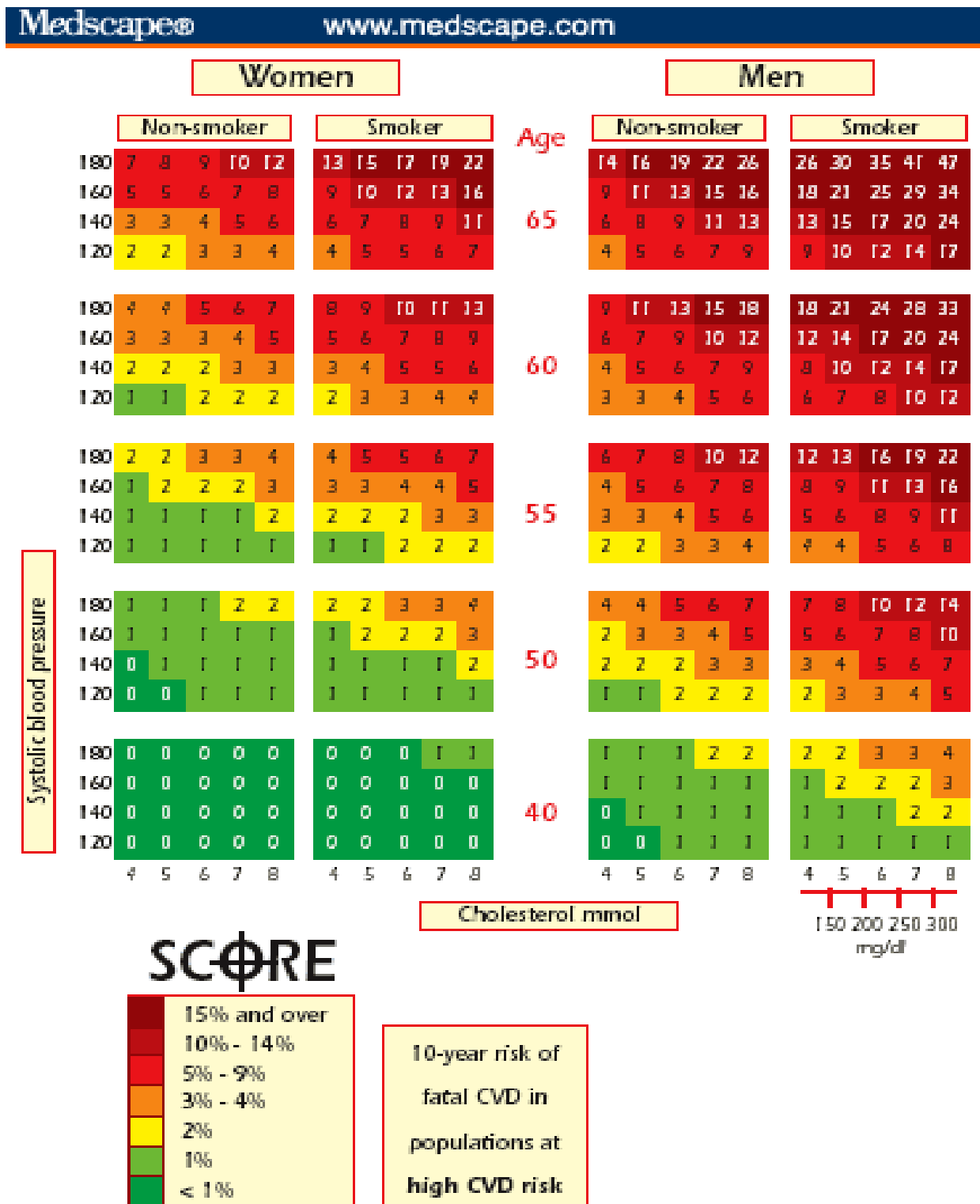
Cilji

Znanje

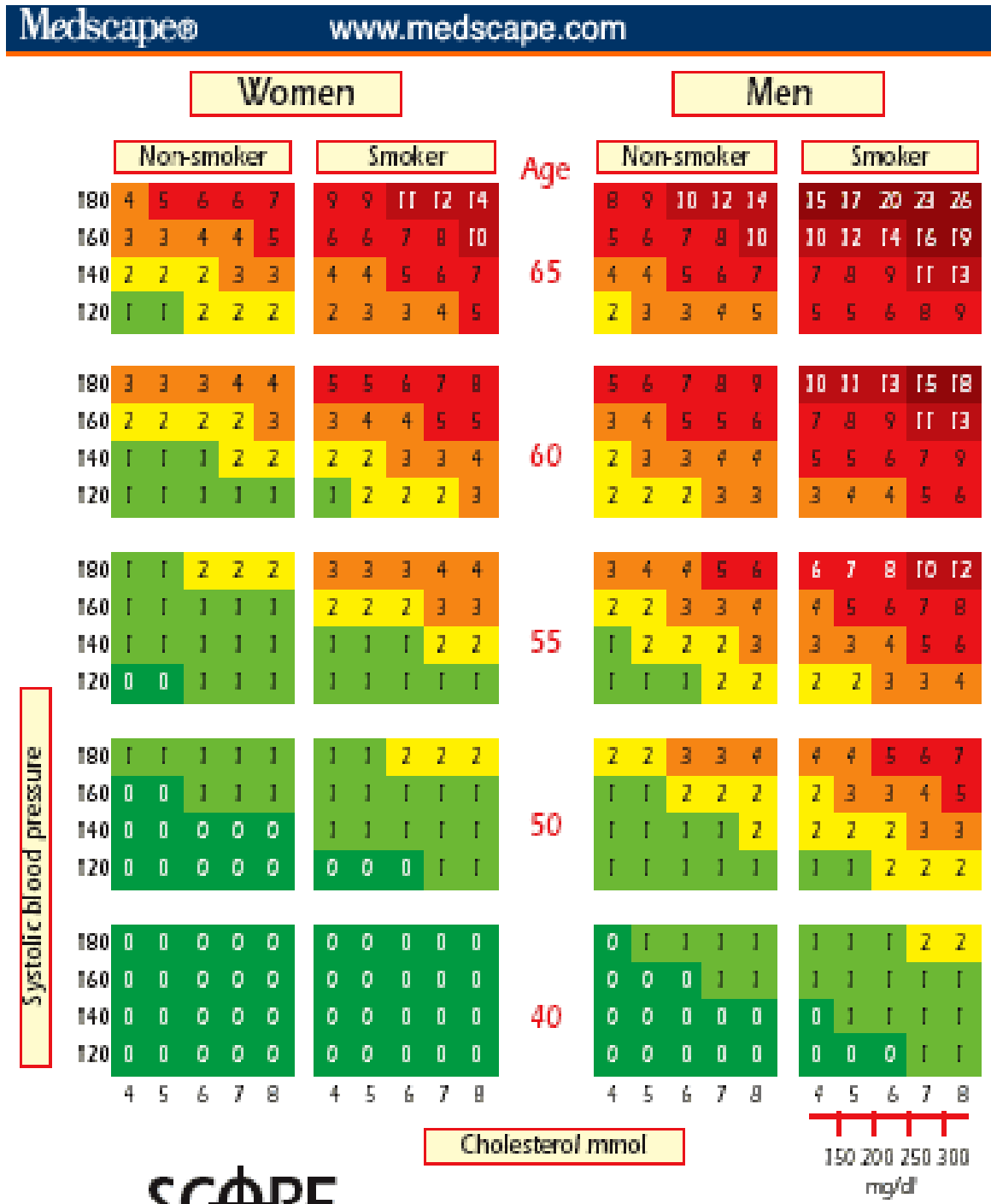
dejavnikov tveganja za srčno-žilne bolezni,
srčno-žilnih bolezni,
algoritmu Framingham in SCORE,
ustreznih ukrepov na osnovi določene SŽO.

Veščine

določiti srčno-žilno ogroženost
interpretirati ugotovitve,
svetovati ustrezno ukrepanje.



Slika 4: Tabela SCORE za določanje SŽO pri bolnikih s predhodnim srčno-žilnim dogodkom oz. sladkorno boleznijo; vir: https://www.escardio.org/static_file/Escardio/Subspecialty/EACPR/Documents/score-charts.pdf



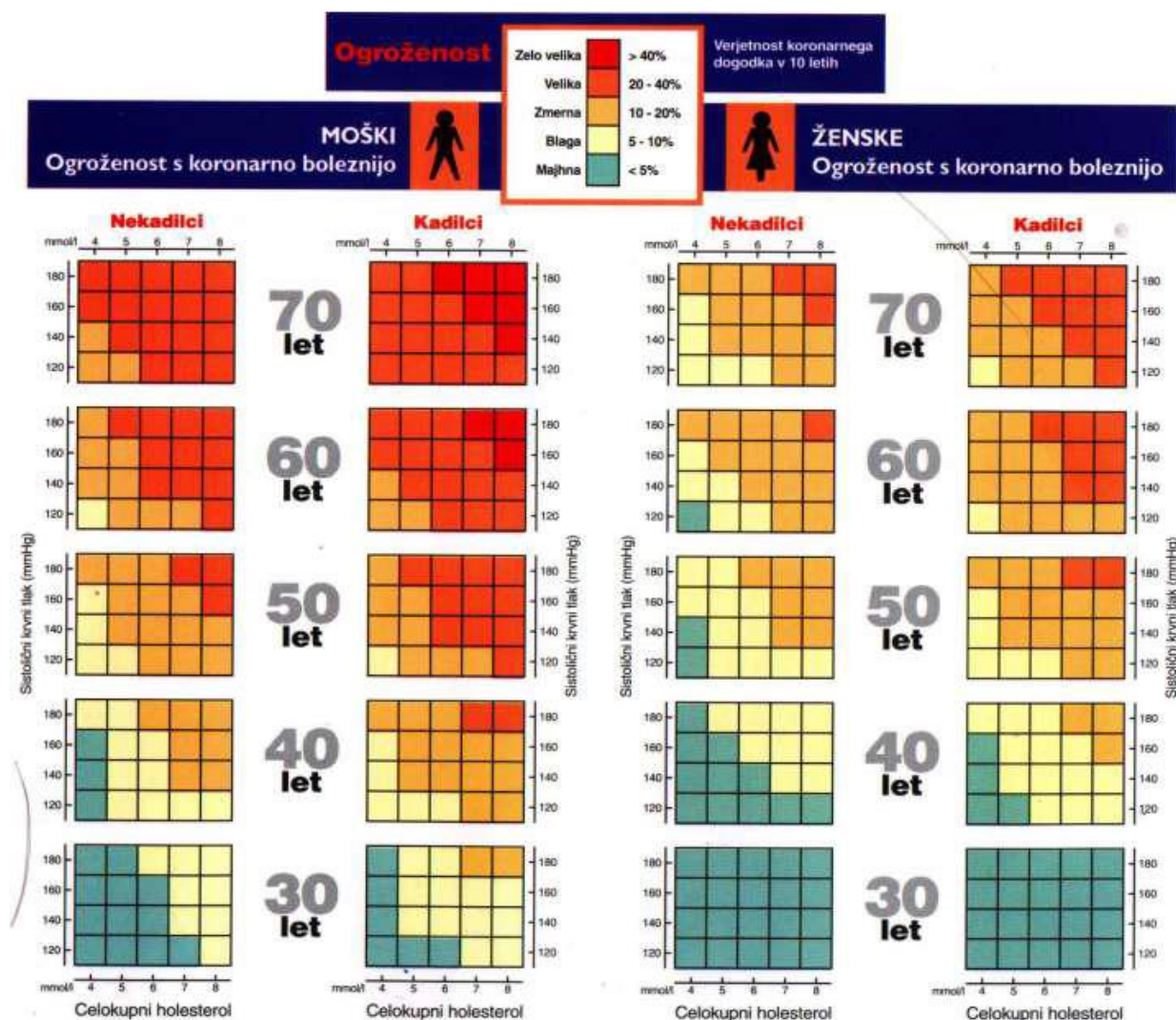
SCORE

15% and over
10% - 14%
5% - 9%
3% - 4%
2%
1%
< 1%

10-year risk of fatal CVD in populations at low CVD risk

Slika 5: Tabela SCORE za določanje SŽO pri bolnikih brez predhodnega srčno-žilnega dogodka oz. sladkorne bolezni;

vir: https://www.escardio.org/static_file/Escardio/Subspecialty/EACPR/Documents/score-charts.pdf



Slika 6: Framinghamska tabela za določanje SŽO za bolnike brez sladkorne bolezni
vir: (Wood D. In cooperation with Second Joint Task Force of European and other Societies Recommendation)

Ocena srčno-žilne ogroženosti

Srčno žilno ogroženost pa razen s Framinghamskimi ali Score tabelami določamo še ob upoštevanju že obstoječe srčno-žilne bolezni, sladkorne ali ledvične bolezni.

Zelo velika srčnožilna ogroženost ($\geq 40\%$ v prihodnjih 10 letih):

Srčno-žilna bolezen:

- potrjena invazivno, npr. koronarografija, aortografija, periferna angiografija;
- potrjena neinvazivno, npr. s prekrvitveno scintigrafijo srčne mišice, obremenitvenim UZ srca, CT/MR – angiografijo, ali z UZ ugotovljeno aterosklerotično leho v karotidnem žilju;
- potrjena klinično:
 - osebna anamneza akutnega koronarnega sindroma, ishemičnega možganskožilnega dogodka (možganska kap, TIA), periferne arterijske bolezni,
 - osebna anamneza revaskularizacije koronarnih ali drugih arterij (kirurška, perkutana).

Sladkorna bolezen (SB):

- SB tip 2, in
 - okvara tarčnega organa, ali
 - dodaten dejavnik tveganja (kajenje, zvišan krvni tlak, LDL>3,0 mM oz. zdravljenje s hipolipemiki).
- SB tip 1, in
 - okvara tarčnega organa, ali
 - starost > 40 let in dodaten dejavnik tveganja (kajenje, zvišan krvni tlak, LDL>3,0 mg oz. zdravljenje s hipolipemiki).

Ledvična bolezen: huda, GFR<30ml/min/1,73 m²,

Ocenjena 10-letna ogroženost za vse koronarne dogodke: > 40 % (po Framinghamski tabeli).

Velika srčnožilna ogroženost (20–40 % v prihodnjih 10 letih)

Zelo izražen posamezni dejavnik tveganja (npr. družinska hiperholesterolemija, skupni holesterol > 8.0 mM, in ali holesterol LDL > 5.0 mM, krvni tlak višji kot 180/110).

Sladkorna bolezen:

- SB tip 2, brez
 - okvare tarčnega organa, ali
 - dodatnih dejavnikov tveganja (kajenje, zvišan krvni tlak, LDL>3,0 mM oz. zdravljenje s hipolipemiki).
- SB tip 1, in starost >40 let, brez:
 - okvare tarčnega organa, ali
 - dodatnih dejavnikov tveganja (kajenje, zvišan krvni tlak, LDL>3,0 mM oz. zdravljenje s hipolipemiki)

Ledvična bolezen: zmerna, GFR 30-59ml/min/1,73 m².

Ocenjena 10-letna ogroženost za vse koronarne dogodke: 20-40 % (po Framinghamski tabeli).

Zmerna srčnožilna ogroženost (10–20 % v prihodnjih 10 letih)

Sladkorna bolezen:

- SB tip 1, mlajši od 40 let, in brez:
 - okvare tarčnega organa, ali
 - dodatnih dejavnikov tveganja.

Ocenjena 10-letna ogroženost za vse koronarne dogodke: 10-20 % (po Framinghamski tabeli).

Ukrepi ob ugotovljeni SŽO

Ukrepi so nefarmakološki in farmakološki s ciljem večjega nadzora nad DT. Podporo nudimo osebam z nizkim tveganjem, da le takšno tveganje tudi ohranijo, tistim z visokim tveganjem pa pomagamo, da tveganje zmanjšajo z izboljšanjem življenjskega sloga: nekajenjem oz. opuščanjem kajenja, z zdravo uravnoteženo prehrano, s telesno dejavnostjo (30 min zmerne aktivnosti na dan), znižanjem telesne teže (ITM < 25 kg/m²), znižanjem krvnega tlaka (< 140/90 mmHg), cel – hol < 5 mmol/l, LDL – hol < 3 mmol/l ter znižanje glukoze < 6 mmol/l.

Pri visoko ogroženih posameznikih in pri tistih z ugotovljeno SŽB pa so cilji naslednji:

- KT < 140/90 mmHg oziroma < 130/80 mm Hg, če je mogoče
- Cel – hol < 4,5 mmol/l oz. < 4,0 mmol/l, če je mogoče
- LDL-hol < 2,5 mmol/l oz. < 2,0 mmol/l
- Glukoza na tešče < 6,0 mmol/l in HbA1c < 6,5 %

Prav tako pa je potrebno oceniti potrebo po farmakološkem zdravljenju pri visoko ogroženih osebah.

Kontrole in spremljanje

- *Zdrav*
 - ponovni pregled čez 5 let, tedaj kontrola DT
 - spodbuda pri ohranjanju in vzdrževanju zdravega življenjskega sloga
- *Zdrav z DT*
 - vpis v register OGROŽENI
 - intervencija = ukrepanje (odpravljanje DT)
 - ponovni pregled čez 1 leto, tedaj kontrola DT
- *Bolnik (hipertenzija, sladkorna bolezen, SŽB ...)*
 - vpis v register BOLNIKI
 - intervencija = ukrepanje (odpravljanje DT, nefarmakološki in farmakološki ukrepi)

Bolnike vodi zdravnik družinske medicine (sekundarna, terciarna preventiva), lahko pa tudi diplomirana medicinska sestra – vodenje bolnikov s stabilno kronično boleznijo.

Ocenjevanje

Ob zaključku vaj bo asistent ocenil, ali je študent opravil vaje iz omenjene veščine. Študent bo moral:

- pravilno določiti SŽO,
- pravilno interpretirati rezultat,
- predlagati ustrezne ukrepe.

Študijska literatura

1. Fras Z, Jug B, et al. Smernice za preprečevanje bolezni srca in žilja v klinični praksi 2013 – ključna sporočila in novosti. *Slov Kardiol.* 2013;10:53-88.
2. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. *Eur Heart J.* 2007; 28: 2375-414.
3. Klemenc-Ketiš Z, ed. *Praktikum družinske medicine.* 2. izdaja. Maribor: Medicinska fakulteta Univerza Maribor; 2011.
4. Navodila za vaje
5. Zapiski predavanj.

OCENA PIVSKEGA STATUSA

ANDREJ KRAVOS IN KSENIJA TUŠEK BUNC

Uvod

Tvegano in škodljivo pitje alkoholnih pijač ter odvisnost od alkohola predstavljajo v Sloveniji velik problem. V ambulantah družinske medicine pogosto obravnavamo bolnike s tovrstnimi težavami. Veščino ugotavljanja pivskega statusa mora osvojiti vsak zdravnik družinske medicine.

Cilji

Znanje

tveganjih, povezanih s pitjem alkohola,
ugotavljanju pivskega statusa,
interpretaciji ugotovitev,
ustreznem ukrepanju.

Veščine

pravilno določiti pivski status,
interpretirati ugotovitve,
svetovati ustrezne ukrepe.

Stališča

Študent se bo zavedal pomena določanja pivskega statusa, evidentiranja le tega in pomena ukrepov in svetovanja v zvezi s tem.

Potek vaj

Delo pred vajami

Priporočamo, da si študentje pred udeležbo na vajah preberejo poglavje o določanju pivskega statusa v učbeniku Praktikum družinske medicine.

Kratka demonstracija

Vodja vaj bo na kratko demonstriral določanje pivskega statusa s pomočjo vprašalnika AUDIT C in AUDIT 10. Razložil bo, kako interpretirati rezultate in ukrepe v zvezi s tem.

AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test) – kratek vprašalnik o pitju alkohola

Spoštovani bolnik, spoštovana bolnica!

Kot Vaš izbrani zdravnik si želim, da bi lahko kar najbolje poskrbel za ohranitev in izboljšanje Vašega zdravja.

Ker je Vaše zdravje odvisno tudi od tega, na kakšen način uživete alkoholne pijače, Vas prosim, da odgovorite na postavljena vprašanja.

Podatki, ki mi jih boste zaupali, bodo varovani enako skrbno kot vsi drugi podatki o Vašem zdravstvenem stanju in bodo uporabljeni izključno za spremljanje Vašega zdravstvenega stanja. Odgovarjate tako, da obkrožite številko pred izbranim odgovorom.

1. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili pijače, ki vsebujejo alkohol (pivo, vino, žgane pijače, likerji, penina, koktajli, mošt, tolkovec, medica)?

- 0) nikoli
- 1) enkrat na mesec ali manj
- 2) 2 do 4 krat na mesec
- 3) 2 do 3 krat na teden
- 4) 4 ali več krat na teden

2. Koliko meric pijače, ki vsebuje alkohol, ste v zadnjih 12 mesecih ponavadi popili takrat, kadar ste pili? (Ena meri ca je 1 dcl vina ali 2,5 dcl piva ali tolkovca ali 0,3 dcl(»enošilce«) žgane pijače.)

- 0) od nič do 1 merice
- 1) 2 merici
- 2) 3 ali 4 merice
- 3) 5 ali 6 meric
- 4) 7 in več meric

3. Kako pogosto se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da ste popili:

moški: 6 ali več meric ob eni priložnosti?

ženske: 4 ali več meric ob eni priložnosti?

- 0) nikoli
- 1) manj kot enkrat na mesec
- 2) 1 do 3 krat na mesec
- 3) 1 do 3 krat na teden
- 4) dnevno ali skoraj vsak dan

Ocena testa AUDIT-C: Seštevek števil pred izbranimi odgovori izraža vrednost skrajšanega testa AUDIT. Vrednost 6 točk ali več za moške oziroma 5 točk ali več za ženske kaže na osebo, ki pije tvegano ali škodljivo ali pa je odvisna od alkohola. Potrebna je dodatna diagnostika.

AUDIT 10 – vprašalnik o pitju alkohola

Prva tri vprašanja so enaka, kot pri AUDIT-C vprašalniku. Sledi še 7 vprašanj:

4. Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da potem, ko ste enkrat začeli piti, niste mogli prenehati s pitjem?

- 0) nikoli
- 1) manj kot enkrat na mesec
- 2) mesečno
- 3) tedensko
- 4) dnevno ali skoraj vsak dan

5. Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da zaradi pitja niste mogli opraviti tistega, kar se je od vas pričakovalo?

- 0) Nikoli
- 1) Manj kot enkrat na mesec
- 2) Mesečno
- 3) Tedensko
- 4) Dnevno ali skoraj vsak dan

6. Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da ste potrebovali alkoholno pijačo že zjutraj, da bi si z njo opomogli po prekomernem pitju prejšnjega dne?

- 0) Nikoli
- 1) Manj kot enkrat na mesec
- 2) Mesečno
- 3) Tedensko
- 4) Dnevno ali skoraj vsak dan

7. Kako pogosto se vam je v preteklem letu zgodilo, da vas je po pitju pekla vest ali pa ste imeli občutke krivde zaradi pitja?

- 0) Nikoli
- 1) Manj kot enkrat na mesec
- 2) Mesečno
- 3) Tedensko
- 4) Dnevno ali skoraj vsak dan

8. Kako pogosto v preteklem letu se niste mogli spomniti kaj se je zgodilo prejšnji večer, ker ste takrat preveč pili?

- 0) Nikoli

- 1) Manj kot enkrat na mesec
- 2) Mesečno
- 3) Tedensko
- 4) Dnevno ali skoraj vsak dan

9. Ali je bil zaradi vašega pitja kdo poškodovan (vi sami ali kdo drug)?

- 0) Ne
- 2) Da, vendar ne v preteklem letu
- 4) Da, v preteklem letu

10. Ali je kak vaš sorodnik, prijatelj, zdravnik ali drugi zdravstveni delavec že pokazal zaskrbljenost zaradi vašega pitja ali vam morda predlagal, da bi pili manj?

- 0) Ne
- 2) Da, vendar ne v preteklem letu
- 4) Da, v preteklem letu

Ocena testa AUDIT 10: Seštejte števila pred vašimi odgovori pri vseh 10 vprašanjih.

- Vrednost 8 točk za moške in več oziroma 7 točk in več za ženske pomeni osebo, pri kateri obstaja povečano tveganje za nastanek socialnih in medicinskih problemov zaradi pitja alkohola. Priporočljivo je opraviti natančnejšo diagnostiko.
- Vrednosti testa 15 točk in več za moške oziroma 14 točk in več za ženske kažejo na veliko verjetnost za škodljivo pitje alkohola, kjer so že vidne posledice zaradi pitja alkohola.
- Vrednosti testa 20 točk in več za moške oziroma 19 točk in več za ženske kažejo na veliko verjetnost za zasvojenost z alkoholom.

Ocenjevanje

Na koncu vaj bo vodja vaj ocenil, ali študent zna:

- pravilno določiti pivski status,
- pravilno interpretirati rezultat,
- predlagati ustrezne ukrepe.

Študijska literatura

1. Klemenc-Ketiš Z, ed. Praktikum družinske medicine. 2. izdaja. Maribor: Medicinska fakulteta Univerza Maribor; 2011.
2. Navodila za vaje.
3. Zapiski predavanj.
4. Spletna stran: www.nalijem.si

OCENA KADILSKEGA STATUSA

SARA ONUK

Uvod

Vaje veččin so namenjene učenju ocenjevanja kadilskega statusa bolnika ter planiranju ukrepov v zvezi z oceno.

Učni cilji

Znanje

Študent bo pridobil znanje o:

tveganjih kajenja,
načinih določanja kadilskega statusa,
interpretaciji ugotovitev,
ustreznem ukrepanju,
pomembnosti beleženja kadilskega statusa v kartoteko,
pomenu motivacijskega razgovora v ambulantni.

Veščine

Študent bo znal

pravilno določiti kadilski status,
interpretirati ugotovitve,
svetovati ustrezno ukrepanje.

Stališča

Študent se bo zavedal pomena določanja kadilskega statusa, evidentiranja le tega in pomena ukrepov v zvezi s tem zaradi krepitev zdravja posameznika – kadilca.

Potek vaj

Delo pred vajami

Priporočamo, da si študentje pred udeležbo na vajah preberejo poglavje o določanju kadilskega statusa v učbeniku Praktikum družinske medicine.

Kratka demonstracija

Vodja vaj bo na kratko demonstriral določanje kadilskega statusa s pomočjo vprašalnika Fargerstorm. Razložil bo, kako interpretirati rezultate in opisal posamezne načine ukrepanja glede na izsledke.

Fagerstromov test odvisnosti od nikotina

1. Koliko časa potrebujete, da zjutraj, ko se zbudite, pokadite prvo cigareto?

Manj kot 5 minut 0 (3)

Med 6 in 30 minut 0 (2)

Med 31 in 60 minut 0 (1)

Več kot 60 minut 0

2. Ali se težko vzdržite kajenja v prostorih, kjer je kajenje prepovedano, kot so cerkve, knjižnice, kino dvorane itd.

Da (1)

Ne (0)

3. Kateri cigareti bi se najtežje odrekli?

Prvi jutranji 0 (1)

Katerikoli drugi 0 (0)

4. Koliko cigaret pokadite dnevno?

10 ali manj 0 (0)

11-20 0 (1)

21-30 0 (2)

31 ali več 0 (3)

5. Ali pokadite več v prvih jutranjih urah, potem ko se zbudite, ali v preostanku dneva?

Da 0 (1)

Ne 0 (0)

6. Kadite tudi takrat kadar ste tako bolni, da večino dneva preležite v postelji?

Da 0 (1)

Ne 0 (0)

Opomba: v oklepaju je naveden ključ korekcije. Točkuje se od 0 do 10 točk. Kadilec z visoko odvisnostjo od nikotina je tisti, ki doseže 7 in več točk.

Ocenjevanje

Na koncu vaj bo vodja vaj ocenil, ali študent zna:

- pravilno določiti kadilski status,
- pravilno interpretirati rezultat,
- predlagati ustrezne ukrepe.

Študijska literatura

1. Klemenc-Ketiš Z, ed. Praktikum družinske medicine. 2. izdaja. Maribor: Medicinska fakulteta Univerza Maribor; 2011.
2. Navodila za vaje.
3. Zapiski s predavanj.

PEF – METER IN UPORABA PRŠILNIKOV

NATAŠA MAGUŠA LORBER

Uvod

Pljučno zmogljivost oziroma zaporo dihal ocenjujemo z merjenjem največjega pretoka zraka pri izdihu na vso moč PEF (peak expiratory flow). Merimo ga z merilci pretoka, t.i. PEF-metri. Te naprave so majhne in zlahka prenosne, tako da lahko izmerimo PEF kadarkoli in kjerkoli. PEF merimo zjutraj, še preden bolnik vzame zdravila za astmo in zvečer pred spanjem nekaj zaporednih dni. Rezultate meritev zapišemo.

PEF je vedno treba meriti:

- ob poslabšanju simptomov astme;
- kadar bolnik porabi več olajševalca kot sicer;
- ob virusni okužbi;
- ob izpostavljenosti alergenju;

PEF si morajo redno rutinsko meriti tudi tisti bolniki, ki simptome poslabšanja astme preslabo zaznavajo.

PRŠILNIKI (VDIHOVALNIKI NA POTISNI PLIN) vsebujejo HFA potisni plin, ki tvori z dodanimi zdravili suspenzijo (aerosol) ali raztopino. HFA potisni plin je pod manjšim pritiskom, zato je curek zdravila krajši, počasnejši in toplejši kot pri starem CFC potisnem plinu. Aktivacija vdihovalnika 10 cm pred usti zato ni potrebna. V HFA potisnem plinu netopna zdravila (salbutamol, salmeterol, flutikazon) moramo pred uporabo močno pretresti. V HFA topnih zdravil pred uporabo ni treba pretresti ter jih je dovoljeno sprožiti v ustih (ipratropij, fenoterol, beklometazon, budezonid, ciklezonid). Po uporabi inhalacijskih glukokortikoidov je treba izpirati usta. Vse bronhodilatatorje lahko sprožimo v ustih.

NASTAVKE z nepovratno valvulo ali druge nastavke uporabljamo za vdihovanje inhalacijskih glukokortikoidov v aerosolu (nastavek zadrži velike delce aerosola), za akutna poslabšanja astme in kadar bolniki ne uspejo pravilno vdahniti z aktivacijo vdihovalnika v ustih. Pri pršilnikih s pogonskim plinom z uporabo buče lahko povečamo količino zdravila, ki doseže pljuča, tudi za 100%. Posledica je večji učinek na zdravljenje astme ob manjšem sistemskem učinku zdravila, manj je lokalnih stranskih učinkov (kandidiaza, disfonija) ter lažja sinhronizacija vdihavanja in razpršitve zdravila.

Cilji

Pravilna uporaba PEF metra ter pršilnika ter pravilna interpretacija rezultatov in ukrepanje v zvezi z rezultati meritev.

Uporaba pef metra in pršilnika

Pravilna uporaba PEF-metra:

- kazalček postavite na začetni položaj;
- stojte počasi in globoko vdihnite;
- objemite ustnik PEF-metra z ustnicami in na vso moč ter čim hitreje pihnite;
- merilec držite vodoravno in pazite, da s prsti ne ovirate kazalčka. Meritev mora biti končana prej kot v eni sekundi;
- meritev ponovite še dvakrat, vsak rezultat si zapišite in upoštevajte najboljšo izmerjeno vrednost.

Tehnika vdihovanja pršilnika:

- pršilniku snemite zaščitni pokrovček;
- ob prvi uporabi ali 3-7 dnevni neuporabi najprej aktivirajte pršilnik v zrak – v prazno;
- zdravilo v aerosolu pretresite, zdravila v raztopini ni treba pretresti;
- počasi izdihnite – ne v pršilnik;
- z ustnicami trdno objemite ustnik;
- sprostite odmerek iz pršilnika tako, da močno pritisnete na dno pršilnika in sočasno počasi in koliko je mogoče globoko vdihnite;

- zadržite vdih vsaj 10 sekund;
- postopek lahko ponovite čez 30 - 60 sek..

Tehnika vdihovanja pršilnika z nastavkom:

- odstranite zaščitni pokrovček;
- ob prvi uporabi ali 3-7 dnevni neuporabi najprej aktivirajte pršilnik v zrak – v prazno;
- zdravilo v aerosolu pretresite, zdravila v raztopini ni treba pretresti;
- ustnik pršila vstavite v nastavek;
- počasi izdihnite;
- ustnik nastavka vstavite v usta;
- sprostite odmerek iz pršila;
- počasi vdihnite iz nastavka; če to ni mogoče, so dovoljeni krajši, plitvejši vdihni - to velja na primer za uporabo kratkodelujočih bronhodilatatorjev v hujšem poslabšanju astme ali KOPB, ko daljše zadrževanje sape ni mogoče;
- zadržite dih vsaj 10 sekund ali kolikor gre;
- izdihnite v bučo (če ima nepovratno valvulo);
- postopek lahko ponovite čez 30 sekund.

Ocenjevanje

Mentor bo ocenil, ali študent obvlada večino uporabe PEF metra in vdihovalnika ter ali zna ustrezno interpretirati rezultate in planirati ukrepe, kadar je to potrebno.

Študijska literatura

1. Košnik, M. Osnove klinične alergologije in astme. Pouk bolnika z astmo: učna delavnica. Golnik: Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo; 2004.

MERJENJE KRVNEGA TLAKA

NATAŠA MAGUŠA LORBER

Uvod

Krvni tlak je eden najpomembnejših dejavnikov tveganja za srčno-žilne bolezni in prizadene veliko število ljudi. Največkrat odkrivamo zvišan krvni tlak v ambulantah družinske medicine povsem naključno ob obravnavi nekega drugega bolezenskega stanja ali ob preventivnih pregledih. Zato je pravilno merjenje krvnega tlaka in interpretacija izmerjene vrednosti ter posledični ukrepi v zvezi z izmerjenim krvnim tlakom eno najpomembnejših opravil v družinski medicini.

Cilj

Pravilno merjenje krvnega tlaka v tehničnem smislu in pravilnega ukrepanja v zvezi z izmerjenimi vrednostmi le-tega.

Znanje

vrednostih krvnega tlaka,
načinih merjenja krvnega tlaka,
interpretaciji ugotovitev,
ustreznem ukrepanju.

Veščine

Znati pravilno izmeriti krvni tlak,
znati interpretirati ugotovitve,
znati svetovati ustrezno ukrepanje.

Študent mora

pravilno pripraviti bolnika na merjenje (trideset minut pred merjenjem naj bolnik ne kadi, pije kave ali alkohola, pet minut pred merjenjem naj sedi, po možnosti v mirnem prostoru, roka, kjer bomo merili krvni tlak, naj bo podprta v višini srca, oblačila ne smejo stiskati nadlahti, zato preverimo tesnost rokava na nadlahti),
pravilno namestiti manšeto na levo ali desno (najbolje dominantne roke) nadlaket,
bolniku svetovati, naj sprosti roko,
pravilno napihni manšeto (30 mmHg nad pričakovano oziroma najpogosteje izmerjeno vrednostjo krvnega tlaka),
pravilno namestiti fonedoskop na mezinčevu stran komolčne kotanje,
pravilno spuščati zrak iz napihnjene manšete,
pravilno (na 2 mmHg natančno) izraziti vrednost,
iztisniti zrak iz manšete po končanem merjenju,
pravilno interpretirati rezultat,
predlagati ustrezne ukrepe, če je to potrebno.

Ocenjevanje

Mentor bo ocenil, ali je študent obvlada večino merjenja krvnega tlaka in ali zna načrtovati ustrezne ukrepe, kadar je to potrebno.

Študijska literatura

1. Klemenc-Ketiš Z, ed. Praktikum družinske medicine. 2. izdaja. Maribor: Medicinska fakulteta Univerza Maribor; 2011.
2. Navodila za vaje.

RECEPT IN E-RECEPT

VOJISLAV IVETIĆ IN MATEJA KRAJNC

Uvod

Ena od učnih enot v okviru pouka pri predmetu Družinska medicina 1 je vaja veččina »Predpisovanje recepta«. Z namenom večje preglednosti in varnosti predpisovanja zdravil je bila v okviru nacionalnega projekta eZdravje vzpostavljena informacijska rešitev eRecept, ki zdravniku omogoča učinkovitejše predpisovanje in boljši pregled nad pacientovimi zdravili. Tako je klasično predpisovanje recepta večjim delom prešlo v elektronsko obliko. Upravljanje rešitev projekta eZdravje je s 1. decembrom 2015 prevzel Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ).

Cilji

Znanje

o pravilnem predpisovanju zdravil na papirnati recept,
o izjemah pri katerih se še uporablja papirnata oblika recepta,
o pravilnem predpisovanju zdravil v obliki E Recepta,
o najpogostejših napakah pri predpisovanju receptov,
o pomenu finančnih in administrativnih omejitev predpisovanja Rp v breme ZZZS.

Veščine

pravilnega izpolnjevanja papirne oblike recepta (tovarniško ime zdravila, generično ime zdravila, magistralna zdravila, različne oblike zdravila: tablete, kapsule, kapljice, svečke, mazila, kreme, število škatlic navedeno v rimskih številih in z besedami..)
pravilnega izpolnjevanja eRecepta

Vsebina

Študenti spoznajo osnove predpisovanja klasičnega papirnega recepta in eRecepta. Uvajanje eRecepta je potekalo v oktobru in novembru 2015. Vse lekarne v Republiki Sloveniji so vključene v sistem eRecept z vsemi delovnimi postajami. Za posebne primere (obiski na domu, posebni recepti, osebna raba, nedostopnost sistema eRecept, nujni recepti) se zdravila predpisujejo še vedno na papirnatem obrazcu. Zdravnik ima z uvedbo eRecepta boljši pregled nad vsemi pacientovimi predpisanimi in izdanimi zdravili, preko sistema se lahko preveri ustreznost zdravil glede morebitnih kontraindikacij, omogočen je tudi elektronski dostop do navodila za uporabo zdravila in do dokumenta z glavnimi značilnostmi zdravila. Tako kot je za izdajo zdravila na papirnatem receptu potreben zdravnikov podpis, mora obrazec elektronsko podpisati zdravnik s kvalificiranim digitalnim potrdilom.

Potek

Pouk bo potekal v obliki demonstracije in praktičnega dela. Študenti se zberejo v prostorih za vaje. S seboj prinesejo evidenčne kartončke, učbenike, pisala in papir za zapiske. Vodja vaj na kratko demonstrira pisanje papirnatih receptov in izpolnjevanje eReceptov (video posnetek ali Power point predstavitev). Nato v obliki male klinične vinjete razdeli naloge študentom, ki poskušajo pravilno izpolniti recepte. Vodja skupine usmerja in nadzoruje študente pri pisanju receptov, odgovarja na zastavljena vprašanja, popravlja in sproti analizira najpogostejše napake. Na vajah se študenti učijo izpolnjevanja papirne oblike recepta, saj se morajo naučiti osnov izpolnjevanja recepta. Šele s temi osnovami bodo lahko v ambulanti družinske medicine z mentorjem vadili izpolnjevanje e-recepta.

Obveznosti študentov

Študent mora pridobiti znanje o e-Rp in pravilnem predpisovanju Rp (papirnatega in e-Rp).

Študent mora znati:

- napisati ime zdravila,
- napisati pravilno farmacevtsko obliko in jakost zdravila,
- napisati pravilno število škatlic predpisane zdravila z rimskim številom in z (latinsko) besedo,
- napisati pravilno odmerjanje in način uporabe zdravila.
- poznati prednosti in način predpisovanja eRecepta.

Obveznosti učiteljev

Na začetku vaj vodja skupine demonstrira veščino predpisovanja recepta. Študente aktivno vključi glede na njihove dosedanje izkušnje in znanje v zvezi s predpisovanjem receptov. Na koncu vaj naredi povzetek o pomenu pravilno napisanega recepta v našem zdravstvenem sistemu.

Ocenjevanje

Na koncu vaj bo vodja skupine ocenil sposobnost samostojnega in pravilnega predpisovanja zdravil na papirni blanket.

Zaključek

Študent se na vajah spozna s predpisovanjem receptov, in tudi s prednostmi in slabostmi papirnega ali eRecepta. Kljub novim elektronskim oblikam pa ostaja temeljno znanje o predpisovanju recepta nespremenjeno in je tako predpis zdravil na papirni recept osnovna veščina, ki jo mora obvladovati vsak zdravnik.

Študijska literatura

1. Klemenc-Ketiš Z, ed. Praktikum družinske medicine. 2. izdaja. Maribor: Medicinska fakulteta Univerza Maribor; 2011.
2. Republika Slovenija – Ministrstvo za zdravje, Projekt eZdravje, dosegljivo na: <http://www.ezdrav.si/category/projekti/erecept/>
3. Navodila za vaje.

NAPOTNICA IN E-NAPOTNICA

VOJISLAV IVETIĆ IN KLEMEN PAŠIĆ

Uvod

Zdravnik družinske medicine (ZDM) je osnovni člen in vratar našega zdravstvenega sistema. Večino težav bolnikov lahko reši sam, občasno pa v tem procesu potrebuje pomoč konzultanta. Za naš zdravstveni sistem je značilno, da je za večino usmerjenih kliničnih specialistov in za napotitev v bolnišnico potrebna napotnica. Napotnica je ključen dokument, s katerim ZDM komunicira oz. predaja bolnika zdravniku na sekundarni ali terciarni ravni. Tako napotnica predstavlja medicinski in ekonomski dokument. Od leta 2015 poteka nacionalni projekt eZdravje, ki združuje vrsto elektronskih rešitev za varnejše in učinkovitejše zdravstvene storitve. S tem je aprila 2017 postala eNapotnica veljaven in samostojen dokument in tako popolnoma izenačena s papirnato obliko napotnice. Kljub različnimi informacijskimi programi, ki jih uporabljajo ambulate družinske medicine, eNapotnica deluje centralizirano in posledično z uporabo profesionalne kartice in digitalnega potrdila, zdravniku omogoča elektronsko pošiljanje napotnice v centralni sistem. Tako se bolnik lahko naroči preko portala zVEM, kar prinaša nekaj prednosti kot so: ob naročilu ni več potrebna dostava papirnatega obrazca v petih dneh, omogočen je pregled prvih prostih terminov ali okvirnih terminov pri vseh izvajalcih, možna pa je tudi odpovedi termina preko portala. Žal pa sistem eNaročanja še ni v celoti zaživel. Kljub vsem spremembam pri izpolnjevanju medicinskega dela napotnice ni bistvenih

vsebinskih razlik. Ob tem je pomembno poudariti, da je pri nujnih napotitvah uporaba papirnate oblike napotnice obvezna.

Cilji

Znanje

spoznavanje pojmov primarno, sekundarno, terciarno zdravstveno varstvo,
razlikovanje med prvimi in ponovnimi napotitvami,
razlikovanje med napotitvami, ki so nujne, hitre ali redne,
razlikovanje med neposrednimi in posrednimi napotitvami,
razlike med papirnato obliko napotnice in eNapotnico,
prednosti in slabosti ene ali druge oblike napotnic.

Veščine

pravilno izpolnjevanje medicinskega dela napotnice (veljavnost napotnice, obseg pooblastil, razlog obravnave, prednostni kriteriji, nujnost, vrsta napotnega specialista, vzrok napotitve, podatki o bolezni in dosedanja terapija).

Stališča

pomembnost pravilnega in ustreznega napotovanja na sekundarni in terciarni nivo zdravstvenega sistema.

Vsebina in potek

Pred začetkom vaj se študentje zberejo v prostorih za vaje. Za izvedbo vaj potrebujejo evidenčne liste, priporočeno literaturo in pisalo. Vodja vaj poskrbi za ustrezno število papirnatih napotnic, posnetke zaslona o izgledu eNapotnice, ocenjevalne liste in navodila za vaje.

Vodja vaj predstavi izhodišča o teoriji pisanja napotnic. Poudarek je na spoznavanju in razlikovanju pojmov prvih, ponovnih, nujnih, rutinskih, posrednih in neposrednih napotitvah ter predstavitvi novosti eNapotnica.

Sledi demonstracija praktične veščine pravilnega pisanja napotnic, v katero se aktivno vključijo študentje s samostojnim izpolnjevanjem napotnic, ki ga nadzira in usmerja vodja vaj, ki na koncu oceni delo študentov.

Obveznosti študentov

Študent mora pridobiti znanje o napotovanju in izpolnjevanju posameznih rubrik medicinskega dela napotnice:

- rubrika veljavnosti napotnice (enkratno, za obdobje),
- rubrika obseg pooblastil (pregled in mnenje, zdravljenje osnovne bolezni/poškodbe in njenih posledic, napotitev na zdravljenje k drugim specialistom in v bolnišnico, preventivni pregled, preiskave in cepljenja),
- rubrika razloga obravnave (bolezen, poškodba izven dela, poklicna bolezen, poškodba pri delu, poškodba izven dela po tretji osebi, transplantacija,
- prednostni kriteriji (Nosečnost, Dojenje, Preprečitev nastanka potreb po dodatnih zdravstvenih storitvah, ocena nezmožnosti za delo).
- stopnja nujnosti (nujno, redno, hitro),
- vrsta specialnosti napotnega zdravnika
- opredelitev zdravstvene storitve,
- vzrok za napotitev,
- podatki o bolezni
- terapija in priloženi izvidi

Razlikovati mora med uporabo papirnate oblike napotnice, eNapotnice in natisnjenega potrdila.

Obveznosti učiteljev

Na začetku vaj vodja skupine demonstrira večino predpisovanja napotnic. Študente aktivno vključi pri čemer izhaja iz njihovih izkušenj in pričakovanj v zvezi z napotitvami ZDM. Na koncu vaj naredi povzetek o pomenu napotitev v našem zdravstvenem sistemu, ter trendov napotovanja na sekundarni oz. terciarni nivo.

Ocenjevanje

Vodja skupine bo ob koncu ocenil uspešnost študentov pri pravilnem izpolnjevanju napotnic ter na koncu namenimo zaključno besedo vsakemu udeležencu.

Zaključek

Napotitev predstavlja pomembno komunikacijo med zdravnikom družinske medicine in kliničnim specialistom. Dobra večina pisanja napotnic nujno potrebna, saj se obrazec za napotitev lahko hitro spremeni v administrativni dokument, ki služi zgolj zavarovalnici za obračun opravljenih storitev. Posledica pomanjkljivo ali slabo napisane oz. izpolnjene napotnice pa lahko vodi do slabše obravnave in manjšega zadovoljstva bolnikov.

Študijska literatura

1. Vajd R. Napotitve. In: Švab I, Rotar-Pavlič D, ur. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine; 2012. p. 215-21.
2. Kert S. Pisanje napotnice za prvo napotitev. In: Klemenc-Ketiš Z, ed. Praktikum družinske medicine. 2. izdaja. Maribor: Medicinska fakulteta Univerza Maribor; 2011. p. 239-40.
3. Republika Slovenija – Ministrstvo za zdravje. eNapotnica – Izenačitev elektronske napotnice s papirnato obliko. (citirano 2017 avg). Dosegljivo na:
http://www.mz.gov.si/si/pogoste_vsebine_za_javnost/projekt_e_zdravje/enapotnica/

NAROČILNICA ZA MEDICINSKO-TEHNIČNI PRIPOMOČEK

ZDENKA KOŽELJ REKANOVIC IN STAŠA KOCJANČIČ

Uvod

Vaje veččin so namenjene tudi učenju pravilnega izpolnjevanja naročilnic za medicinsko tehnične pripomočke (MTP).

Cilji

Znanje

formularjih - naročilnicah za MTP,
vrstah MTP,
indikacijah in upravičenosti do MTP,
medicinskih kriterijih za predpisovanje v skladu v pravili Obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ),
pooblastilih za predpisovanje.

Veščine

prilnega izpolnjevanja naročilnice za MTP

Stališča

o pomembnost prilnega in ustreznega izpolnjevanja naročilnic za MTP

Vsebina

Zavarovane osebe so glede na zdravstveno stanje upravičene do predpisa MTP, ki so kot pravica zavarovanih oseb opredeljeni v določilih Pravil OZZ. Predpiše jih za to pooblašeni zdravnik na primarnem, sekundarnem ali terciarnem nivoju.

NAROČILNICA Številka: A 2580896 ZA MEDICINSKO TEHNIČNI PRIPOMOČEK

1 - IZVAJALEC ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI _____ _____ (naziv izvajalca)		2 - ZDRAVNIK 1 - OSEBNI <input type="checkbox"/> _____ 2 - NADOMESTNI _____ (številka zdravnika) 3 - NAPOTNI _____ (imenski žig)	
3 - ZAVAROVANA OSEBA _____ (številka zavarovane osebe) _____ (datum roj. - MMLLLL) _____ (enota ZZSZ zavarovanja, reg. št.) _____ (zavar. podlaga) _____ (priimek) _____ (ime) M - 1 Ž - 2 _____ (ulica) POŠTA _____ KRAJ _____		4 - RAZLOG OBRAVNAVE 1 - BOLEZEN <input type="checkbox"/> 2 - POŠKODBA IZVEN DELA 3 - POKLICNA BOLEZEN 4 - POŠKODBA PRI DELU 5 - POŠ. PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA	5 - NAČIN DOPLAČILA <input type="checkbox"/> 1 - BREZ DOPLAČILA 2 - ZAVAROVANA OSEBA 3 - ZAVAROVALNICA
8 - ODLOČBA ODLOČBA ŠT. _____ DNE _____ 1 - IMENOVANEGA ZDRAVNIKA <input type="checkbox"/> 2 - ZDRAVSTVENE KOMISIJE		6 - TUJI ZAVAROVANEC <input type="checkbox"/> ŠIFRA DRŽAVE _____	7 - PZZ ŠIFRA ZAVAROVALNICE _____ ŠIFRA ZAVAROVANJA _____ ŠT. POLICE _____ VELJA DO _____
		9 - 78.a ČLEN 1 - NUJNO <input type="checkbox"/>	

10. Zavarovani osebi naj se - izda - izdela - izposodi - servisira pripomoček

_____ (naziv vrste)	_____ (šifra vrste)	_____ (količina)	_____ (obdobje)
_____ (naziv vrste)	_____ (šifra vrste)	_____ (količina)	_____ (obdobje)
_____ (naziv vrste)	_____ (šifra vrste)	_____ (količina)	_____ (obdobje)
_____ (naziv vrste)	_____ (šifra vrste)	_____ (količina)	_____ (obdobje)

Pripombe: _____

Izposoja do: _____
(datum)

Kraj _____ dne _____ žig _____
podpis zdravnika

<p>11 - SERVIS</p> <p>01 - VZDRŽEVANJE</p> <p>02 - POPRAVILO, ZAMENJAVA DELOV</p>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Zavarovana oseba je pripomoček prejela dne _____

Serviser zagotavlja, da bo pripomoček po popravilu in zamenjavi delov uporaben še _____ mesecev.

Specificiran predračun je priloga k naročilnici.

Kraj _____ dne _____ žig _____
(dobavitelj)

Zavod odobri servis do zneska _____ EUR.

Kraj _____ dne _____ žig _____
(Zavod)

Serviser je opravil

- vzdrževanje, ki obsega _____

- popravilo z zamenjavo delov, ki obsega: _____

Garancija za zamenjane dele je _____ mesecev.
(s številko in z besedo)

Garancija za izdani pripomoček velja do _____.

Kraj _____ dne _____ žig _____
(za dobavitelja)

Potrjujem prejem pripomočka.

Kraj _____ dne _____
(podpis zavarovane osebe)

Slika 8: Obrazec Naročilnica za medicinsko tehnični pripomoček 2 (vir ZZS)

<http://www.zzs.si/zzs/info/egradiva.nsf/o/90DB262B507D4303C1256E92003D7FA4>

Študent mora:

Poznati seznam medicinskih pripomočkov in iz njega razbrati:

- vrste pripomočkov,
- kdo je pooblaščen za predpis določenega MTP (osebni zdravniki, napotni zdravniki sekundarne in terciarne ravni, posamezni zdravniki, ki so za določene vrste MTP imenovani s posebnim sklepom Upravnega odbora Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenija (ZZZS), imenovani zdravnik na predlog zdravnika)
- indikacijo za predpis določenega MTP.

SEZNAM S ŠIFRANTOM, MEDICINSKIMI KRITERIJI, POOBLASTILI, POSTOPKI IN CENOVNIMI STANDARDI - UPORABLJA SE OD 13.12.2014 DALJE									
ŠIFRA	NAZIV PRIPOMOČKA	PRISTOJNOST ZA PREDPIS	ODLOČBA IMENOVAN ZA ZDRAVNIKA	IZPOSOJA	POPRAVILA	TRAJNOSTNA DOBA	OBSVOVLJIV A NAROČILNICA	BOLEZEN / ZDRAVSTVENO STANJE IN DRUGI POGOJI Za obnovljivo naročilnico je medicinski kriterij za večino vrst MP enak, kot v primeru predpisa na običajno naročilnico. Če je le-ta drugačen, je to posebej navedeno.	CENOVNI STANDARD POGODBENA CENA V EURIH
I. PROTEZE UDŮV									
I. Proteza za spodnjo ude									
A. Proteza za stopalo									
0131	PROTEZA PO DELNI AMPUTACIJI STOPALA-leva	specialist, določen s sklepom UO ZZZS	NE	NE	DA	10 mesecev do 18 let 24 mesecev po 18.	NE	Delna amputacija stopala.	pogodena cenajevč 168,58
0132	PROTEZA PO DELNI AMPUTACIJI STOPALA-dejna	specialist, določen s sklepom UO ZZZS	NE	NE	DA	10 mesecev do 18 let 24 mesecev po 18.	NE	Delna amputacija stopala.	pogodena cenajevč 168,58
0133	PROTEZA ZA STOPALO-leva	specialist, določen s sklepom UO ZZZS	NE	NE	DA	10 mesecev do 18 let 24 mesecev po 18.	NE	Amputacija stopala.	pogodena cenajevč 719,46
0134	PROTEZA ZA STOPALO-dejna	specialist, določen s sklepom UO ZZZS	NE	NE	DA	10 mesecev do 18 let 24 mesecev po 18.	NE	Amputacija stopala.	pogodena cenajevč 719,46
B. Podkolenne proteze									
0135	PODKOLENSKA PROTEZA-ZAČASNA-leva	specialist, določen s sklepom UO ZZZS	NE	NE	DA	5 mesecev do 18 let 6 mesecev po 18. letu	NE	Podkolenica amputacija.	pogodena cenajevč 554,04
0136	PODKOLENSKA PROTEZA-ZAČASNA-dejna	specialist, določen s sklepom UO ZZZS	NE	NE	DA	5 mesecev do 18 let 6 mesecev po 18. letu	NE	Podkolenica amputacija.	pogodena cenajevč 554,04
0137	PODKOLENSKA PROTEZA-PLASTIČNA-leva	specialist, določen s sklepom UO ZZZS	NE	NE	DA	10 mesecev do 18 let 24 mesecev po 18.	NE	Podkolenica amputacija.	pogodena cenajevč 953,47
0138	PODKOLENSKA PROTEZA-PLASTIČNA-dejna	specialist, določen s sklepom UO ZZZS	NE	NE	DA	10 mesecev do 18 let 24 mesecev po 18.	NE	Podkolenica amputacija.	pogodena cenajevč 953,47
0139	PODKOLENSKA PROTEZA-LESENA-leva	specialist, določen s sklepom UO ZZZS	NE	NE	DA	10 mesecev do 18 let 24 mesecev po 18.	NE	Podkolenica amputacija.	pogodena cenajevč 953,47
0140	PODKOLENSKA PROTEZA-LESENA-dejna	specialist, določen s sklepom UO ZZZS	NE	NE	DA	10 mesecev do 18 let 24 mesecev po 18.	NE	Podkolenica amputacija.	pogodena cenajevč 953,47
0141	PODKOLENSKA PROTEZA-SKELETNA-za telesno manj aktivna-leva	specialist, določen s sklepom UO ZZZS	NE	NE	DA	10 mesecev do 18 let 24 mesecev po 18.	NE	Podkolenica amputacija pri kateri je zavarovana oseba sposobna za hojo po ravnem in s stalno hitrostjo.	pogodena cenajevč 953,47
0142	PODKOLENSKA PROTEZA-SKELETNA-za telesno manj aktivna-dejna	specialist, določen s sklepom UO ZZZS	NE	NE	DA	10 mesecev do 18 let 24 mesecev po 18.	NE	Podkolenica amputacija pri kateri je zavarovana oseba sposobna za hojo po ravnem in s stalno hitrostjo.	pogodena cenajevč 953,47
0177	PODKOLENSKA PROTEZA-SKELETNA-za telesno polno aktivna-leva	specialist, določen s sklepom UO ZZZS	NE	NE	DA	10 mesecev do 18 let 24 mesecev po 18.	NE	Kratek podkolenki km, večje brzotine z motnjo senzibiliteta, km kmit s kožnimi ali kožno mišičnimi transplantati pri zavarovani osebi, ki je sposobna premagovati manjše ovire ter samostojno hoditi zunaj doma	pogodena cenajevč 2.158,18
0178	PODKOLENSKA PROTEZA-SKELETNA-za telesno polno aktivna-dejna	specialist, določen s sklepom UO ZZZS	NE	NE	DA	10 mesecev do 18 let 24 mesecev po 18.	NE	Kratek podkolenki km, večje brzotine z motnjo senzibiliteta, km kmit s kožnimi ali kožno mišičnimi transplantati pri zavarovani osebi, ki je sposobna premagovati manjše ovire ter samostojno hoditi zunaj doma	pogodena cenajevč 2.158,18
0185	PODKOLENSKA PROTEZA-SKELETNA-za telesno zelo aktivna-leva	specialist, določen s sklepom UO ZZZS	NE	NE	DA	10 mesecev do 18 let 24 mesecev po 18. letu	NE	Kratek podkolenki km, večje brzotine z motnjo senzibiliteta, km kmit s kožnimi ali kožno mišičnimi transplantati pri zavarovani osebi, ki je sposobna premagovati vse ovire v okolju, v vseh vremenskih razmerah in prehodi vsaj dva kilometra na dan.	pogodena cenajevč 2.158,18
0186	PODKOLENSKA PROTEZA-SKELETNA-za telesno zelo aktivna-dejna	specialist, določen s sklepom UO ZZZS	NE	NE	DA	10 mesecev do 18 let 24 mesecev po 18. letu	NE	Kratek podkolenki km, večje brzotine z motnjo senzibiliteta, km kmit s kožnimi ali kožno mišičnimi transplantati pri zavarovani osebi, ki je sposobna premagovati vse ovire v okolju, v vseh vremenskih razmerah in prehodi vsaj dva kilometra na dan.	pogodena cenajevč 2.158,18
0143	PODKOLENSKA PROTEZA ZA KOPANJE-leva	specialist, določen s sklepom UO ZZZS	NE	NE	DA	20 mesecev do 18 let 60 mesecev po 18.	NE	Podkolenica amputacija.	pogodena cenajevč 953,47
0144	PODKOLENSKA PROTEZA ZA KOPANJE-dejna	specialist, določen s sklepom UO ZZZS	NE	NE	DA	20 mesecev do 18 let 60 mesecev po 18.	NE	Podkolenica amputacija.	pogodena cenajevč 953,47
C. Proteza po ekzartikulaciji kolena									
0145	PROTEZA PO EKZARTIKULACIJI KOLENA-za telesno manj aktivna-leva	specialist, določen s sklepom UO ZZZS	NE	NE	DA	10 mesecev do 18 let 24 mesecev po 18.	NE	Ekzartikulacija v kolenskem sklepu, pri kateri je zavarovana oseba sposobna za hojo po ravnem in s stalno hitrostjo.	pogodena cenajevč 953,47
0146	PROTEZA PO EKZARTIKULACIJI KOLENA-za telesno manj aktivna-dejna	specialist, določen s sklepom UO ZZZS	NE	NE	DA	10 mesecev do 18 let 24 mesecev po 18.	NE	Ekzartikulacija v kolenskem sklepu pri kateri je zavarovana oseba sposobna za hojo po ravnem in s stalno hitrostjo.	pogodena cenajevč 953,47
0179	PROTEZA PO EKZARTIKULACIJI KOLENA-za telesno polno aktivna-leva	specialist, določen s sklepom UO ZZZS	NE	NE	DA	10 mesecev do 18 let 24 mesecev po 18.	NE	Ekzartikulacija v kolenskem sklepu pri zavarovani osebi, ki je sposobna premagovati manjše ovire ter samostojno hoditi zunaj doma in po stopnicah.	pogodena cenajevč 953,47
0180	PROTEZA PO EKZARTIKULACIJI KOLENA-za telesno polno aktivna-dejna	specialist, določen s sklepom UO ZZZS	NE	NE	DA	10 mesecev do 18 let 24 mesecev po 18.	NE	Ekzartikulacija v kolenskem sklepu pri zavarovani osebi, ki je sposobna premagovati manjše ovire ter samostojno hoditi zunaj doma in po stopnicah.	pogodena cenajevč 953,47

Slika 9: Seznam medicinsko tehničnih pripomočkov s šifrantom, medicinskimi kriteriji, pooblastili, postopki in cenovnimi standardi (vir ZZZS)

<http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/DFDC914987E44E2AC1257353003EC73A?OpenDocument>

Izpolnjevanje obrazca/obrazca za medicinsko tehnični pripomoček

Administrativni del obrazca

NAROČILNICA Številka: _____ **A 2580896**
ZA MEDICINSKO TEHNIČNI PRIPOMOČEK

1 - IZVAJALEC
 ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI _____

 (naziv izvajalca)

2 - ZDRAVNIK
 1 - OSEBNI
 2 - NADOMESTNI _____ (številka zdravnika)
 3 - NAPOTNI _____

 (imenski žig)

3 - ZAVAROVANA OSEBA
 _____ (številka zavarovane osebe) _____ (datum roj. – MMLLLL)
 _____ (enota ZZZS zavarovanja, reg. št.) _____ (zavar. podlaga)
 _____ (priimek)
 _____ (ime) **M - 1 Ž - 2**
 _____ (ulica)
 POŠTA _____ KRAJ _____

4 - RAZLOG OBRAVNAVE
 1 - BOLEZEN
 2 - POŠKODBA IZVEN DELA
 3 - POKLICNA BOLEZEN
 4 - POŠKODBA PRI DELU
 5 - POŠ. PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA

5 - NAČIN DOPLAČILA

 1 - BREZ DOPLAČILA
 2 - ZAVAROVANA OSEBA
 3 - ZAVAROVALNICA

6 - TUJI ZAVAROVANEC

 ŠIFRA DRŽAVE _____

7 - PZZ
 ŠIFRA ZAVAROVALNICE _____
 ŠIFRA ZAVAROVANJA _____
 ŠT. POLICE _____
 VELJA DO _____

8 - ODLOČBA
 ODLOČBA ŠT. _____ DNE _____
 1 - IMENOVANEGA ZDRAVNIKA
 2 - ZDRAVSTVENE KOMISIJE

9 - 78.a ČLEN
 1 - NUJNO

Slika 10: Administrativni del obrazca za MTP (vir ZZZS)

<http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/90DB262B507D4303C1256E92003D7FA4>

- Na prvi strani obrazca Naročilnica za MTP izpolniti rubriko 1 o izvajalcu, 2 o zdravniku ter rubriko 3 o zavarovani osebi,
- označiti razlog obravnave v rubriki 4 (bolezen, poškodba, poklicna bolezen, poškodba pri delu, poškodba po tretji osebi izven dela),
- izpolniti rubriko način doplačila v rubriki 5 (brez doplačila, zavarovana oseba, zavarovalnica, proračun),
- rubrika 6 se izpolni le za osebo, ki se ji predpisuje MTP v Sloveniji in uveljavlja pravico po zakonodaji Evropske Unije ali meddržavni pogodbi, vpiše se 3-mestna koda države,
- rubrika 7 se izpolni le, če je v rubriki 5 - NAČIN DOPLAČILA označena številka 3 – ZAVAROVALNICA,
- pri rubriki 8 se vpiše imenovani zdravnik oz. zdravstvena komisija pri ZZZS, številka in datum izdaje odločbe, s katero se odobri zahtevnejši MTP,
- pri rubriki 9 se vpišejo kontaktni podatki zdravnika,
- rubrika 10 se izpolni le v primeru nujnega zdravljenja, ko je zavarovana oseba, ki je neredni plačnik prispevkov, upravičena do MTP v celoti v breme OZZ.

Predpisovanje MTP - Strokovni del obrazca:

- **Izda, izdelava, izposodi, servisira**
 - okence “IZDA”, kadar je zavarovana oseba upravičena do izdaje,
 - okence “IZDELA”, kadar je zavarovana oseba upravičena do MTP, ki se zanjo individualno izdelava,
 - okence “IZPOSODI”, kadar je zavarovana oseba upravičena do MTP, ki je po Pravilih OZZ predmet izposoje; v tem primeru je potrebno navesti datum konca izposoje MTP,
 - okence “SERVISIRA”, kadar je zavarovana oseba upravičena do MTP, ki se skladno s Pravili OZZ, servisira (vzdrževanje in popravilo se zagotavlja na podlagi izdane naročilnice).

- **Naziv in šifra pripomočka:**
 - Vpisati je potrebno vrsto in šifro MTP in označiti količino in časovno obdobje.
 - Šifra MTP je 10-mestna, v postopkih pa se sme uporabljati samo zadnja 4-mesta. Na eno Naročilnico se praviloma predpiše en sam MTP, v primerih MTP potrošnega značaja (MTP pri zdravljenju sladkorne bolezni, MTP pri težavah z odvajanjem seča..) ali pri MTP, ki skupaj predstavljajo celoto (npr. negovalna postelja z dodatki) pa se lahko predpiše več MTP iz iste skupine, pri čemer se upošteva, da imajo MTP tudi enak režim izdaje (izdaja, izposoja).

- **Pripombe:**
 - Prostor **PRIPOMBE** je namenjen vpisu morebitnih posebnosti serijsko izdelanih MTP ali specifičnosti v izdelavi individualno izdelanega in osebi prilagojenega MTP.

- **Pripomoček se lahko izda od _____ dalje**

V primeru izposoje MTP je potrebno navesti čas izposoje in datum izdaje.

- **Kraj, datum, žig izvajalca, podpis zdravnika**

Na dnu obrazca je potrebno navesti kraj, datum, ter žig in podpis zdravnika. Naročilnico za MTP je potrebno predložiti dobavitelju MTP-ja v 30. dneh od datuma izdaje naročilnice oziroma do dokončnosti odločitve ZZS.

10. Zavarovani osebi naj se – izda – izdelata – izposodi – servisira pripomoček

(naziv vrste)	(šifra vrste)	(količina)	(obdobje)
(naziv vrste)	(šifra vrste)	(količina)	(obdobje)
(naziv vrste)	(šifra vrste)	(količina)	(obdobje)
(naziv vrste)	(šifra vrste)	(količina)	(obdobje)

Pripombe: _____

Izposoja do: _____
(datum)

Slika 11: Strokovni del obrazca za MTP – prvi del (vir ZZS)

<http://www.zzs.si/zzs/info/egradiva.nsf/o/90DB262B507D4303C1256E92003D7FA4>

– Servis

V primeru popravila MTP se na Naročilnici označi, kakšen poseg na MTP je potreben, vpiše se tudi, kdaj je zavarovana oseba MTP prejela. Osebni zdravnik lahko predpiše popravilo MTP tudi, če je za predpisovanje pooblaščen napotni zdravnik.

11 - SERVIS

01 - VZDRŽEVANJE

02 - POPRAVILO, ZAMENJAVA DELOV

Zavarovana oseba je pripomoček prejela dne _____

Slika 12: Strokovni del obrazca – drugi del (vir ZZS)

<http://www.zzs.si/zzs/info/egradiva.nsf/o/90DB262B507D4303C1256E92003D7FA4>

– Ostale rubrike izpolni lekarna ali specializirana prodajalna.

Obnovljiva naročilnica

Obnovljiva naročilnica je namenjena zavarovanim osebam s stabilnim kroničnim zdravstvenim stanjem, ki so upravičene do MTP. Na obnovljivo Naročilnico zdravnik predpiše najmanjšo potrebno količino MTP, predvideno največ za 90 dni. Zavarovana oseba s tako izdano obnovljivo Naročilnico MTP prevzema eno leto (skupaj največ štirje prevzemi), vsakih 90 dni. Pooblaščen zdravnik bo obnovljivo naročilnico izdal največ 10 dni pred iztekom trajnostne dobe ali obdobja in količine v skladu z določili Pravil OZZ, za katero je bila predpisana predhodna Naročilnica MTP. V primeru spremembe zdravstvenega stanja zavarovane osebe v obdobju veljavne obnovljive Naročilnice bo

zdravnik obstoječo Naročilnico prekinil v sistemu ZZZS in predpisal novo upoštevaje spremembo zdravstvenega stanja zavarovane osebe.

Seznam vrst MTP, ki so lahko predpisani na obnovljivo naročilnico, vključuje:

- pripomočke pri umetno izpeljanem črevesju in urostomi, razen sistema za irigacijo,
- pripomočke pri težavah z odvajanjem seča, razen stalnih urinskih katetrov in urinskih vrečk ter plenic, predlog in hlačnih predlog za socialne zavode,
- pripomočke pri zdravljenju sladkorne bolezni, ki so potrošnega značaja,
- obvezilne materiale - samo komprese, ki so namenjene oskrbi urostome, kolonostome ali ileostome.

Kdo ne sme uporabljati Naročilnice za MTP

Naročilnice ne smejo uporabljati zasebni zdravniki, ki z ZZZS nimajo sklenjene pogodbe za izvajanje zdravstvenih storitev. V času zdravljenja oziroma oskrbe so dolžni izvajalci zdravstvenih storitev (bolnišnica, zdravstveni dom, zdravilišče, domovi za starejše, posebni socialnovarstveni zavodi in zavodi za usposabljanje) zagotoviti določene MTP, ki jih krijejo iz svojih materialnih stroškov in ne smejo izdati naročilnice za te MTP. Enako velja za MTP, ki se uporabljajo pri nujnem zdravljenju. Naročilnice se ne uporabljajo za pripomočke za izboljšanje vida in zobnoprotetične pripomočkov. To velja tudi za primer zbirne naročilnice MTP (naročilnice za več zavarovancev) za inkontinenco v domovih, socialnovarstvenih zavodih in zavodih za usposabljanje, za izdajo te je potrebno soglasje zavarovane osebe.

Ocenjevanje

Vodja skupine bo ob koncu ocenil uspešnost študentov pri pravilnem izpolnjevanju naročilnic za MTP.

Študijska literatura

1. Kersnik J. Osnove družinske medicine: učbenik za študente medicine v 4. letniku MF UM. Maribor: Medicinska fakulteta Univerza Maribor; 2007.
2. Klemenc-Ketiš Z, ed. Praktikum družinske medicine. 2. izdaja. Maribor: Medicinska fakulteta Univerza Maribor; 2011.
3. Kert S, Tušek-Bunc K. Medicinsko tehnični pripomočki: zbornik. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2004.
4. Klemenc-Ketiš Z et. al. Družinska medicina 1: učno gradivo, navodila za vaje za študente. Maribor: Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino; 2015.
5. Klemenc-Ketiš Z et. al. Družinska medicina 1: učno gradivo, navodila za vaje za asistente, mentorje in učitelje veščin. Maribor: Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino; 2015.
6. ZZZS. Pravilnik o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ljubljana: ZZZS; 2016. [citirano 1. 9. 2017]. Pridobljeno iz naslova: <http://www.zzs.si/zzs/info/egradiva.nsf/o/90DB262B507D4303C1256E92003D7FA4>

7. ZZZS. Seznam medicinskih pripomočkov s šifrantom, medicinskimi kriteriji, pooblastili, postopki in cenovnimi standardi. Ljubljana: ZZZS; 2016 [citirano 1.9.2017]. Pridobljeno iz naslova: <http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/DFDC914987E44E2AC1257353003EC73A?OpenDocument>

DELOVNI NALOG ZA FIZIOTERAPIJO

KSENIJA TUŠEK BUNC IN SIMONA KOVAČEC

Uvod

Vaje veščin so namenjene učenju pisanja delovnega naloga in pravilnega napotovanja bolnikov na fizikalno terapijo.

Cilji

Cilj teh vaj je, da bodo študenti ob koncu le-teh znali samostojno napotovati bolnike na fizioterapijo.

Vsebina

Vsebina teh vaj vključuje pridobitev teoretičnega znanja o indikacijah in napotovanju na fizioterapijo ter pridobitev veščine pravilnega izpolnjevanja obrazca delovnega naloga za napotitev na fizioterapijo.

DELOVNI NALOG ZA FIZIOTERAPIJO 0997128

1 - IZVAJALEC ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI _____ _____ (naziv izvajalca)	2 - ZDRAVNIK <input type="checkbox"/> OSEBNI _____ številka zdravnika _____ <input type="checkbox"/> NADOMESTNI <input type="checkbox"/> NAPOTNI _____ (imenski žig)
3 - ZAVAROVANA OSEBA _____ (številka zavarovane osebe) _____ (datum rojstva) _____ (priimek) _____ (ime) _____ (ulica, hišna številka) _____ (poštna številka) _____ (kraj) _____ (telefonska številka*) _____ (e-pošta*)	4 - NAPOTNICA ŠTEVILKA NAPOTNICE _____ ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____ 5 - VRSTA FIZIOTERAPEVTSKE OBRAVNAVE 1. MALA FIZIOTERAPEVTSKA OBRAVNAVA <input type="checkbox"/> 2. SREDNJA FIZIOTERAPEVTSKA OBRAVNAVA <input type="checkbox"/> 3. VELIKA FIZIOTERAPEVTSKA OBRAVNAVA <input type="checkbox"/> 4. SPECIALNA FIZIOTERAPEVTSKA OBRAVNAVA 4.1. MANJALNA TERAPIJA ZAHTEVNIH OKVAR MIŠIČNO-SKELETNEGA SISTEMA 4.2. LIMFNA DRENAŽA, OBRAVNAVA PRIMARNEGA IN SEKUNDARNEGA LIMFEDEMA 4.3. MIŠIČNO-SKELETNA FIZIOTERAPIJA ZAHTEVNIH OKVAR MIŠIČNO-SKELETNEGA SISTEMA 4.4. NEVROFIZIOTERAPIJA ODRASLIH 4.5. NEVROFIZIOTERAPIJA OTROK
7 - STOPNJA NUJNOSTI 1. HITRO <input type="checkbox"/> 2. REDNO <input type="checkbox"/>	8 - PREDNOSTNI KRITERIJI 1. NOSEČNOST <input type="checkbox"/> 2. DOJENJE <input type="checkbox"/> 3. PREPREČITEV NASTANKA POTREB PO DODATNIH ZDRAVSTVENIH STORITVAH 4. OCENA NEZMOŽNOSTI ZA DELO <input type="checkbox"/>
9 - KONTAKTNI PODATKI ZDRAVNIKA _____ (e-poštni naslov zdravnika) _____ (telefonska številka) _____ (naslov)	6 - RAZLOG OBRAVNAVE 01. BOLEZEN <input type="checkbox"/> 02. POŠKODBA IZVEN DELA <input type="checkbox"/> 03. POKLICNA BOLEZEN <input type="checkbox"/> 04. POŠKODBA PRI DELU <input type="checkbox"/> 05. POŠKODBA IZVEN DELA PO TRETJI OSEBI <input type="checkbox"/> 07. TRANSPLANTACIJA <input type="checkbox"/>
10 - TUJI ZAVAROVANEC _____ ŠIFRA DRŽAVE _____	11 - VZROK ZA NAPOTITEV _____ _____ _____
12 - CILJ FIZIOTERAPEVTSKE OBRAVNAVE _____ _____ _____	

PRIIMEK IN IME ZAVAROVANE OSEBE

0997128

NAROČEN
PRI IZVAJALCU
FIZIOTERAPIJE

DNE _____ OB _____ URI _____ PRI FIZIOTERAPEVTU _____

Izdal in založil:  - Obr. DN-FT/01

PONATIS PREPOVEDAN

CETIS-GRAF, d.o.o., Celje

Slika 13: Delovni nalog za fizioterapijo (vir ZZZS)

<http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/90DB262B507D4303C1256E92003D7FA4>

VSEBINA FIZIOTERAPEVTSKE OBRAVNAVE (naročeni postopki)

KRAJ _____ DNE _____ Žig _____
(podpis zdravnika)

Slika 14: Delovni nalog za fizioterapijo 2 (vir ZZZS)

<http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/90DB262B507D4303C1256E92003D7FA4>

Študent mora znati pravilno označiti vrsto fizioterapevtske obravnave (mala FTH obravnava, srednja FTH obravnava, velika FTH obravnava, specialna FTH obravnava) (rubrika 5) (Slika 15).

Vrsta FO	Časovni normativ v minutah	Povprečno število obiskov v obravnavi	Število uteži
mala fizioterapevtska obravnava (MFO)	30	6	1
srednja fizioterapevtska obravnava (SFO)	45	8	2
velika fizioterapevtska obravnava (VFO)	60	8	2,67
specialna fizioterapevtska obravnava (SpecFO)	60	10	3,67

Slika 15: Vrsta fizioterapevtskih obravnav (časovni normativi v minutah, povprečno število obiskov v obravnavi, uteži za vrednotenje ZZS) (vir: ZZS)

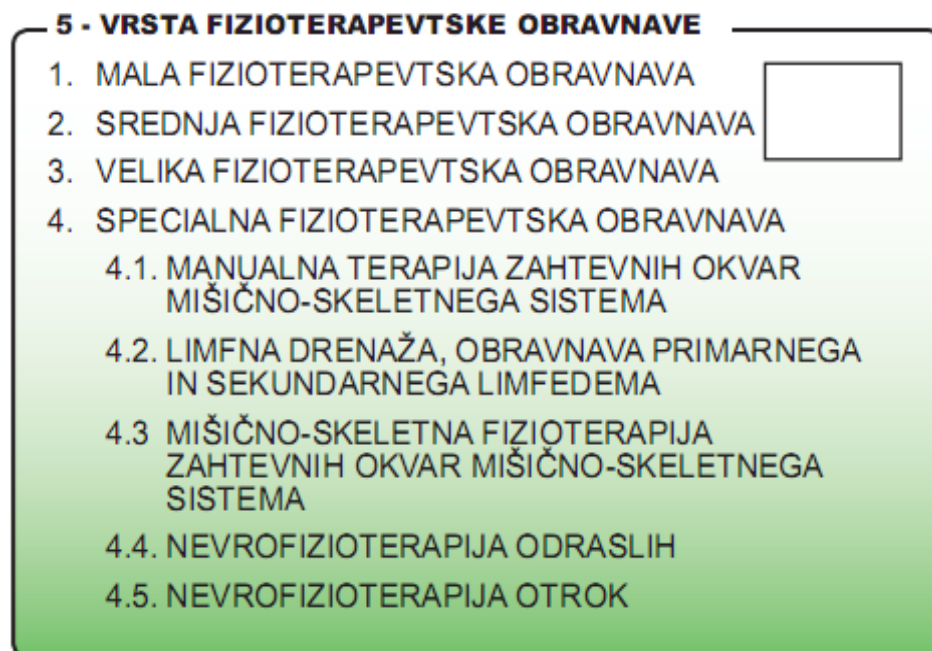
<http://www.zzs.si/zzs/info/egradiva.nsf/o/90DB262B507D4303C1256E92003D7FA4>

VRSTE SPECIALNIH OBRAVNAV		
Spec MT	Manualna terapija zahtevnih okvar mišično-skeletnega sistema	Manualna terapija zahtevnih okvar mišično-skeletnega sistema. (poleg osnovnih fizioterapevtskih postopkov še specialni postopki manualne terapije mehkih tkiv ter mobilizacije sklepov udov in hrbtenice)
Spec RLD	Limfna drenaža, obravnava primernega in sekundarnega limfedema	Limfna drenaža, obravnava primernega in sekundarnega limfedema. (poleg osnovnih fizioterapevtskih postopkov še ročna limfna drenaža)
Spec MSK	Mišično-skeletna fizioterapija zahtevnih okvar mišično-skeletnega sistema	Mišično-skeletna fizioterapija zahtevnih okvar mišično-skeletnega sistema. (poleg osnovnih fizioterapevtskih postopkov še specialni postopki kinezoterapije in manualne terapije mehkih tkiv ter mobilizacije perifernih sklepov) PNF
Spec NFT odrasli	Nevrofizioterapija odraslih	Nevrofizioterapija odraslih. (poleg osnovnih fizioterapevtskih postopkov še specialni postopki nevrofizioterapije, manualne terapije mehkih tkiv ter mobilizacije perifernih sklepov)
Spec NFT otroci	Nevrofizioterapija otrok	Nevrofizioterapija otrok. (poleg osnovnih fizioterapevtskih postopkov še specialni postopki nevrofizioterapije otrok)

Slika 16: Vrste specialnih obravnav (vir ZZS)

<http://www.zzs.si/zzs/info/egradiva.nsf/o/90DB262B507D4303C1256E92003D7FA4>

1. **Mala FTH obravnava (MFO):** Lažje okvare funkcije in zgradbe gibalnega sistema in/ali omejitve gibalnih dejavnosti.
2. **Srednja FTH obravnava (SFO):** Okvare funkcije in zgradbe gibalnega sistema in/ali omejitve gibalnih dejavnosti srednje stopnje.
3. **Velika FTH obravnava (VFO):** Težke okvare funkcije in zgradbe gibalnega sistema in/ali omejitve gibalnih dejavnosti ter motnje koordinacije gibanja in ravnotežja zaradi okvar živčno-mišičnega sistema ali lažjih okvar osrednjega živčevja.
4. **Specialna FTH obravnava:** Stanja po poškodbah ali obolenjih, ki zahtevajo znanje specialnih postopkov



Slika 17: Vrsta fizioterapevtske obravnave (vir ZZS)

<http://www.zzs.si/zzs/info/egradiva.nsf/o/90DB262B507D4303C1256E92003D7FA4>

- označiti razlog obravnave (bolezen, poškodba izven dela, poklicna bolezen, poškodba na delu, poškodba izven dela po tretji osebi, transplantacija) (rubrika 6),

- označiti stopnjo nujnosti (hitro, redno) (rubrika 7),

7 - STOPNJA NUJNOSTI

1. HITRO

2. REDNO

Slika 18: Stopnja nujnosti (vir ZZZS)

<http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/90DB262B507D4303C1256E92003D7FA4>

- izpolniti rubriko prednostni kriteriji (nosečnost, dojenje, preprečitev nastanka potreb po dodatnih zdravstvenih storitvah, ocena nezmožnosti za delo) (rubrika 8),
- nujno označiti kontaktne podatke zdravnika (rubrika 9),

9 - KONTAKTNI PODATKI ZDRAVNIKA

(e-poštni naslov zdravnika)

(telefonska številka) (naslov)

Slika 19: Kontaktni podatki zdravnika (vir ZZZS)

<http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/90DB262B507D4303C1256E92003D7FA4>

- označiti ali gre za tujega zavarovanca (rubrika 10),
- navesti vzroke za napotitev na FTH (npr. spina calcanei, zlom zapestja, kalcinirajoči tendinitis ramena, stanje po zvinu gležnja ...) (rubrika 11),
- navesti podatke o spremljajočih boleznih, ki so relevantne za varno izvajanje FTH in omejitve,
- navesti cilje fizioterapevtske obravnave (npr. izboljšanje gibljivosti v stopinjah, zmanjšanje bolečin po VAS za 2 točki, zmanjšanje otekline, centimetrih, povečanje moči, učenje samostojne hoje brez bergel, učenje hoje s polaganjem...) (rubrika 12),
- Označiti vsebino fizioterapevtske obravnave (naročeni postopki: UZ, IF, UKV, TENS...) na drugi strani obrazca delovni nalog za fizioterapijo (DN za FTH),
- vselej dodati kinezioterapijo (individualne ali skupinske vaje) (na drugi strani obrazca DN za FTH),
- navesti datum kontrolnega pregleda (na drugi strani obrazca DN za FTH).

Študijska literatura

1. Tušek Bunc K, ur. Priročnik fizikalne medicine in rehabilitacije. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine; 2008.
2. Kersnik J. Osnove družinske medicine: učbenik za študente medicine v 4. letniku MF UM. Maribor: Medicinska fakulteta Univerza Maribor; 2007.
3. Klemenc-Ketiš Z, ed. Praktikum družinske medicine. 2. izdaja. Maribor: Medicinska fakulteta Univerza Maribor; 2011.
4. Navodila za vaje za študente.
5. Zapiski in izročki predavanj.
6. Spletna stran ZZZS. Obrazci v ambulanti zdravnika družinske medicine. ZZZS. Pravilnik o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ljubljana: ZZZS; 2016. [citirano 1. 9. 2017]. Pridobljeno iz naslova: <http://www.zzs.si/zzs/info/egradiva.nsf/o/90DB262B507D4303C1256E92003D7FA4>

DELOVNI NALOG ZA NEGO NA DOMU

KSENIJA TUŠEK BUNC IN STAŠA KOCJANČIČ

Uvod

Vaje veščin so namenjene učenju pisanja delovnega naloga in poznavanju indikacij za nego na domu.

Cilji

Cilj teh vaj je, da bodo študenti pridobili znanje o najrazličnejših indikacijah za nego na domu in znali pravilno izpolniti delovni nalog za nego na domu.

Vsebina

Vsebina vaj vključuje pridobitev teoretičnega znanja o indikacijah za nego na domu ter pridobitev veščine pravilnega izpolnjevanja obrazca delovnega naloga za nego na domu.

DELOVNI NALOG

11724535

1-IZVAJALEC ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI _____ _____ (naziv izvajalca)		2-ZDRAVNIK <input type="checkbox"/> OSEBNI ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____ <input type="checkbox"/> NAPOTNI <input type="checkbox"/> NMP <input type="checkbox"/> NADOMESTNI _____ (imenski žig)	
3-ZAVAROVANA OSEBA _____ (številka zavarovane osebe) _____ (datum rojstva) _____ (enota ZZS zavarovanja, reg. št.) _____ (zavar. podlaga) _____ (priimek) _____ (ime) M - 1 Ž - 2 _____ (ulica) POŠTA _____ KRAJ _____		4-NAPOTNICA ŠTEVILKA NAPOTNICE _____ ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____	
7-RAZLOG OBRAVNAVE <input type="checkbox"/> 01 - BOLEZEN <input type="checkbox"/> 02 - POŠKODBA IZVEN DELA <input type="checkbox"/> 03 - POKLICNA BOLEZEN <input type="checkbox"/> 04 - POŠKODBA PRI DELU <input type="checkbox"/> 05 - POŠKODBA IZVEN DELA PO TRETJI OSEBI <input type="checkbox"/> 07 - TRANSPLANTACIJA		8-NAČIN DOPLAČILA <input type="checkbox"/> 1 - BREZ DOPLAČILA <input type="checkbox"/> 2 - ZAVAROVANA OSEBA <input type="checkbox"/> 3 - ZAVAROVALNICA 10-TUJI ZAVAROVANEC _____ ŠIFRA DRŽAVE _____	
		5-VELJAVNOST NALOGA 1 - ENKRATNO <input type="checkbox"/> 2 - ZA OBDOBJE _____ MESECEV <input type="checkbox"/>	
		6-VRSTA STORITVE <input type="checkbox"/> 1 - FIZIOTERAPIJA <input type="checkbox"/> 2 - DELOVNA TERAPIJA <input type="checkbox"/> 3 - NEGA NA DOMU <input type="checkbox"/> 4 - STORITVE PSIHologa, LOGOPEDA, SPEC. PEDAGOGA... <input type="checkbox"/> 5 - RENTGENSKO SLIKANJE	
		9-PZZ ŠIFRA ZAVAROVALNICE _____ ŠIFRA ZAVAROVANJA _____ ŠT. POLICE _____ VELJA DO _____	

Napoten k izvajalcu _____
 (naziv in naslov)

Podatki o bolezni (vzrok za napotitev) _____

Za opisano stanje se FTH opravlja prvič v letu: DA NE

Založil:  - Obrazec DN/02

PONATIS PREPOVEDAN!

OBRNI

ZMAS-PRINT

Slika 20: Delovni nalog: prva stran (vir ZZS)

<http://www.zzs.si/zzs/info/egradiva.nsf/o/90DB262B507D4303C1256E92003D7FA4>

Študent mora na prvi strani:

- izpolniti rubriko 1- 3 (podatki o izvajalcu, zdravniku in zavarovani osebi),
- izpolniti rubriko 5 o veljavnost delovnega naloga (enkratno ali določiti število mesecev),
- izpolniti rubriko 6 o vrsti storitve, kjer izbere točko 2 – nega na domu (v tej rubriki so še 1 - delovna terapija, 3 – storitve psihologa, logopeda, spec. pedagoga, 4 – rentgensko slikanje, 5 – laboratorijske in druge storitve),

6-VRSTA STORITVE

1 - FIZIOTERAPIJA

2 - DELOVNA TERAPIJA

3 - NEGA NA DOMU

4 - STORITVE PSIHologa, LOGOPEDA, SPEC. PEDAGOGA...

5 - RENTGENSKO SLIKANJE

Slika 22: Vrsta storitev (vir ZZS)

<http://www.zzs.si/zzs/info/egradiva.nsf/o/90DB262B507D4303C1256E92003D7FA4>

- označiti razlog obravnave v rubriki 7 (bolezen, poškodba izven dela, poklicna bolezen, poškodba pri delu, poškodba izven dela po tretji osebi ali transplantacija),
- označiti ali gre ta tujega zavarovanca v rubriki 8
- napisati naziv in naslov izvajalca, ki bo bolnik obiskal na domu,
- navesti podatke o bolezni oziroma vzroke za napotitev.

Napoten k izvajalcu _____
(naziv in naslov)

Podatki o bolezni (vzrok za napotitev) _____

Za opisano stanje se FTH opravlja prvič v letu: DA NE

Založil:  - Obrazec DN/02

PONATIS PREPOVEDANI

OBRNI

ZMA-S-PRINT

Slika 23: Podatki o izvajalcu in podatki o bolezni (vir ZZS)

<http://www.zzs.si/zzs/info/egradiva.nsf/o/90DB262B507D4303C1256E92003D7FA4>

Na drugi strani mora :

- naštetih vrsto obravnave v okviru nege na domu (prevezi, aplikacija injekcij, nadzor nad jemanjem terapije, letni obiski starostnikov, informacije o socialnem okolju ...),
- naštetih število obravnav nege na domu.

NAROČENE STORITVE		
Zap. št.	Opis	Število

Slika 24: Naročene vrste storitev (vir ZZZS)

<http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/90DB262B507D4303C1256E92003D7FA4>

Študijska literatura

Temeljna

1. Kersnik J. Osnove družinske medicine: učbenik za študente medicine v 4. letniku MF UM. Maribor: Medicinska fakulteta Univerza Maribor; 2007.
2. Klemenc-Ketiš Z, ed. Praktikum družinske medicine. 2. izdaja. Maribor: Medicinska fakulteta Univerza Maribor; 2011.
3. Navodila za vaje za študente
4. Zapiski in izročki predavanj
5. Spletna stran ZZZS, Obrazci v ambulanti zdravnika družinske medicine. ZZZS. Pravilnik o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ljubljana: ZZZS; 2016. [citirano 1. 9. 2017]. Pridobljeno iz naslova: <http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/90DB262B507D4303C1256E92003D7FA4>

LABORATORIJSKA ANALIZA KRVNI IN URINA

SUZANA KERT

Uvod

Laboratorijske preiskave sodijo med temeljne rutinske diagnostične postopke v družinski medicini. Zdravniki družinske medicine napotujejo bolnike na neko laboratorijsko preiskavo v 30-40 % obravnav.

V Evropi zdravniki družinske medicine najpogosteje določajo koncentracijo hemoglobina in/ali kompletno krvno sliko (hemoglobin, število levkocitov, trombocitov, MCV in hematokrit), krvni sladkor, sedimentacijo eritrocitov, kreatinin, diferencialno belo krvno sliko in holesterol, v Sloveniji pa hemogram, krvni sladkor, sedimentacijo eritrocitov, urin nativno ter lipidogram.

Razloge za naročanje laboratorijskih preiskav delimo na dve skupini. V prvi skupini razlogov so izrazito strokovni: diagnostika, spremljanje, presejanje, predhodni nenormalni rezultat preiskave, prognoza, poučevanje ter medicinski predpisi. Druga skupina razlogov vsebuje ostale razloge: potrjevanje strokovne ocene, ugotavljanje izhodiščne vrednosti, radovednost, občutek nesigurnosti, za potrebe dokumentiranja, pritisk zdravnikov kolegov ali pacientov, strah pred odgovornostjo, za občutek osebne zaščite, dostopnost in enostavnost izvedbe.

Za obravnave v primarni zdravstveni dejavnosti je značilno, da se najbolj pogosto srečamo z laboratorijskimi izvidi, ki od normale odstopajo le minimalno, in ker imajo bolniki praviloma manj resne bolezenske težave obstaja nizka predtestna verjetnost nenormalnih izvidov. To je pomembno pri oceni klinične pomenljivosti izvidov glede diagnostike in zdravljenja. Glede na navedeno je pomembno, da se zdravniki skrbno odločajo katere preiskave so potrebne.

Cilji

Znanje

Indikacijah za laboratorijske preiskave
Vrednotenje izvidov nekaterih preiskav: nativni urin, kompletna krvna slika, CRP, lipidogram, železo, feritin, krvni sladkor
Ukrepanju na podlagi sinteze anamneze, kliničnega pregleda in izvidov preiskav

Veščine

Vrednotenje rezultatov laboratorijskih preiskav
Sprejemanje odločitev o nadaljnji obravnavi po vrednotenju izvidov preiskav

Stališče

Razumevanje racionalne rabe diagnostičnih testov
--

Vsebina

Kratka ponovitev lastnosti testov: senzitivnost, specifičnost, pozitivna napovedna vrednost, negativna napovedna vrednost.

Senzitivnost (občutljivost) testa je verjetnost, da dobimo pozitiven rezultat, ko je bolezen prisotna.

Specifičnost (ločljivost) testa je verjetnost, da dobimo negativen rezultat, ko bolezen ni prisotna.

Pozitivna napovedna vrednost je verjetnost, da gre za bolezen, če dobimo pozitiven rezultat testa.

Negativna napovedna verjetnost je verjetnost, da ne gre za bolezen, če dobimo negativen rezultat testa.

Poglejmo razlago predstavljenih pojmov na podatkih raziskave pri 950 bolnikih, ki so jih v eni od ustanov obravnavali zaradi suma na kamne v sečilih. Vsem so opravili pregled urina za prepoznavanje hematurije ter slikanje sečil z računalniško tomografijo. S slednjo preiskavo so potrdili kamne pri 587 (62 %) in izključili kamne pri 363 (38 %) preiskovancih.

Pri pregledu urina na prisotnost krvi so dobili sledeče rezultate: senzitivnost 84 %, specifičnost 48 %, pozitivna napovedna vrednost 72 %, negativna napovedna verjetnost 65 %. Izračunani testi pomenijo,

da je bila občutljivost urinske analize sicer 84 %, ker pa sta specifičnost in negativna napovedna verjetnost nizki, samo na osnovi urinske analize ne moremo verodostojno trditi, da gre pri neki osebi za kamne v sečilih.

Analiza primerov bolnikov iz vsakodnevne prakse v ambulanti zdravnika družinske medicine.

Primer 1. 36- letna bolnica z motnjami odvajanja urina

S: Teden dni ima težave pri uriniranju, ki je pekoče, bolj pogosto, opaža nelagodje v spodnjem delu trebuha ter odvajanje urina spremenjenega vonja in barve. Vročine ni imela. S sabo prinaša izvid laboratorijskega pregleda urina, ki ga je opravila na lastno željo samoplačniško.

Dodatni podatki, ki jih preverimo v anamnezi:

Morebitna nosečnost, simptomi vnetja nožnice, alergija na antibiotike, zdravljenje z antibiotiki v nedavni preteklosti, nov spolni partner v bližnji preteklosti.

O: Bistre zavesti, evpnoična v mirovanju, pulz 68 utripov/min, KT= 120/80 mm Hg, afebrilna (tel. temperatura = 35,7 °C), ledveni poklep je neboleč, trebuh je rahlo boleč nad sramno kostjo.

A: Akutno vnetje sečnega mehurja [N30.0]

P:

D(x): napotitev v laboratorij ni potrebna, a ker ima bolnica s samo izvid, ga pogledamo. Laboratorijska preiskava urina pokaže patološke vrednosti nekaterih parametrov (Tabela 1).

Tabela 1: Izvid laboratorijske preiskave urina

U-Osnovna analiza		Vrednost	Enote	Orientacijske referenčne vrednosti
Relativna gostota		1.015	1	1.005 – 1.040
pH		6.0	1	4.5 - 8.0
Proteini	H	1	poE	1
Glukoza		0	poE	0
Metilketoni		0	poE	0
Urobilinogen		pod 1	E.E.	do 1
Bilirubin		0	poE	0
Hemoglobin	H	1	poE	1
Levkociti	H	3	poE	3
Nitriti	H	1	poE	1
U-Sediment				
Levkociti		ŠTEVILNI		do 5
Levkociti-skupine		PRISOTNI		
Eritrociti		10-20		do 3
Bakterije		ŠTEVILNE		0

Legenda: L= low (znižana vrednost), H=high (zvišana vrednost); velja za vse tabele v nadaljevanju

Vrednotenje izvida: za okužbo sečil je značilna bakteriurija (prisotnost bakterij v urinu) ter levkocitov (levkociturija), oz. t.i. piurija (prisotnost številnih levkocitov).

V zgornjem delu izvida so podatki analize s testnim lističem (reagentni trak oz. t.i. dipstick), v spodnjem so podatki za mikroskopski pregled sedimenta urina po centrifugiranju.

V izvidu bolnice ugotavljamo v zgornjem delu prisotnost nitrita v urina. Le-ta nastane pri bakterijski razgradnji nitrata iz hrane ob prisotnosti encima nitrata reduktaze, ki ga sintetizirajo nekatere bakterije (Escherichia coli, Enterobacter, Klebsiella, Citrobacter, Proteus), ki so najpogostejše povzročiteljice okužb sečil. Test omogoča hitro oceno morebitne okužbe z enterobakterijami, vendar ni tako natančen kot je mikroskopiranje sedimenta ali urinokultura ter ne more potrditi okužbe z drugimi povzročitelji, ki nimajo encima nitrata reduktaza (gram pozitivne bakterije, glive kvasovke). Omenjeno spremembo imenujemo bakteriurija. V izvidu je prisotna tudi levkociturija, ta test temelji na dokazu prisotnosti encima esteraza v nevtrofilnih levkocitih v urinu. V spodnjem delu izvida so prikazani podatki analize mikroskopiranja sedimenta urina pri 400-kratni povečavi. Ta del izvida dodatno in še bolj natančno pojasnjuje spremembe, najdene v zgornjem delu izvida. V njem je pomembna prisotnost številnih bakterij ter levkocitov. Med spremembami je v izvidu prisotna še eritrociturija, za katero ocenjujemo, da je v predstavljenem primeru prehodna in povezana z vnetjem sečil.

V praksi takšne skladnosti med podatki iz anamneze, kliničnega pregleda in izvida urina ne srečamo vedno. V tem primeru je pomembna izkušnost zdravnika, da oceni najverjetnejšo diagnozo.

Pri vztrajanju težav opisane bolnice bomo naredili dodatne preiskave: urinokultura (Sanford),

razmišljali bomo tudi o morebitnem ultrazvoku trebuha za izključitev prirojenih nenormalnosti sečil. *T (h)*: predpis antibiotika izbora glede na trenutna nacionalna priporočila.

E(d): izobraževanje bolnice glede predvidenega režima (odmerek, število dni) jemanja antibiotika ter kontrolnega obiska v primeru neizboljšanja. Menimo, da bolniški stalež v danem primeru ni potreben. *Bolezni, pri katerih se odločamo za analizo urina*: sum na bolezen ledvic (npr. glomerulonefritis), kamni v sečilih, če bolnik navaja krvav urin, za spremljanje določenih kroničnih bolezni (arterijska hipertenzija, sladkorna bolezen), pri obravnavi bolezni, kjer so lahko prizadete ledvice (sistemski lupus eritematozus, vaskulitis malih žil).

Razprava:

- Kakšna je pravilna tehnika odvzema urina - kako naj bolnik pravilno odda urin?
- Kako vzamemo pravilni vzorec urina bolniku z urinskim katetrom?
- Bi bilo možno in skladno z medicino podprto z dokazi zdraviti to bolnico tudi brez laboratorijske analize urina?
- Bolnik prinese na pregled v ambulanto vzorec urina, ki ga je oddal zjutraj doma. Ali je tak vzorec urina primeren za analizo?

Primer 2. 67-letna bolnica s simptomi dihal

S: Peti dan ima bolečine v prsih na desni strani, suho kašlja, na dan obiska v ambulanti je imela zjutraj krvavkast izpljunek. Prihaja v spremstvu hčerke, ki pove, da je mama zadnja dva dni psihično spremenjena.

Dodatni podatki, ki jih preverimo v anamnezi: povišana telesna temperatura, mrzlica, gnojni izpljunek, oteženo dihanje, alergija na antibiotike.

Dodatni podatki v anamnezi: že pred 14 dnevi se je slabo počutila, bolelo jo je grlo, imela je zamašen nos. Bolečine ima sedaj v prsnem košu desno ob lopatici, širijo se ji proti pazduhi, zadnje tri dni ves čas težje diha, od takrat ima stalno vročino do 39.4 °C. Na antibiotike ni alergična.

O: Zmedena v času, anamnezo v veliki meri posreduje hči, diha pospešeno, telesna temperatura = 37,3 °C, na desni strani so slišni inspiratorni poki, pulz=132 utripov/min, KT=92/58 mmHg, SpO2=94 % (brez dodanega kisika).

A: Pljučnica, neopredeljena [J18.9]

P: Zaradi suma na bakterijsko okužbo spodnjih dihal je bila pacientka napotena na laboratorijsko analizo krvi.

D(x): Laboratorijska preiskava krvi pokaže nekatere patološke vrednosti (Tabela 2).

Tabela 2: Izvid laboratorijske preiskave krvi

Izvidi naročenih krvnih preiskav		Vrednost	Orientacijske referenčne vrednosti
CRP	H	168	pod 6 mg/l
Rdeča krvna slika			
Število eritrocitov (Erci) – za odrasle		4,34	- pri moškem 4,5 - 6,3 x 10 ¹² /l, - pri ženski 4,2 - 5,4 x 10 ¹² /l
Koncentracija hemoglobina (Hb)		130	- pri moškem 140 - 180 g/l, - pri ženski 120 - 160 g/l,
Volumen stisnjenih Erci = hematokrit (Ht)		0,38	- pri moškem 0,40 - 0,54 %, - pri ženski 0,37 - 0,47 %,
Eritrocitni indeksi			
Povprečni volumen Erci (MCV)		88,2	81 - 94 femtolitrov (fl); 1 fl = 10 ⁻¹⁵ /l
Povprečna količina Hb v Erci (MCH)		30,0	26 - 32 pikogramov (pg); 1 pg = 10 ⁻¹² /l
Povprečna koncentracija Hb v volumnu Erci (MCHC)		339	310 - 350 g/l eritrocitov
Bela krvna slika			Orientacijske referenčne vrednosti
Število levkocitov (Lkci) – za odrasle	H	24,18	4-10 x 10 ⁹ /l
Nevtrofilni granulociti	H	89,4	0,4-0,75 (40-75 %)
Limfociti	H	5,1	0,2-0,45 (20-45 %)
Monociti	H	5,3	0,02-0,1 (2-10 %)
Eozinofilci		0,0	0,01-0,06 (1-6 %)
Bazofilci	H	0,2	<0,01 (1 %)
Trombociti – za odrasle	H	441	140-340 g/l

Vrednotenje izvida: za okužbo dihal je pomenljiv izvid zvišane vrednosti C-reaktivni protein (CRP), ki v danem primeru ne le potrjuje bakterijsko okužbo ampak, ker vrednost presega 100 mg/l, kaže na sum na invazivno bakterijsko okužbo in možnost septikemije. Porast CRP se pojavi od šest do devet ur po okužbi, višina in hitrost porasta CRP sta odvisna od teže akutne vnetne reakcije. Zdravniku predstavlja dobljena vrednost opozorilo za dodatne preiskave in zdravljenje. CRP se zniža v treh do štirih dneh, zatem ko se prične umirjati vnetna reakcija in se vrne na normalo v približno dveh tednih. Izmerjena vrednost CRP nam lahko pomaga pri potrditvi ali izključitvi bakterijske okužbe ter za spremljanje poteka bakterijske okužbe.

Drugi pomemben izvid je zvišano celokupno število levkocitov, ki kaže na okužbo ter ob tem povečano število nevtrofilnih granulocitov (nevtrofilija) preko $>75 \times 10^9/l$. Porast ostalih vrst levkocitov (limfociti-limfocitoza, monociti-monocitoza, bazofilci-bazofilija) in trombociti-trombocitoza ocenjujemo kot reaktivni porast v poteku akutne okužbe.

Nadaljnje ukrepanje: Glede na oceno teže pljučnice (starost 67 let, fizikalni status, kjer je pomenljivo, da je zmedena ter da ima o nizek diastolični krvni tlak in je tahipnoična), laboratorijske krvne izvide z visokim CRP ter levkociti se je zdravnik družinske medicine odločil, da bolnice ne bo mogel varno zdraviti doma in jo je pod nujno napotil na hospitalizacijo na pljučni oddelek.

T(b): Med hospitalizacijo prejema intravensko antibiotik izbora glede na trenutna nacionalna priporočila. Po nekaj dneh pride do izboljšanja bolničinega stanja ter znižanja, nato pa še normalizacije izvidov krvi.

E(d): Po odpustu iz bolnice bolnica prejema antibiotik še nekaj dni peroralno, zdravnik družinske medicine jo pouči, da je potrebno, da ga porabi do konca. Do izboljšanja počutja ter laboratorijskih izvidov naj ostane doma. Svetuje ji tudi kako se naj postopoma vrne k običajnemu načinu življenja glede telesne dejavnosti.

Razprava:

- Kako pogosto spremljamo nenormalne krvne izvide pri bolniku v predstavljenem primeru?
- Katera stanja lahko fiziološko vplivajo na zvišane vrednosti CRP in levkocitov?
- Katera bolezenska stanja predstavljajo indikacijo za določanje CRP?

Primer 3. 39-letni moški z dislipidemijo

S: Zdravnik družinske medicine mu svetuje preventivni pregled v sklopu nacionalnega programa primarne preventive bolezni srca in ožilja, si čimer se moški strinja.

O: Neprizadet, eupnoičen v mirovanju, pulz 62 utripov/minuto, $TT=156/88$ mm Hg, $TT=94$ kg, $TV=178$ cm, $ITM 29.7$ kg/m².

A: Poseben presejalni pregled za motnje srca in ožilja [Z13.6]

Bolezni, pri katerih se nasploh odločamo za določitev krvnih maščob (lipidogram oz. lipidni profil): v sklopu različnih preventivnih pregledov (v službi, nacionalni program preventive srčno-žilnih bolezni), za spremljanje različnih kroničnih bolezni (arterijska hipertenzija, sladkorna bolezen, protin, debelost, koronarna srčna bolezen, periferna arterijska okluzijska bolezen, po možganski kapi), lahko tudi na željo bolnika, ki v anamnezi npr. navaja, da imajo ožji krvni sorodniki izrazito visoke vrednosti krvnih maščob.

P:

D(x): Napoten je na usmerjene preiskave za potrebe tega pregleda (Tabela 3).

Tabela 3: Izvid naročenih laboratorijskih preiskav

Izvidi naročenih krvnih preiskav		Vrednost	Orientacijske referenčne vrednosti
S-Glukoza		5.1	3.6-6.1 mmol/l
S-Trigliceridi	H	2.4	0.6-1.7 mmol/l
S-Holesterol	H	10.4	4.0-5.0 mmol/l
S-HDL-Holesterol		1.51	nad 1.3 mmol/l
S-LDL-Holesterol	H	6.87	2.0-3.0 mmol/l

Vrednotenje izvida: vrednosti celokupnega serumskega holesterola več kot 9 mmol/l in LDL-holesterola več kot 6,5 mmol/l so redke in izrazito zvišane. Zaradi suma na morebitno laboratorijsko napako je bil napoten na ponovni odvzem krvi (Tabela 4).

Tabela 4: Izvid ponovnega pregleda krvi

Izvidi naročenih krvnih preiskav		Vrednost	Orientacijske referenčne vrednosti
S-Trigliceridi	H	2.3	0.6-1.7 mmol/l
S-Holesterol	H	9.2	4.0-5.0 mmol/l
S-HDL-Holesterol	L	1.1	nad 1.3 mmol/l
S-LDL-Holesterol	H	7.1	2.0-3.0 mmol/l

Ponovna krvna preiskava potrdi izrazito zvišane vrednosti celokupnega in LDL holesterola, zvišanje trigliceridov pa je minimalno (Tabela 4).

A: Mešana hiperlipidemija [E78.2]

Sum na družinsko hiperholesterolemijo

Srčno-žilna ogroženost: zelo visoka (>40 %).

Nadaljnje ukrepanje: napoten v subspecialistično ambulanto za hiperlipidemije UKC Ljubljana.

Specialist internist v ambulanti za hiperlipidemije UKC Ljubljana z dodatnimi preiskavami: - Apo B (alipoprotein B) = zvišana vrednost, - Apo A-I (alipoprotein Apo A-I) = normalna vrednost, - Lipoprotein (a) = zvišana vrednost, potrdi sum na družinsko hiperlipidemijo.

T(b): Predpis najvišjega priporočenega odmerka najučinkovitejšega zdravila za zniževanje holesterola.

E(d): Ker so osebe s to diagnozo izjemno ogrožene za prezgodnje srčno-žilne dogodke je bil bolnik poučen o potrebi po vseživljenjskem nefarmakološkem ter farmakološkem zdravljenju ob rednem nadzoru vrednosti krvnih maščob. Ciljna vrednost S-LDL holesterola pri bolniku je <1.8 mmol/l ali vsaj 50 % znižanje izhodiščne vrednosti.

Spremljanje bolnika – izvidi čez osem let (Tabela 5).

Tabela 5: Izvidi krvne preiskave bolnika čez osem let

Izvidi naročenih krvnih preiskav		Vrednost	Orientacijske referenčne vrednosti
S-Trigliceridi		1.65	0.6-1.7 mmol/l
S-Holesterol	H	5.44	4.0-5.0 mmol/l
S-HDL-Holesterol		1.59	nad 1.3 mmol/l
S-LDL-Holesterol	H	3.1	2.0-3.0 mmol/l

Razprava:

- Na katere oblike nefarmakološkega zdravljenja moramo biti pozorni?
- Kako pogosto izvajamo kontrolne preglede krvnih maščob osebam, ki prejemajo farmakološko zdravljenje: - ob uvedbi farmakološkega zdravljenja, - ko dosežemo ciljne vrednosti krvnih maščob?
- Kaj svetujemo krvnim sorodnikom predstavljenega bolnika?
- Za katere vrste krvnih analiz je potrebno, da so preiskovanci tešči in koliko ur pred odvzemom krvi naj ne bi jedli?

Primer 4. 50-letni moški z odstopanji v krvnem izvidu obdobjnega preventivnega pregleda v povezavi z zaposlitvijo

S: Pooblaščen specialist medicine dela, prometa in športa (MDPŠ) podjetja, v katerem je zaposlen, ga je zaradi odstopanj v izvidu krvi (Tabela 6) napotil na pregled k zdravniku družinske medicine; bolnik glede počutja ni opazil kakšnih posebnih sprememb z izjemo utrujenosti, kar pa je pripisoval obilici dela v službi; do razjasnitve nenormalnega krvnega izvida mu specialist MDPŠ ni mogel izdati ocene o delovni zmožnosti.

Tabela 6: Izvid laboratorijske preiskave krvi

Izvidi naročenih krvnih preiskav		Vrednost	Orientacijske referenčne vrednosti
Rdeča krvna slika			
Število eritrocitov (Erci) – za odrasle	L	3,79	- pri moškem $4,5 - 6,3 \times 10^{12}/l$, - pri ženski $4,2 - 5,4 \times 10^{12}/l$
Koncentracija hemoglobina (Hb)	L	111	- pri moškem 140 - 180 g/l, - pri ženski 120 - 160 g/l,
Volumen stisnjenih Erci = hematokrit (Ht)	L	0,345	- pri moškem 0,40 - 0,54 %, - pri ženski 0,37 - 0,47 %,
Eritrocitni indeksi			
Povprečni volumen Erci (MCV)		91,0	81 - 94 femtolitrov (fl); 1 fl = $10^{-15}/l$
Povprečna količina Hb v Erci (MCH)		29,3	26 - 32 pikogramov (pg); 1 pg = $10^{-12}/l$
Povprečna koncentracija Hb v volumnu Erci (MCHC)		323	310 - 350 g/l eritrocitov
Trombociti – za odrasle	H	422	140-340 G/l

O: Neprizadet, eupnoičen v mirovanju, pulz 82 utripov/min, KT=120/70 mm Hg, astenične telesne gradnje, TT=59 kg, TV=179 cm, ITM 18,4 kg/m², izražena bledica kože in vidnih sluznic,

Vrednotenje izvida: preiskava krvi kaže znižane vrednosti rdečih krvničk, hemoglobina in hematokrita, bolniku primanjkuje železa in feritina, ki je pokazatelj zalog železa v telesu, kar ocenjujemo kot slabokrvnost. Glede na bolnikovo počutje brez večjih posebnosti sklepamo, da gre za kronično, počasno se razvijajočo anemijo. Razmišljamo o možnih vzrokih zanjo in ocenjujemo, da obstaja nekje v bolnikovem telesu prikrita krvavitev, s čimer se pojavlja izgubljanje železa.

Bolezni, pri katerih lahko najdemo znižano število eritrocitov: izguba krvi (anemija, krvavitve), okvara kostnega mozga (obsevanje, strupi, fibroza, rak), pomanjkanje eritropoetina (ledvična bolezen), hemoliza, levkemija, multipli mielom, slaba prehranjenost - pomanjkanje železa, folatov, vitamina B12 ali vitamina B6.

A: Anemija zaradi pomanjkanja železa, neopredeljena [D50.9]

P: D(x): Na osnovi izvida krvi (Tabela 6) se je zdravnik družinske medicine odločil za dodatne krvne preiskave (Tabela 7).

Tabela 7: Izvid dodatnih krvnih preiskav

Izvidi naročenih krvnih preiskav		Vrednost	Orientacijske referenčne vrednosti
Rdeča krvna slika			
Število eritrocitov (Erci) – za odrasle	L	3,46	- pri moškem $4,5 - 6,3 \times 10^{12}/l$, - pri ženski $4,2 - 5,4 \times 10^{12}/l$
Koncentracija hemoglobina (Hb)	L	99	- pri moškem 140 - 180 g/l, - pri ženski 120 - 160 g/l,
Volumen stisnjenih Erci = hematokrit (Ht)	L	0,304	- pri moškem 0,40 - 0,54 %, - pri ženski 0,37 - 0,47 %,
Eritrocitni indeksi			
Povprečni volumen Erci (MCV)		87,8	81 - 94 femtolitrov (fl); 1 fl = $10^{-15}/l$
Povprečna količina Hb v Erci (MCH)		28,6	26 - 32 pikogramov (pg); 1 pg = $10^{-12}/l$
Povprečna koncentracija Hb v volumnu Erci (MCHC)		326	310 - 350 g/l eritrocitov
Trombociti – za odrasle		305	140-340 G/l
S-Železo	L	5,2	10,7-28,6 $\mu\text{mol}/l$
S-Feritin	L	14	30-350 $\mu\text{g}/l$

Nadaljnje ukrepanje: napoten je na preiskave prebavil in sicer odvzem treh vzorcev blata za test na prikrito krvavitev, na gastroskopijo in kolonoskopijo. Gastroskopija s histološkim pregledom vzorcev sluznice dvanajstnika pokaže, da gre pri njem za celiakijo [K90.0]. Usmerjen je k specialistu gastroenterologu, ki se poglobljeno ukvarja z bolniki s to boleznijo. Pri njem opravi bolnik dodatne preiskave: celotna IgA protitelesa (cel. IgA) in protitelesa proti tkivni transglutaminazi (t-TG) - izvidi preiskav so skladni s histološko potrjeno diagnozo celiakije; določijo mu tudi vitamin B12 ter 25OH-vitamin D, oba izvida kažeta pomanjkanje navedenih vitaminov. Slikanje mineralne kostne gostote pokaže osteopenijo z nizkim tveganjem za zlom.

T(b): Bolnik je zdravljen s strogo brezglutensko dieto, nadomeščanjem železa, vitamina B12 in vitamina D. Po več mesecih se mu krvni izvidi izboljšajo.

E(d): Potreboval bo vseživljenjski nadzor nad celiakijo, z rednimi kontrolami pri specialistu gastroenterologu. Zdravnik družinske medicine skrbi za izdajanje napotnic, vodenje bolniškega staleža za potrebe opravljanja kontrolnih pregledov. Bolnika spodbuja k upoštevanju brezglutenske diete.

Čez eno leto so laboratorijski izvidi krvi boljši (Tabela 8)

Tabela 8: Izvidi krvnih preiskav čez eno leto

Izvidi naročenih krvnih preiskav		Vrednost	Orientacijske referenčne vrednosti
Rdeča krvna slika			
Število eritrocitov (Erci) – za odrasle	L	4,32	- pri moškem 4,5 - 6,3 x 10 ¹² /l, - pri ženski 4,2 - 5,4 x 10 ¹² /l
Koncentracija hemoglobina (Hb)		142	- pri moškem 140 - 180 g/l, - pri ženski 120 - 160 g/l,
Volumen stisnjenih Erci = hematokrit (Ht)		0,41	- pri moškem 0,40 - 0,54 %, - pri ženski 0,37 - 0,47 %,
Eritrocitni indeksi			
Povprečni volumen Erci (MCV)		95,0	81 - 94 femtolitrov (fl); 1 fl = 10 ⁻¹⁵ /l
Povprečna količina Hb v Erci (MCH)		32,9	26 - 32 pikogramov (pg); 1 pg = 10 ⁻¹² /l
Povprečna koncentracija Hb v volumnu Erci (MCHC)		347	310 - 350 g/l eritrocitov
Trombociti – za odrasle		205	140-340 G/l
S-Železo		23,3	10,7-28,6 μmol/l
S-Feritin		169	30-350 μg/l

Zaradi jasnejše predstavitve primera bolnika so z namenom edukativnosti v predstavljenem primeru izbrane le najbolj značilne preiskave in sicer rdeča krvna slika, železo ter feritin. Dejansko obsega t.i. pregled krvne slike tako rdečo krvno sliko kot tudi belo krvno sliko in trombocite.

Rdeča krvna slika obsega hematokrit, številčno koncentracijo eritrocitov, masno koncentracijo hemoglobina, absolutne vrednosti eritrocitov, številčno koncentracijo retikulocitov ter opis morebitnih kakovostnih sprememb eritrocitov v razmazu krvi (anizocitoza, poikilocitoza, anulocitoza itd.).

Razprava:

- Kakšno zdravljenje potrebuje bolnik s celiakijo?
- Kaj svetujemo ožjim krvnim sorodnikom bolnikov s celiakijo?
- Na katere vzroke krvavitev moramo še pomisliti ter jih poskušati izključiti v primeru slabokrvnosti zaradi pomanjkanja železa?

Primer 5. 59- letna ženska s hujšanjem, žejanjem in obilnim odvajanjem urina

S: V zadnjih dveh do treh mesecih je nenačrtovano shujšala za 13 kg, v zadnjem tednu dni je opazila povečano žejanje, potrebo po pitju tekočine in obilnejše uriniranje, ob tem je vrtoglava. Njena mama je imela sladkorno bolezen.

Dodatni podatki, ki jih preverimo v anamnezi: prisotnost bolečin, spremembe v odvajanju blata, apetit, spremembe po koži, motnje vida, utrujenost, zvišana telesna temperatura, mrzlica.

O: Neprizadeta, eupnoična v mirovanju, pulz 72 utripov/min, turgor kože je zmanjšan, KT=134/89 mm Hg, TT=57 kg, TV=172 cm, ITM 19,3 kg/m², ščitnica je palpatorno bp., trebuh je palpatorno bp, v izdihanem zraku je prisoten vonj po acetonu.

A: Sladkorna bolezen tipa 1 s ketoacidozo [E10.1]

P:

D(x): Glede na prisotne simptome pri bolnici kot so obilno uriniranje (*poliurija*), obilno pitje (*polidipsija*) in povečan občutek lakote (*polifagija*) sumimo na novo odkrito sladkorno bolezen in se glede na to odločimo za usmerjene preiskave (Tabela 9).

Tabela 9: Izvidi laboratorijske preiskave krvi

Izvidi naročenih krvnih preiskav		Vrednost	Orientacijske referenčne vrednosti	
S-Glukoza	H	22,8	3,6-6,1 mmol/l	
S-Trigliceridi	H	3,8	0,6-1,7 mmol/l	
S-Holesterol	H	5,2	4,0-5,0 mmol/l	
S-HDL-Holesterol		1,0	nad 1,3 mmol/l	
S-LDL-Holesterol		2,6	2,0-3,0 mmol/l	
TSH		1,91	0,35-4,94 mU/l	
U-Osnovna analiza		Vrednost	Enote	Orientacijske referenčne vrednosti
Relativna gostota		1,030	1	1,005 – 1,040
pH		5,0	1	4,5 - 8,0
Proteini	H	2	poE	1
Glukoza	H	4	poE	0
Metilketoni	H	15	poE	0
Urobilinogen		pod 1	E.E.	do 1
Bilirubin		0	poE	0
Hemoglobin	H	3	poE	1
Levkociti	H	1	poE	3
Nitriti		0	poE	1
U-Sediment				
Levkociti		5-10		do 5
Eritrociti		4-10		do 3
Granulirani cilindri		1-2		

Vrednotenje izvida: zvišane vrednosti krvnega sladkorja, prisotnost sladkorja v urinu (glukozurija) ter ketonov v urinu (ketonurija) kažejo na novo odkrito sladkorno bolezen s ketoacidozo. Zaradi pomanjkanja inzulina v Langerhansovih otočkih trebušne slinavke se glukoza ne absorbira pravilno v telesnih celicah, ki jo potrebujejo, in se ne shranjuje ustrezno v jetrih in mišicah. To vodi do visoke ravni glukoze v krvi, slabe sinteze beljakovin in drugih presnovnih motenj. Če se koncentracija glukoze v krvi zadržuje na visoki ravni dalj časa, bodo ledvice dosegle prag resorpcije in glukoza se bo izločala z urinom (glikozurija). To povečuje osmotski tlak urina in zavira resorpcijo vode v ledvicah, posledica pa je povečana proizvodnja urina (poliurija) in povečana izguba tekočine. Izgubljena prostornina krvi se bo osmotsko nadomestila z vodo, ki se bo odstranjevala iz celic in drugih predelov telesa, posledica pa bo dehidracija in povečana žeja (polidipsija).

D(x): Ker gre za novoodkrito sladkorno bolezen, visok krvni sladkor ter metabolno neravnovesje, je bolnica zaradi zdravljenja in dodatne diagnostike napotena na sprejem na interni oddelek bolnice.

T(b): /

E(d): Bolnici razložimo potrebo po napotitvi.

Razprava:

- Kakšno zdravljenje in kako dolgo ga bo potrebovala ta bolnica?
- Kdo in kako pogosto naj izvaja spremljanje te bolnice?
- Bi bilo ob njenih zdravstvenih težavah, ko je prišla prvič v ambulantno potrebno opraviti še kakšne dodatne preiskave?

Potek

Vodja skupine na vajah razdeli predstavljene primere bolnikov z izvidi študentom. Študenti skupaj z vodjo vaj v aktivni razpravi predelajo in razpravljajo o predstavljenih primerih.

Ocenjevanje

Študent mora:

- Razumeti pomen laboratorijske diagnostike v sklopu obravnave bolnikov.
- Poznati najpogostejše laboratorijske preiskave na primarnem nivoju zdravstvene dejavnosti.
- Osvojiti znanje, da so preiskave pri postavljanju diagnoze le pripomoček, ne pa nadomestilo za anamnezo in fizikalni pregled bolnika.

Analiza laboratorijskih izvidov bolnikov se opravi v sklopu vaj z vodjo skupine in se oceni z opravi/ ne opravi.

Obveznosti študentov

Udeleženci se zberejo v predvidenih prostorih za vaje. Študenti prinesejo s seboj evidenčne liste, pisala in papir za zapiske. Doma se na vaje pripravijo: preberejo ustrezno poglavje v navodilih za vaje in v učbeniku Kersnik J. Osnove družinske medicine: učbenik za študente medicine v 4. letniku MF UM. Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta, 2007: 135-9.

Obveznosti učiteljev

Učitelji poskrbijo, da je na razpolago ustrezno gradivo za izvedbo vaj v zadostnem številu kopij: primeri bolnikov iz prakse, pri katerih je bila diagnoza postavljena s pomočjo laboratorijskih preiskav, ki so značilne za nivo primarne zdravstvene dejavnosti.

Zaključek

Predstavljene informacije so le uvod v temo. Študent bo svoje znanje na tem področju nadgrajeval ves čas dodiplomskega študija.

Študijska literatura

1. Leurquin P, Van Casteren V, De Maeseneer J. Use of blood tests in general practice: a collaborative study in eight European countries. Eurosentinel Study Group. *Br J Gen Pract.* 1995; 45: 21-5.
2. Hickner JM, Fernald DH, Harris DM, Poon EG, Elder NC, Mold JW. Issues and initiatives in the testing process in primary care physician offices. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2005;31(2): 81-9.
3. van Wijk MA, van der Lei J, Mosseveld M, Bohnen AM, van Bommel JH. Assessment of decision support for blood test ordering in primary care. A randomized trial. *Ann Intern Med.* 2001; 134: 274-81.
4. Kert S. Odločanje zdravnikov splošne/družinske medicine za laboratorijske preiskave krvi in urina: magistrska naloga. Ljubljana: S. Kert; 2009.
5. Lundberg GD. Perseveration of laboratory test ordering: a syndrome affecting clinicians. *JAMA.* 1983; 249: 639.
6. Houben PH, Winkens RA, van der Weijden T, Vossen RC, Naus AJ, Grol RP. Reasons for ordering laboratory tests and relationship with frequency of abnormal results. *Scand J Prim Health Care.* 2010;28 (1): 18-23.
7. Luchs JS, Katz DS, Lane MJ, Mellinger BC, Lumerman JH, Stillman CA, et al. Utility of hematuria testing in patients with suspected renal colic: correlation with unenhanced helical CT results. *Urology.* 2002; 59(6): 839-42.
8. Ivetić V, Kersnik J, ur. Diagnostične preiskave za vsakdanjo uporabo. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine; 2007.
9. UpToDate. Dosegljivo na <http://www.uptodate.com>
10. Kersnik J. Osnove družinske medicine: učbenik za študente medicine v 4. letniku MF UM. Maribor: Medicinska fakulteta Univerza Maribor; 2007.

VAJE V AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE

ERIKA ZELKO, SARA ONUK IN STAŠA KOCJANČIČ

Uvod

Del pouka v četrtem letniku MF UM pri predmetu Družinska medicina I so tudi vaje v mentorskih ambulantah družinske medicine. V začetku oktobra je na spletnem portalu Medicinske fakultete dostopen seznam mentorjev, pri katerih se študentje lahko prijavijo za opravljanje vaj. Za marsikaterega študenta je to prvi stik z ambulantnim delom, vsekakor pa prvo spoznavanje področja primarnega zdravstvenega varstva. Študent naj bi v času vaj poleg dela zdravnika družinske medicine/učitelja veščin spoznal še ostale sodelavce v timu s katerimi dela zdravnik družinske medicine ter njihove zadolžitve (srednja medicinska sestra, diplomirana medicinska sestra, patronažna medicinska sestra, laboratorijski tehniki, tehnično osebje, administrativni sodelavci, klinični farmacevt ipd.).

Namen vaj je spoznavanje in predstavitev:

- Posebnosti posveta v družinski medicini v praktičnem okolju ambulante.
- Diagnostičnih postopkov ter terapevtskih možnosti, ki jih lahko izvajamo na primarnem nivoju. Poudarek je na organizaciji dela glede na časovne, ekonomske in diagnostične omejitve v ambulanti družinske medicine.

- Pomena stalnosti in dolgotrajnega terapevtskega odnosa med zdravnikom in bolnikom.
- Veščin verbalne in ne-verbalne komunikacije v ambulanti tako z bolnikom kot sodelavci zdravnika.
- Vodenja dokumentacije bolnika v papirni in elektronski obliki (zdravstveni karton, obrazci ZZZS, različna potrdila, obrazci ZPIZ).
- Načinov in možnosti aktivnega vključevanja bolnikov v načrtovanje zdravljenja
- Pojasnilne dolžnosti v ambulanti družinske medicine (diagnostični postopki, stranski učinki zdravil, posledic zavrnitve zdravljenja ...).
- Celostne oskrbe bolnika ter timskega dela v ambulanti družinske medicine.
- Predstavitev različnih delovišč zdravnika družinske medicine (urgentna služba, dom starejših občanov, zdravstveno vzgojni center, zapori, dežurna služba, dom bolnika na hišnem obisku) v kolikor to omogoča organizacija dela.

Učni cilji

Znanje

Ob zaključku vaj bo študent:

poznal posebnosti dela v ambulanti družinske medicine,
vedel kako deluje ambulanta na osnovni ravni,
seznanjen s posebnostmi posveta v družinski medicini,
seznanjen s problematiko slabo izraženih zdravstvenih težav,
seznanjen z akutnimi in novonastalimi stanji,
seznanjen s posebnostmi vodenje kroničnih bolezni,
seznanjen s preventivno dejavnostjo v družinski medicini,
seznanjen s problematiko sočasnih bolezni in stanj,
razumel pomen in vlogo aktivnega vključevanja bolnikov v načrtovanje ter izvajanje diagnostike in zdravljenja,
razumel celostni pristop k obravnavi zdravstvenih težav,
poznal pravice bolnikov.

Veščine

Ob zaključku vaj (se) bo študent:

znan vzeti usmerjeno anamnezo,
znan izvesti usmerjen klinični pregled,
izvedel sporazumevanje z bolnikom,
znan nebesedno in besedno komunicirati z bolnikom,
na ustrezen način vodil posvet z bolnikom (»dialog«, patient-centred, doctor-centred),
prepoznal in upošteval bolnikove želje, strahove in pričakovanja,
znan vživeti v bolnika,
znan vzpostaviti povezanost med zdravnikom in bolnikom,
upošteval bolnika kot bio-psiho-socialno celoto,
upošteval bolnikovo kulturno ozadje,
sposoben vključevanja bolnika v diagnostiko, zdravljenje in vodenje bolezni,
uporabljal razpoložljive vire v okviru etičnih norm,
upošteval socialne, etnične, kulturne in druge razlike bolnikov pri iskanju zdravstvene pomoči in izvajanju zdravljenja.

Stališča

Ob zaključku vaj bo študent:

razvil ustrezen odnos z bolnikom,
razvil odnos do strokovnih potreb bolnikov,
imel ustrezen odnos do sodelavcev,
razvil ustrezen odnos do etičnih vprašanj,
razvil odnos do etičnih dilem zaradi omejenih sredstev in organizacije dela v zdravstvu glede na strokovne potrebe, zahteve in pričakovanja bolnikov.

Praktična navodila za študente za delo v mentorski ambulanti družinske medicine

1. Prihod na vaje

V tajništvu Katedre si pridobi študent informacije o seznamu mentorjev in lokaciji njihovih ambulant. Svetujemo, da vsak študent nekaj dni pred pričetkom vaj dodeljenega mentorja kontaktira in se najavi. **S seboj na vaje prinese bel plašč, stetoskop, navodila za vaje, evidenčni karton, pisalo in beležko za zapiske.**

2. Izvedba vaj

Vaje se izvajajo v ambulanti družinske medicine pod vodstvom mentorja. Vaje predstavljajo demonstracijo rednega dela v ambulanti družinske medicine, prikaz in reševanje preprostih primerov

obravnav, opazovanje zdravnika in njegovih sodelavcev pri delu in izvajanje določenih veščin v dogovoru z mentorjem.

Eden od glavnih poudarkov vaj v mentorski ambulanti je učenje komunikacijskih veščin oz. vodenja posveta z bolnikom. V začetku svetujemo aktivno opazovanje mentorja med posveti, kjer bo študent spoznal osnovno strukturo in značilnosti k bolniku usmerjenega posveta. V nadaljevanju pa je zaželeno, da študent samostojno opravi čim več posvetov in preko tega spozna pomen komunikacijskih veščin v praksi.

Študent si sproti zapisuje opazovane in lastne posvete. Svetujemo tudi sprotne beleženje vprašanj in čim več razprave z mentorjem o obravnavanih primerih (v skladu z časovnimi možnostmi). Neumnih vprašanj ni, vsako vprašanje je smiselno!

Če organizacija dela dopušča, se lahko študent v dogovoru z mentorjem vključi in seznaniti tudi z drugimi delovišči zdravnika družinske medicine (urgentna služba, DSO, hišni obisk).

Vsak študent dobi zdravstveni karton bolnika, ki ga mora urediti do konca vaj po navodilih v študentskem priročniku in po predlogih mentorja v ambulanti. S tem boste pridobili znanje in veščine o zapisovanju ključnih in koristnih informacij iz posameznega posveta z bolnikom. Ob velikem številu pacientov z različnimi patologijami vam služi osnovna struktura kot pomoč in temelj za kakovostno delo.

Praktična navodila za mentorje za delo s študenti v ambulanti

Prihod na vaje

Študentom je svetovano, da nekaj dni pred pričetkom vaj dodeljenega mentorja pokličejo in se najavijo pri njem. S seboj na vaje bo študent prinesel potrebne potrebščine (bel plašč, stetoskop, navodila za vaje, evidenčni karton, pisalo in beležko za zapiske).

Izvedba vaj

Študentje delajo v mentorskih ambulantah pod mentorjevim nadzorom, ki predstavlja osnovo pouka.

Ob prihodu v ambulanto je potrebno študentu:

- predstaviti sodelavce,
- ga seznaniti s prostori in delovišči v ambulanti,
- razložiti urnik in pravila obnašanja v ambulanti,
- pridobiti podpis o varovanju podatkov,
- bolnike seznaniti s prisotnostjo študenta v ambulanti.

Vaje v ambulanti predstavljajo demonstracijo rednega dela v ambulanti družinske medicine, prikaz in reševanje preprostih primerov obravnav, opazovanje zdravnika in njegovih sodelavcev pri delu in izvajanje določenih veščin.

Mentor organizira delovni čas študentu, če organizacija dela dopušča, se lahko študent v dogovoru z mentorjem vključi in seznanj tudi z drugimi delovišči zdravnika družinske medicine (urgentna služba, DSO, hišni obisk), lahko se ga pošlje tudi drugam (v patronažno službo, k drugemu zdravniku, v laboratorij, na fizioterapijo).

Mentor je odgovoren za preverjanje kliničnega znanja in za oceno osvojenih veščin v ambulanti.

Študent naj se pri delu v ambulanti seznanj z naštetimi znanji in veščinami:

Seznam kliničnega znanja, ki je priporočen za delo v ambulanti družinske medicine:

- akutna bolečina v križu,
- akutna bolečina v prsnem košu,
- akutna bolečina v spodnjem udu,
- akutna bolečina v trebuhu,
- akutna driska,
- akutna zmedenost,
- akutni respiratorni infekt zgornjih dihal,
- akutna nezapletena okužba sečil,
- akutno povišana telesna temperatura,
- akutno vnetje srednjega ušesa,
- anksioznost,
- astma,
- atrijska fibrilacija,
- bolnik z rakom,
- bruhanje,
- CVI,
- debelost,
- depresija,
- dislipidemije,
- dispneja,
- dizurija,
- glavobol, migrena, tenzijski glavobol,
- golenja razjeda,
- kolaps, nezavest,
- kronična bolečina v križu,
- kronični kašelj, KOPB,

- kronično zaprtje,
- motnja ravnotežja,
- motnje hranjenja,
- motnje sluha,
- motnje spolnosti,
- motnje vida,
- nekatera najpogostejša nujna stanja,
- nespečnost,
- nezapletena okužba sečil pri odrasli ženski ,
- palpitanje ,
- periferni edem,
- protin,
- poškodbe kit, kosti in hrbtenice,
- poškodbe kože, vezi in mišic,
- samomorilni poskus,
- sladkorna bolezen,
- somatoformne motnje, kronična utrujenost,
- tope poškodbe trebuha,
- tvegano in škodljivo pitje alkohola,
- umirajoči bolnik,
- zastrupitve s hrano,
- zgaga, gastroezofagealna refluksna bolezen,
- zloraba prepovedanih drog,
- zvišan krvni tlak.

Seznam veščin, ki je priporočen za delo v ambulanti družinske medicine:

- aplikacija injekcije (s.c., i.m., i.v.),
- cepljenje proti tetanusu,
- demonstracija aplikacije zdravila s pršilnikom,
- diagnostična odločitev pri najpogostejših akutnih boleznih (ocenjujemo splošni pristop k reševanju problemov),
- diagnostična odločitev pri najpogostejših kroničnih boleznih (ocenjujemo splošni pristop k reševanju problemov),
- diagnostični postopek pri najpogostejših nujnih stanjih,
- hišni obisk,
- interpretacija laboratorijskih izvidov,
- izpiranje sluhovoda,
- izpolnjevanje e-napotnice pri odločitvi za prvo napotitev,
- izpolnjevanje napotnice pri odločitvi za nujno napotitev

- izpolnjevanje delovnega naloga za patronažno medicinsko sestro,
- izpolnjevanje delovnega naloga za fizioterapijo,
- izpolnjevanje naloga za reševalni prevoz,
- kateterizacija mehurja pri moškem,
- kateterizacija mehurja pri ženski,
- meritev in odčitavanje PEF-a,
- merjenje krvnega tlaka,
- načrt analgetičnega zdravljenja umirajočega bolnika z rakavo bolečino,
- naročanje bolnika na specialistične preglede, e -naročanje,
- ocena srčno-žilne ogroženosti,
- ocena delovanja družine,
- ocena pitja alkohola,
- odprto čakanje,
- odsvetovanje kajenja,
- pisanje e-recepta,
- posvet z bolnikom,
- posvet z duševno bolnim,
- poročanje o bolniku,
- posnetek in osnovna interpretacija EKG-ja,
- predstavitev primera (case-report),
- predpisovanje tehničnih pripomočkov,
- preventivni pregled za srčno-žilne bolezni ,
- priprava injekcijske brizge,
- priprava predloga za IZ,
- priprava predloga za IK (delazmožnost, DPP, TO),
- sodelovanje z ambulantno medicinsko sestro in drugimi člani tima,
- sodelovanje z lokalnimi društvi in organizacijami za pomoč bolnikom,
- svetovanje spremembe nezdravega sloga življenja,
- svetovanje zdravega življenjskega sloga,
- telesni pregled odraslega (usmerjen glede na predstavljeno težavo),
- telesni pregled otroka (usmerjen glede na predstavljeno težavo),
- telesni pregled starostnika (usmerjen glede na predstavljeno težavo),
- terapevtska odločitev,
- vodenje bolnika po odpustu iz bolnišnice ,
- vodenje bolnika s kronično boleznijo,
- vodenje bolniškega dopusta,
- vodenje telefonskega pogovora (bolnik, svojci),
- vodenje zbirnika (problemska lista in list stalnega zdravljenja),
- zapisovanje v zdravstveni karton,
- vpisovanje v e-karton

- zdravilni poskus,
- napotitev bolnika k kliničnemu farmacevtu in interpretacija njegovega izvida.

Naloge

Mentor dodeli študentu 1 zdravstveni karton bolnika, ki ga mora urediti do konca vaj po navodilih v priročniku in mentorjevih predlogih.

Študent mora po opravljenih vajah pripraviti:

- en vzorni primer zdravstvenega kartona bolnika,
- prikaz in razlaga dveh primerov iz prakse,
- analizo dveh didaktičnih primerov,
- 10 zapisov o posvetih bolnikov z akutnimi stanji in 10 zapisov o posvetih bolnikov s kroničnimi stanji (zapisi so lahko narejeni na podlagi lastnih razgovorov ali ob opazovanju mentorja v ambulanti).

Ocenjevanje

Vsakega študenta ocenimo. Ocena je v obliki opravi/ni opravi. Ocena se postavi na podlagi seznama osvojenih znanj in veščin in vključuje

- ustrezno zbiranje in zapisovanje podatkov o bolniku,
- ustrezno postavljanje diferencialne diagnoze in odločanje o diagnostiki,
- ustrezno načrtovanje zdravljenja in spremljanje bolezni,
- ustrezno izbiranje in uporabljanje kliničnih veščin,
- ustrezno vključevanje bolnika v odločanje.

OCENJEVANJE

NATAŠA MAGUŠA LORBER IN ZALIKA KLEMENC-KETIŠ

Uvod

Ocenjevanje je del procesa poučevanja in učenja. Potekalo bo sproti med izvajanjem in po zaključnem izvajanju predmeta Družinska medicina I, ki bo od študentov in študentk zahteval sprotno delo. Nameni ocenjevanja znanja so: oceniti znanje in veščine študenta in študentke, oceniti izdelek, ki je nastal v okviru študijskega dela, s ponujanjem kakovostnih povratnih informacij o napredku in doseženih rezultatih motivirati študente in študentke k pridobivanju dodatnega znanja in veščin, omogočiti vključitev v nadaljevanje izobraževanja in pridobivati podatke za evalvacijo opravljenega pedagoškega dela.

Cilji

Na temelju ocenjevanja znanja bodo visokošolski učitelji in učiteljice, študentje in študentke prišli do rednih, sprotnih in kakovostnih informacij o tem, kako študenti dosegajo načrtane splošne in predmetnospecifične kompetence in o doseganju zastavljenih ciljev študijskega programa.

Vsebina in potek ocenjevanja

Končna ocena iz predmeta Družinska medicina I je sestavljena iz dveh ocen, tj. iz pisnega izpita (MCQ), ki zajema 80 % končne ocene in iz ocene kolokvija iz veščin (OSKI), ki zajema 20 % končne ocene. Končna ocena se izračuna po formuli: $0,8 \times \text{ocena pisnega izpita} + 0,2 \times \text{ocena OSKI}$ postaj. V primeru, da ima končni rezultat decimalno končnico 0,5, se ocena zaokroži navzgor. Sicer se do 0,5 zaokroži navzdol, nad 0,5 pa navzgor.

Pisni izpit je sestavljen iz 50 MCQ vprašanj v računalniški obliki, za katere je na razpolago 45 minut. Ocena iz pisnega izpita se določi po naslednjem kriteriju:

47-50 točk: ocena 10;

43-46 točk: ocena 9;

38-42 točk: ocena 8;

34-37 točk: ocena 7;

30-33 točk: ocena 6;

< 30 točk: pisni izpit ni opravljen.

V primeru, da študent na pisnem izpitu doseže manj kot 30 točk, izpita iz predmeta Družinska medicina I ni opravil. Študenti, ki želijo izpitno oceno popravljati, se morajo pisnega izpita ponovno udeležiti. V tem primeru se jim upošteva boljša ocena.

Kolokvij iz modificiranih OSKI postaj se opravlja ob koncu izvajanja pouka. Na voljo sta dva termina, vendar drugi termin ni namenjen popravljanju ocene s prvega. Poteka tako, da morajo študenti rešiti praktične naloge desetih veščin, ki so predvajane na powerpoint prezentaciji, tako da imajo za vsako veščino na voljo 5 minut. Hkrati dobijo tudi liste z nalogami, kamor primere rešujejo in jih kasneje oddajo učitelju. Za vsako opravljeno nalogo dobijo 1 točko. Kolokvij se ocenjuje po naslednjem kriteriju:

10 točk: ocena 10;

9 točk: ocena 9;

8 točk: ocena 8;

7 točk: ocena 7;

6 točk: ocena 6;

< 6 točk: kolokvij ni opravljen.

Ocenjevanje vključuje tudi tekom študijskega leta opravljene naloge in projekte, ki so pogoj za pristop k pisnemu delu izpita. Vaje iz sporazumevanja, poročilo o družini, vaje v ambulanti družinske medicine, predstavitev kliničnega primera (virtualni bolnik), vaje iz veščin (izpolnjevanje napotnice, recepta, delovnega naloga za patronažno službo in za fizioterapijo, izpolnjevanje naročilnice za medicinsko-tehnični pripomoček, demonstracija pršilnika in inhalerja, uporaba PEF merilca z interpretacijo izvida, merjenje krvnega tlaka in določitev pivskega, kadilskega statusa ter srčno-žilne ogroženosti) ter reševanje treh kliničnih primerov (MEQ) se ocenijo kot opravljen/ni opravljen.

Obveznosti študentov

Študijske obveznosti študentov so naslednje:

- 80 % prisotnost na vseh vajah (tj. 48 ur);
- 80 % prisotnost na seminarjih (tj. 24 ur);
- 50 % prisotnost na predavanjih (tj. 12 ur);
- Izdelava in/ali oddaja naslednjih izdelkov:
- oddaja poročila o družini;
- oddaja posnetka sporazumevanja;
- izdelava 20 zapisov posvetov v ambulanti;
- ustno reševanje treh kliničnih primerov (MEQ);
- predstavitev enega kliničnega primera (virtualni bolnik);

Pogoj za pristop k pisnemu izpitu so opravljene vse obveznosti in pozitivne ocene iz:

1. vaj iz sporazumevanja;
2. poročila o družini;
3. vaj v ambulanti družinske medicine;
4. predstavitve enega kliničnega primera (virtualni bolnik);
5. naslednjih vaj veččin: izpolnjevanje napatnice, recepta, delovnega naloga za patronažno službo in za fizioterapijo, izpolnjevanje naročilnice za medicinsko-tehnični pripomoček, demonstracija pršilnika in inhalerja, uporaba PEF merilca z interpretacijo izvida, merjenje krvnega tlaka in določitev pivskega, kadilskega statusa ter srčno-žilne ogroženosti;
6. ustnega reševanje treh kliničnih primerov (MEQ);
7. kolokvija iz modificiranih OSKI postaj;

Zaključek

Vrednotenje in ocenjevanje dosežkov ima tri temeljne naloge, in sicer rezultati preverjanja in dosežena ocena naj bi izkazovali količino in kakovost študentovih znanj, rezultati bi naj bili povratna informacija študentu in učitelju ter zapis zaključne ocene v poročilih o opravljenih obveznostih in v prilogi k diplomu. Ocena, ki jo pridobi študent, mora izkazovati veljavnost, objektivnost, občutljivost, natančnost ter zanesljivost.

Študijska literatura

1. Heyrman, J. ed., EURACT, Educational agenda, European Academy of Teachers in General Practice EURACT, Leuven. 2005.

PRILOGE

OBRAZEC PRIVOLITVE ZA OHRANITEV VIDEOPOSNETKA V UČNE IN/ALI ZNANSTVENO-RAZISKOVALNE NAMENE

**UNIVERZA V MARIBORU, MEDICINSKA FAKULTETA
KATEDRA ZA DRUŽINSKO MEDICINO**

PRIVOLITEV ZA UPORABO VIDEOPOSNETKA V UČNE IN ZNANSTVENO- RAZISKOVALNE NAMENE

V okviru študija predmeta Družinska medicina na Medicinski fakulteti v Mariboru se v sklopu vaj Sporazumevanje 1 izvaja tudi videosnemanje pogovora študenta s standardiziranim bolnikom z namenom učenja komunikacije med zdravnikom in bolnikom.

Vaš posvet z igralcem-bolnikom, posnet z videokamero, lahko služi ne le kot končni izdelek za oceno, ki jo morate pridobiti v sklopu teh vaj, marveč tudi za učne namene v smislu poučevanja sporazumevanja sedanje in bodočih generacij študentov v okviru dodiplomskega študija družinske medicine na Medicinski fakulteti v Mariboru, ter morebitne znanstveno-raziskovalne namene. Pred kamero se bo odvijal le pogovor, saj se intimni pregledi ne bodo snemali. Videoposnetek se brez Vašega dovoljenja ne bo kazal nikomur in bo po ocenitvi takoj uničen, razen, če boste privolili, da ga v učne in raziskovalne namene ohranimo dlje časa.

Z Vašo privolitvijo bi želeli posnetek shraniti in Vas zato prosimo za soglasje.

Predstojnica Katedre za družinsko medicino
Izr. prof. dr. Zalika Klemenc-Ketiš, dr. med.

SOGLASJE

Strinjam se, da se videoposnetek mojega pogovora s standardiziranim bolnikom, ki je bil posnet dne..... na Katedri za družinsko medicino v okviru vaj Sporazumevanje 1 in pouka predmeta Družinska medicina, uporablja za **učne in/ali znanstveno-raziskovalne** namene (ustrezno prosimo obkrožite).

Ime in priimek študenta:

Podpis študenta:

OBVESTILO BOLNIKOM

UNIVERZA V MARIBORU
MEDICINSKA FAKULTETA
Katedra za družinsko medicino

Predstojnica: Izr. prof. dr. Zalika Klemenc-Ketiš, dr. med.

S P O Š T O V A N I !

OD _____ JE PRI NAS (PRI VAŠEM ZDRAVNIKU) NA
PRAKSI **ŠTUDENT(KA)** Medicinske fakultete Univerze v Mariboru

_____.

VEŽEJO GA(JO) ENAKE ETIČNE DOLŽNOSTI KOT
ZDRAVNIKA IN OSTALE ZAPOSLENE.
ČE NE ŽELITE, DA BI BIL(A) PRISOTEN(A) PRI VAŠEM
POSVETU Z ZDRAVNIKOM, TO POVEJTE SESTRI ALI
ZDRAVNIKU, DA BOSTA TO UREDILA. NEKATERE MED VAMI
BOM PROSIL(A), DA SE BOSTE SAMI POGOVORILI S
ŠTUDENTOM(KO), KAR PRAV TAKO TUDI LAHKO
ODKLONITE.

ZAHVALJUJEMO SE VAM ZA RAZUMEVANJE!

DATUM: _____ MENTOR: _____

M.P.

SPORAZUMEVANJE – SAMOPOMOČ ZA ŠTUDENTA II

Uvod	0	1	2	n/ a
1. Ustrezno pozdravi bolnika.				
2. Ugotovi vzroke za obisk.				
3. Sestavi seznam problemov, potrebnih obravnave (tj. »Še kaj drugega?«, zdravstvene težave, zaporedje težav).				
4. Med posvetom vzpostavi osebno povezanost (tj. poleg aktualnih zdravstvenih težav).				
5. Poskrbi za bolnikovo zasebnost (npr. zapre vrata ordinacije).				
Zbiranje informacij				
6. Pozanima se za bolnikove poglede na zdravstvene težave in/ali razvoj letih.				
7. Razišče telesne in duševne dejavnike.				
8. Razišče psihosocialne/čustvene dejavnike (tj. bivalne pogoje, družinske odnose, stresne dejavnike).				
9. Pogovori se o predhodnem zdravljenju (tj. samozdravljenje, o prejšnjem obisku, druge oblike zdravljenja).				
10. Pogovori se o vplivu zdravstvenih težav na bolnikovo življenje (tj. o kakovosti življenja).				
11. Pogovori se o življenjskem slogu, preventivnih ukrepih (tj. dejavniki tveganja, tvegano vedenje).				
12. Izogiba se »direktivnih« – usmerjevalnih – zavajajočih (zaprtih) vprašanj.				
13. Bolniku da možnost/čas, da razloži svoje zdravstvene težave.				
14. Posluša. Posveti vso pozornost bolniku (tj. gleda bolnika, besedno pritrjevanje, nebesedno spodbujanje).				
15. Preveri/razjasni bolnikove navedbe (tj. povzame, vpraša »Kako zelo?«).				
Posredovanje in podajanje informacij.				
16. Pojasni razloge za diagnostične postopke (tj. teste, preiskave, preglede).				
17. Bolnika pouči o njegovih/njenih izvidih (tj. pojasni izvide testov, preiskav in pregledov).				
18. Bolnika spodbuja, da vpraša, česar ne razume/preveri bolnikovo razumevanje informacij.				
19. Prilagodi se bolnikovi ravni sposobnosti razumevanja (tj. izogiba se medicinski latovščini, strokovnim medicinskim izrazom in pojasni neznane izraze).				
Razumevanje bolnikovih pogledov				
20. Pohvali bolnikove dosežke, napredek, izzive.				
21. Zaveda se, da je moral bolnik čakati.				
22. Izraža skrbnost, zanimanje in se vživi v bolnika.				
23. Vzdržuje spoštljiv odnos.				
Zaključek posveta				

24. Vpraša, če je še kaj drugega, o čemer bi se bolnik rad pogovoril.				
25. Z bolnikom pregleda naslednje korake.				
Če je predlagal nov ali spremenjen načrt zdravljenja/preventive				
26. Razpravlja o bolnikovih pričakovanjih/ciljih glede zdravljenja/preventive.				
27. Z bolnikom doseže soglasje o načrtovanih postopkih (tj. možnostih, razlogih).				
28. Razloži pričakovane koristi možnosti, o katerih sta se pogovarjala.				
29. Razloži možne stranske učinke možnosti, o katerih sta se pogovarjala.				
30. Da podrobna navodila glede načrta.				
31. Razpravlja o bolnikovih zmožnostih izpolniti načrtovano.				
32. Razpravlja o pomenu bolnikove vloge pri zdravljenju/preventivi.				

Pripombe:

