



Zapisnik na 41. seje Razširjenega strokovnega kolegija za družinsko medicino

Prisotni: prof. dr. Davorina Petek, dr. med., prof. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med., prof. dr. Zalika Klemenc Ketiš, dr. med., asist. Dean Klančič, dr. med. prof. dr. Antonija Poplas Susič, dr. med., asist. dr. Aleksander Stepanović, dr. med., Mihael Demšar, dr. med (vabljeni k točkam devnega reda: Tatjana Cvetko, dr. med., Barbara Grm, dr. med., asist. Mateja Kokalj Kokot, dr. med.)

Datum: 10.5. 2021

Trajanje: od 20.00 do 21.30

1. Dopis državnega sekretarja dr. Vindišarja o strategiji RSK-jev (vlagatelj dr. Vindišar)

RSK za družinsko medicino uvodoma ugotavlja, da je vrh stroke družinske medicine oblikoval že vrsto predlogov in strategij za področje družinske medicine, politika pa žal ni sprejela deklarativnega dokumenta, ki bi predstavljal strategijo razvoja osnovne zdravstvene dejavnosti (OZD). OZD na Ministrstvu za zdravje (MZ) nima reprezentativnega predstavnika. MZ je sicer imelo ob uvedbi projekta referenčnih ambulant posebnega svetovalca za primarno zdravstveno varstvo, kar pa je bistveno premalo. MZ za reševanje strokovnih dilem za področje OZD nima institucije, ki bi ministrstvu lahko pomagala s predlogi strokovnih rešitev.

Problematičen je tudi sistem odločanja o izvajanju zdravstvene dejavnosti, ki je zasnovan na sklepanju splošnega dogovora - ta se odvija vsako leto med deležniki v zdravstvu. O spremembah se dogovarjajo izvajalci, ki jih predstavljajo njihove organizacije, zdravniška zbornica, ministrstvo in plačnik. Tak način dogovarjanja onemogoča kakršno koli pomembno uvajanje sprememb ter novosti zato, ker vnaprej (oziroma za nazaj) načrtuje obseg letnih storitev, kar onemogoča strokovni razvoj OZD in prilagodljivost posameznih izvajalcev, predvsem pa onemogoča odzivanje na aktualno nastale zdravstvene potrebe. Gre za sistem, ki deluje kot indeksacija prejšnjih let z minimalnimi spremembami.

Prav tako mora družinski zdravnik še vedno upoštevati veliko administrativnih navodil, ki mu grenijo vsakdanje delo, posebej, če je njihova uporabna vrednost majhna. Ena od njih je zahteva ZZZS, da plačnik ob obisku pacienta plača storitev le za eno zdravstveno težavo, ne glede na to, da pacienti pogosto potrebujejo obravnavo zaradi več zdravstvenih težav hkrati. Pogostost več sočasnih bolezni je v zadnjih desetletjih s staranjem prebivalstva nekaj običajnega. Boljše rešitve, ki bi olajšale delo družinskih zdravnikov, bi se lahko našle tudi v sistemu napotitev ter v sistemu izdajanja bolniških listov in doslednosti meril za nadzor obeh. Družinska medicina je tudi edina klinična stroka, ki nima priznane in financirane terciarne dejavnosti, kar zavira odločitve tistih mladih zdravnikov za delo v OZD, ki načrtujejo tudi akademski razvoj.

Informacijski sistem v Sloveniji sicer obstaja, vendar je izrazito neusklajen, oziroma sledi potrebam plačnika in ne upošteva potreb izvajalcev. Digitalizacija slovenskega zdravstva sledi potrebam administracije, ne pa potrebam stroke. Zato izvajalci tega sistema ne doživljajo kot



RAZŠIRJENI STROKOVNI KOLEGIJ ZA DRUŽINSKO MEDICINO

Štefanova 5, 1000 LJUBLJANA

pomočnika pri svojem delu, ampak kot še eno oviro. Pri uvajanju teh sprememb se je mnenje medicinske stroke vedno spregledalo ali pa je predstavljalo samo okrasek, ki naj bi zadostil formalnim zahtevam za izvedbo projekta. Prava elektronska zdravstvena kartoteka še vedno ni zaživela. V OZD zdravniki družinske medicine ob elektronski kartoteki še vedno vodijo tudi papirnato.

RSK za družinsko medicino na podlagi navedenih izhodišč ter poziva državnega sekretarja dr. Vindišarja predlaga naslednje strateške usmeritve delovanja strokovnega kolegija za družinsko medicino:

- krepitev javnega zdravstva
- enovita informacijska podpora s polnim dostopanjem do kliničnih izvidov on-line
- administrativna razbremenitev
- omogočanje, da se tudi v družinski medicini izvaja telekomunikacijski napredek in razvoj
- ciljni glavarinski standard 1500 glavarinskih količnikov na zdravnika.
- razširitev tima družinske medicine na celo diplomirano medicinsko sestro za obravnavo kroničnih bolnikov
- krepitev timskega dela-prenos ustreznih kompetenc na drug zdravstveni kader
- krepitev samooskrbe opolnomočenega pacienta, ki zna sam ukrepati
- kontrolo kroničnih bolnikov, ki so urejeni oz stabilni in se redno vodijo pri specialistih na sekundarno/terciarnem nivoju, prevzame v vodenje tim zdravnika DM. S tem se zmanjša število napotitev in obravnav za redne naročene preglede pri specialistih kliničnih strok, ki so večinoma datirani v čas, ko so bolniki stabilni. Tako se omogoči hitra obravnava bolnikov takrat, ko so v fazi poslabšanja zdravstvenega stanja
- predpisovanje medicinsko tehničnih pripomočkov (MTP) izvede prvič zdravnik, vse ponovne izdaje pa do spremembe teže obolenja/stanja podaljšuje administrativni kader na ZZZS
- vodenje dolgotrajnih bolniških staležev (nad 30 dni) prevzame medicina dela, prometa in športa

Člani RSK-ja upamo, da se z usodo tega dokumenta ne bo dogajalo podobno kot s številnimi drugimi (na primer strategija iz leta 2007), ki so obtičali v predalih Ministrstva za zdravje.

2. Seznam kroničnih bolezni (vlagateljica ZZZS – ga Vodičar)

RSK za družinsko medicino k prejetim seznamom diagnoz in stanj ter trajnih napotnic dodaja: za področje psihiatrije huda depresija, za področje nefrologije kronična ledvična odpoved od 3. stopnje dalje. Z ostalimi predlaganimi diagnozami in stanje se RSK strinja, saj je zagotovljeno, da se bo seznam v prihodnje dopolnjeval.

3. Načrt izvajanja paliative na domu ter dnevnika paliative (vlagateljica dr. Grm)

RSK za družinsko medicino uvodoma k tej točki podaja ugotovitev, da se je v družinski medicini do sedaj najbolj angažirala doc. dr. Erika Zelko, dr. med., ki jo je za področje



RAZŠIRJENI STROKOVNI KOLEGIJ ZA DRUŽINSKO MEDICINO

Štefanova 5, 1000 LJUBLJANA

paliative imenovalo tudi Združenje zdravnikov družinske medicine pri SZD. Imenovana je izvedla že več projektov, ki so jih v praksi že preverjali. RSK predlaga, da se vlagateljica Barbara Grm, dr. med. ter doc. dr. Erika Zelko, dr. med. povežeta in oblikujeta skupni pilotni projekt. RSK bo mnenje in pripombe o načrtu izvajanja paliative na domu podal po prejemu rezultatov pilotnega projekta. Do tedaj predloženega načrta ter dnevnika paliative ni možno generalizirati na osnovno zdravstvo.

4. Nastanitvene zmogljivosti za potrebe izvajanja ukrepa osamitve (izolacije) ali karantene

RSK za družinsko medicino je obravnaval dopis Ministrstva za zdravje, številka 181-135/2020/219, datum 12. 4. 2021. Ta se nanaša na nastanitvene zmogljivosti za potrebe izvajanja ukrepa osamitve (izolacije) ali karantene. Ugotavljamo, da žal nihče pred tem ni povprašal stroke ter da je nesprejemljivo odrejanje določenih postopkov, ki se naj izvajajo v osnovnem zdravstvenem varstvu, brez vnaprejšnje poizvedbe o mnenju vrha stroke družinske medicine.

5. DPOR 2022-2026 (vlagatelja prof. Branko Zakotnik, dr. Sonja Tomšič)

RSK za družinsko medicino je s strani prof. Branka Zakotnika in dr. Sonje Tomšič prejel predloge ciljev in ukrepov DPOR 2022-2026 za področje primarnega zdravstvenega varstva – družinske medicine. RSK naprošata za dopolnitve in pripombe na predloge ciljev in ukrepov in če je potrebno, potrditev s strani RSK. RSK se strinja s potrebo po izdelavi protokolov odkrivanja in obravnave petih najpogostejših rakov. RSK ugotavlja, da implementacija protokolov ne bo mogoča brez dodatnega kadra, zato naj predlagatelji podprejo, da je v vsakem timu osnovnega zdravstvenega varstva zagotovljena diplomirana medicinska sestra. Tudi predstavniki WHOja so ob zadnjem obisku poudarili, da sta zgodnje odkrivanje raka ter paliativa v osnovnem zdravstvu mogoča le, če je timu zagotovljeno delovanje na podlagi 1500 glavarinskih količnikov na tim. DPOR 2022-2026 naj izpostavi ustrezno kadrovsko strukturo timov družinske medicine.

6. Mnenje glede delovanja za obvladovanje demence, dopis Ministrstva za zdravje, številka 024-25/2019/13

RSK za družinsko medicino je k tej točki uvodoma poudaril, da družinsko medicino na tem področju predstavlja asist. dr. Tatjana Cvetko, dr. med. Ugotavlja, da ni na voljo pravih epidemioloških podatkov o demenci. Zato ni možno oceniti, kakšno breme predstavlja demenca v družinski medicini. Protokoli za delo v osnovnem zdravstvu so sicer razviti. Za okrepljeno delovanje v smislu zgodnje obravnave dejavnikov tveganja za razvoj demence bi bila nujna širitev tima družinske medicine na celo diplomirano medicinsko sestro. Demenca je časovno in vsebinsko zahtevno področje, zato dodajanje procesov in storitev brez širitve tima, v že tako kadrovsko osiromašeni družinski medicini, ni možna.

7. Predlog kratkoročnih ukrepov za razbremenitev in okrepitev osnovne zdravstvene dejavnosti, Ministrstvo za zdravje, številka 024-8/2021/3

RSK za družinsko medicino je obravnaval Predlog kratkoročnih ukrepov za razbremenitev in



RAZŠIRJENI STROKOVNI KOLEGIJ ZA DRUŽINSKO MEDICINO

Štefanova 5, 1000 LJUBLJANA

okrepitev osnovne zdravstvene dejavnosti. Na tej seji prisotni člani RSK-ja soglasno nasprotujejo prilagoditvi predpisov, ki bi omogočili začasno registracijo bolnikov na zdravstveni zavod in ne zgolj na posameznega zdravnika. Pomislek je, kaj prinaša opredelitev na zavod. Kdo bo te bolnike pregledoval? Opredeljevanje na zdravstveni zavod bo povzročila dodatno opredeljevanje bolnikov in pritisk na vodstvo, da najde zdravnike, ki jih ni. Gre za neko stransko pot, da se obide standarde in normative. Verjamemo, da neopredeljeni bolniki pritiskajo na plačnika, vendar se z deklarativnim dopisom zadeva ne rešuje, temveč je potrebno z ustreznimi spodbudami v družinsko medicino privabiti več mladih zdravnikov. V preteklosti smo že predlagali učne ambulante. 27 učnih ambulant je bilo realiziranih, model je narejen, a se je ustavil. Sprejeti opredeljevanje na zavod je potop temeljnih načel družinske medicine. Opredelitev na zavod pomeni izgubo kontinuitete, celostne obravnave, partnerstva pacient-zdravnik. Nakazuje se trend svobodnih zdravnikov. Kot RSK ne moremo pristati na rešitev, ki izpodkopava temelje družinske medicine. Obravnava pacientov bi postala pri opredelitvah na zavod triažnega značaja, za reševanje sprotih težav bi skrbeli različni zdravniki, stalnega zdravnika, ki bi skrbel za vse kronične težave in bolezni bolnika, pa pacient še vedno ne bi imel. Sistem je treba dolgoročno organizirati na način, da pridobimo, privabimo in obdržimo zdravnike. Dneve - prebite na klinikah – je treba pri specializantih zmanjšati. Ne gre samo za opredeljevanje, definirana mora biti tudi učinkovitost in koncept dela mladega zdravnika družinske medicine.

RSK za družinsko medicino je sprejel tudi dopolnitev k fleksibilnosti delovnega časa, obvezno popoldansko delo ne več kot enkrat na teden. Glede na feminizacijo poklica, je to primerno, 10% ordinacijskega časa po 16. uri je maksimalna zahteva.

Z lepimi pozdravi.

Izr. prof. prim. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.