

WONCA EVROPE

Evropska definicija opšte prakse/ porodične medicine

Banja Luka, 2023.



| EVROPSKE DEFINICIJE

**ključnih karakteristika opšte prakse , uloge doktora opšte prakse i opis temeljnih kompetencija doktora opšte prakse/porodične medicine
Pripremljeno za WONCA EVROPE (Evropsko udruženje opšte prakse/porodične medicine)**

Dr. Justin Allen

Direktor postdiplomske edukacije iz opšte medicine
Centar za postdiplomsku medicinsku edukaciju,
Univerzitet u Leicesteru, Ujedinjeno Kraljevstvo
Predsjednik EURACT-a

Profesor Bernard Gay

Predsjednik CNGE, Pariz, Francuska, Univerzitet u Bordeauxu, Francuska

Profesor Harry Crebolder

Univerzitet u Maastrichtu, Holandija

Profesor Jan Heyrman

Katolički univerzitet u Leuvenu, Belgija

Profesor Igor Svab

Univerzitet u Ljubljani, Slovenija

Dr. Paul Ram

Univerzitet u Maastrichtu, Holandija

Uredio:

Dr. Philip Evans

Predsjednik WONCA Evrope

Ova izjava objavljena je uz podršku i saradnju SZO – Evropska kancelarija, Barselona, Španija.

2005. godine reviziju je izvršila radna grupa Savjeta EURACT-a na čelu sa dr. Justinom Allenom, u ime Evropskog savjeta WONCA-e.

2011. godine reviziju je izvršila Komisija Evropskog savjeta WONCA-e na čelu sa dr. Ernestom Molaom i dr. Tinom Eriksson.

| Evropska definicija opšte prakse/porodične medicine

Naziv originala

The European Definition of General Practice / Family Medicine

Izdavač

Udruženje doktora porodične medicine Republike Srpske, Ulica Meše Selimovića br 2,
78 000 Banja Luka

Priredio

Prim dr sci Draško Kuprešak

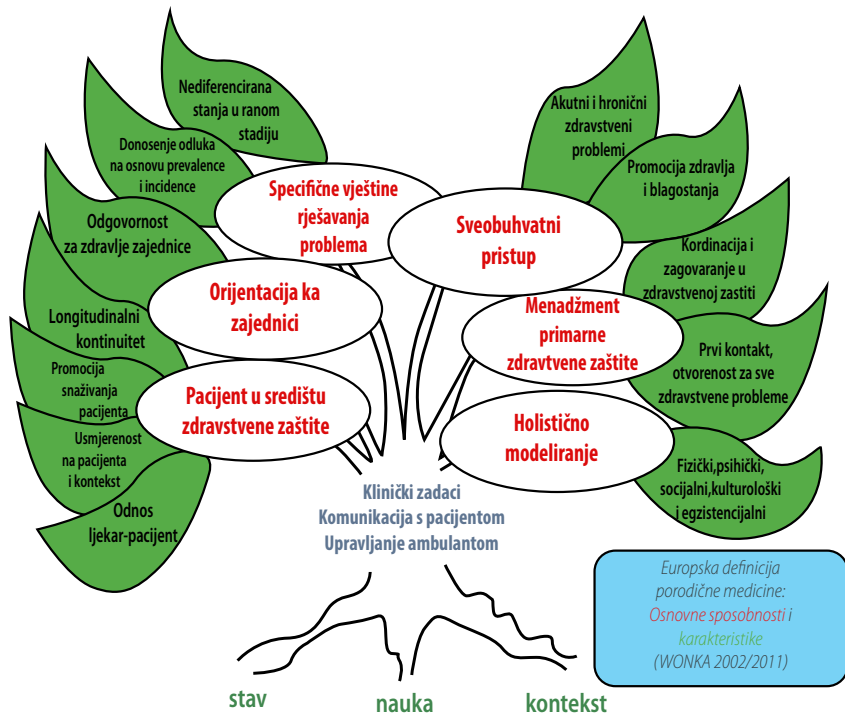
Tehnička priprema

Mladen Dodik, Vladimir Blagojević

Izdanje I, godina 2023.

Izdanje originala

WONCA Evrope, 2011.



WONCA STABLO - kako je izrađeno od Švajcarske organizacije primarne zdravstvene zaštite (Revidirano 2011. godine)

SADRŽAJ

1. Uvod	11
2. Nove definicije i izjave o kompetencijama	15
3. Objašnjenja, obrazloženje i akademski pregled – nove definicije	18
4. Objašnjenje, obrazloženje i akademski pregled - temeljne kompetencije	36
Prilozi	45
Prilog 1. – Leeuwenhorst, WONCA i Olesen definicije	
Prilog 2. – Priznanja	
Prilog 3. – Definicije na engleskom jeziku	

| Predgovor prevodu Evropske definicije porodične medicine

Strateškim planom za reformu i rekonstrukciju od 1997. do 2000. godine, koji je usvojila Narodna skupština Republike Srpske, definisani su pravci promjena u zdravstvenom sistemu. Težište promjena je stavljeno na primarnu zdravstvenu zaštitu i uvođenje modela porodične medicine.

Zbog toga je kreiran program specijalizacije porodične medicine 1999 godine, a u novembru te iste godine po novom programu započelo je svoju edukaciju 24 polaznika.

Takođe, resorno Ministarstvo zdravlja je usvojilo pravilnik o dodatnoj edukaciji iz porodične medicine, čime je data mogućnost da se jedan određeni broj doktora edukuje po standardizovanom programu i da dobije status doktora porodične medicine, čime se dao novi stimulans u implementiranju promjena u zdravstvenom sistemu.

Tokom maja 2000. godine formirana je asocijacija specijalista i specijalizanata porodične medicine. Ona je imala za cilj da koordinira profesionalne potrebe i interese doktora porodične medicine u RS.

S obzirom na činjenicu da je utemeljena nova specijalizacija porodične medicine, da je ugašena specijalizacija opšte medicine i da je većina specijalista opšte medicine završila dodatnu edukaciju, rukovodstva udruženja opšte medicine i asocijacije specijalista i specijalizanata porodične medicine su pokrenula inicijativu za formiranje zajedničkog udruženja doktora porodične medicine RS.

Kao rezultat dogovora osnovano je novo zajedničko udruženje, udruženje doktora porodične medicine RS, a 13.05.2006 održana je konstitutivna skupština. Usvojeni su svi relevantni dokumenti i izabrani organi koji će predstavljati i zastupati udruženje.

Udruženje je registrovano u Osnovnom Sudu u Banja Luci F-1-127/06 dana 21.06.2006. god. Jedan od naših najvažnijih ciljeva je obnova i sticanje novih znanja i vještina u raznim oblicima kontinuirane medicinske edukacije i trajnog stručnog usavršavanja.

Ciljevi Udruženja su:

- zastupanje profesionalnih interesa svih doktora porodične medicine;
- unaređenje i razvoj primarne zdravstvene zaštite;
- podsticanje naučno-istraživačkog rada;
- omogućavanje pristupa doktorima porodične medicine, kao i ostalim članovima Udruženja, na međunarodnim kongresima porodične medicine;
- uspostavljanje veza sa sličnim udruženjima doktora porodične medicine koje postoje u našoj zemlji ili van nje.

Djelatnost Udruženja su:

- da učestvuju u razmatranju cjelokupne zdravstvene djelatnosti, a naročito u izradi prijedloga za razvijanje mreže i kapaciteta zdravstvenih organizacija, u planiranju i programiranju rada zdravstvene zaštite, kao i u izradi normativa opterećenja zdravstvenih radnika i
- standarda stručnog rada ljekara porodične medicine;
- da neprekidno radi na stručnom usavršavanju ljekara i na blagovremenoj primjeni savremenih dostignuća u svakodnevnoj medicinskoj praksi u porodičnoj medicini; da podstiče rad i uspostavlja saradnju svih organizacionih ogranaka.
- da saraduje sa medicinskim i drugim odgovarajućim medicinskim naučnim ustanovama i institucijama, društvima i udruženjima u zemlji i inostranstvu;
- da razvija i usmjerava međunarodnu saradnju doktora RS sa ljekarima drugih zemalja, evropskim udruženjima doktora porodične medicine i sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom, saglasno utvrđenim principima međunarodne politike;
- da u cilju stručnog usavršavanja svojih članova, razvoja medicinske nauke i njene praktične primjene razvija dijagnostičko terapijske vodiče, smjernice dobre prakse, protokole za liječenje, integrirane kliničke puteve za primarni nivo zdravstvene zaštite kao i da izdaje stručne, naučne i druge publikacije;
- da radi na podizanju zdravstvene kulture stanovništva, organizovanju predavanja, dana i nedjelja zdravlja, kao i obavještenja putem sredstava javnog informisanja.

Evropska definicija (WONCA Europe, 2011.) navodi sljedeće karakteristike porodične medicine: osoba u središtu zdravstvene zaštite, mjesto prvog medicinskog kontakta sa dugotrajnom kontinuiranom zdravstvenom zaštitom, efikasno korištenje resursa i koordinacija zdravstvene zaštite, zagovaranje, osnaživanje pacijenta, jedinstven proces konsultacija i donošenja odluka, rad sa akutnim, hroničnim i bolestima u nedefinisanim stadijumima, promocija zdravlja i blagostanja, odgovornost za zdravlje zajednice i holistički (integrativni) pristup zdravstvenim problemima u njihovim fizičkim, psihološkim, socijalnim, kulturološkim i egzistencijalnim dimenzijama.

Cilj ove publikacije je da podstaknemo doktore porodične medicine da se u budućnosti još više posvete dostizanju u potpunosti ovih karakteristika, posebno promociji zdravlja, blagostanja i prevenciji bolesti djece, mladih, osoba sa invaliditetom, kao i razvoju saradnje sa lokalnom zajednicom kojoj želimo pomoći da ublaži patnje stanovnika izazvane najčešćim oboljenjima kao što su: pušenje, gojaznost, povišen krvni pritisak, dijabetes ili oboljenjima koja su veoma značajan zdravstveni problem kao što su malignomi.

Predsjednik Udruženja

prim .dr sci. dr med. Draško Kuprešak



| Korištenje ovog dokumenta

Ovaj dokument sadrži izjave o karakteristikama discipline i temeljenim kompetencijama, te dijelove sa kratkim objašnjenjima. Nakon toga slijedi detaljno objašnjenje obrazloženja, uz podršku akademskih analiza za svako, što je važno za one koji žele da steknu bolje razumijevanje obrazloženja njihovog razvoja.

Ovaj dokument pruža osnovne informacije o disciplini opšte medicine i trebalo bi da koristi onima koji su odgovorni za pružanje zdravstvene zaštite, razvoj programa proučavanja i učenja u svrhu obuke, kao i onima koji uče našu disciplinu.

1. UVOD U IZDANJE 2002. godine

Ova usaglašena izjava definiše i disciplinu opšte prakse/porodične medicine i profesionalne zadatke porodičnog ljekara; takođe opisuje osnovne kompetencije porodičnog doktora. Ona navodi i pojašnjava osnovne elemente ove znanstvene/naučne discipline i daje pregled obaveza evropskih porodičnih doktora u procesu pružanja zdravstvene zaštite pacijentima, a koje će osigurati zdravstvenu zaštitu najvišeg kvaliteta i ekonomske efikasnosti. Na osnovu definicija unutar ovog dokumenta moguće je sačiniti programe edukacije, naučnog istraživanja i osiguranja kvaliteta, a kako bi se omogućio razvoj discipline porodične medicine koja će moći zadovoljiti potrebe za zdravstvenom zaštitom stanovništva u 21. vijeku.

Postoje značajne razlike u načinu organizovanja zdravstvenih sistema i načina prakticovanja porodične medicine širom Evrope. Za zemlje Evropske unije i one koje teže priključenju Uniji, medicinska edukacija je određena EU Direktivom 93/16, kojoj je primarna namjena da promoviše slobodno kretanje doktora. Nažalost, u okviru Direktive nedovoljno je istaknuta važnost sadržaja i kvaliteta postdiplomskog studija. Stoga je jasno i od velikog značaja da, radi zaštite pacijenata, porodični doktori dobiju edukaciju koja osigurava neophodne vještine za rad u bilo kojoj državi članici EU.

Ova izjava sačinjena je u ime WONCA Evrope (Evropsko udruženje opšte prakse/porodične medicine), kao Regionalne organizacije Svjetske organizacije porodičnih doktora (WONCA).

WONCA Evrope osigurava akademsko i naučno vodstvo i zastupanje discipline porodične medicine širom kontinenta.

Njeno članstvo uključuje državne akademske organizacije porodične medicine iz 30 evropskih zemalja, odnosno direktno članstvo doktora porodične medicine.

Njena osnovna uloga je promocija i razvoj discipline porodične medicine kako bi se postigao i zadržao visok standard edukacije, obučavanja, naučnog istraživanja i kliničke prakse, a sve radi dobrobiti pacijenta i zajednice.

Reforma nacionalnih zdravstvenih sistema je zajednička karakteristika u Evropi kao i bilo gdje u svijetu. Imajući u vidu demografske promjene, napredak u medicini, zdravstvenu ekonomiju, te potrebe i očekivanja pacijenata, neophodno je istraživati nove načine pružanja zdravstvene zaštite. Međunarodni dokazi pokazuju da zdravstveni sistemi koji se baziraju na djelotvornoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti sa visokosposobljenim doktorima opšte prakse koji rade u zajednici, pružaju jeftiniju i klinički kvalitetniju njegu, nego oni sa niskom orijentacijom na primarnu zaštitu.

Od vitalnog je značaja da kompleksnu i suštinsku ulogu porodičnih doktora unutar zdravstvenih sistema potpuno razumiju stručnjaci svih medicinskih disciplina, ali i discipli-

na koje su indirektno uključene kao planeri zdravstvene zaštite, ekonomisti, političari i javnost. U Evropi je potrebno povećano investiranje u porodičnu medicinu da bi se obezbijedio sistem zdravstvene zaštite koji će iskoristiti svoje potencijale u korist pacijenata – ulaganja ne samo u ljudske resurse i infrastrukturu, nego i u edukaciju, istraživanja i osiguranje kvaliteta.

Ove nove definicije i izjava o osnovnim kompetencijama objavljene su da bi se informisanjem doprinijelo razumijevanju esencijalne uloge porodične medicine unutar zdravstvenih sistema, na državnim i pan-evropskim nivoima.

Dr. Philip Evans, Predsjednik WONCA Evrope, 2002.

LITERATURA

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

| UVOD U REVIZIJU 2005. GODINE

Prof. Igor Svab, Predsjednik WONCA Europe 2005.

Od kad je definicija prvi put usvojena 2002. godine, privukla je široku pažnju porodičnih doktora, naučnika i kreatora politika. Prevedena je na većinu evropskih jezika i osnovica je naučnih kurikuluma za porodičnu praksu, te početna tačka za ugovoranje sa porodičnim doktorima u mnogim evropskim zemljama. Postala je relevantna porodičnim doktorima širom Evrope, bez obzira na ogromne razlike u načinima praktikovanja i proučavanja porodične medicine.

Uprkos tome, sticao se osjećaj da bi se trebalo više uraditi na poboljšanju njene jasnoće, kako bi postala razumljivija. Ovo je razlog što je definicija revidirana i što je načinjena njena nova verzija.

Revizija dokumenta u 2005. godini zadržala je sve elemente prethodne definicije. Ona i dalje definiše i disciplinu opšte prakse/porodične medicine i profesionalne zadatke porodičnog doktora i opisuje osnovne kompetencije porodičnog doktora. Sve ključne osobine discipline i osnovne kompetencije ostale su iste.

Revidirana definicija sigurno će biti upotrebljavana u još mnogo prilika kad se raspravlja o porodičnoj medicini. Ona je već postala veoma koristan instrument u pregovorima sa kreatorima politika, edukatorima, medijima i samim ljekarima.

WONCA Evrope će nastaviti promovisati definiciju preko svojih kolega članova i mreže.

| UVOD U REVIZIJU 2011. GODINE

Dr. Ernesto Mola Dr. Tina Eriksson

Na sastanku održanom 2010. godine u Malagi, Evropski savjet WONCA-e odlučilo je imenovati manju Komisiju, koju su činili ljudi iz različitih država i mreža, sa ciljem da izvrše reviziju Evropske definicije opšte prakse, a kako bi se u pomenuti dokument dodala dva nova koncepta: Osnaživanje pacijenata i Kontinuirano poboljšanje kvalitete.

Prateći radni plan s kojim se prethodno složio Izvršni odbor, Komisija je pregledala dva sistematična prijedloga bazirana na širokom spektru temeljnih znanja, koja se odnose na uključivanje koncepta osnaživanja pacijenata i kontinuiranog poboljšanja kvalitete u definicije.

Na kraju, izmijenjena verzija definicija (zasnovana na mišljenjima članova) napisana je i poslana univerzitetima u julu 2011. godine, kako bi se omogućila informisana rasprava na sljedećem Evropskom savjetu u Varšavi, gdje je i odobrena.

Kao 12. karakteristika definicije I uključen je princip „Promoviše osnaživanje pacijenta“, dok je nekoliko rečenica dodano u definicije II i III, kao i u objašnjenja.

Što se tiče stavke „Kontinuirano poboljšanje kvalitete“, nije došlo do izmjene definicije I zato što to nije temeljna karakteristika opšte prakse, nego svih disciplina. Nekoliko rečenica je promijenjeno i dodano u definicije II i III, te u objašnjenja.

Revizija je imala za cilj ažurirati definicije i održati ih u skladu s realnošću opšte prakse i primarne zdravstvene zaštite i potrebama nastalim kao posljedica društvenih i epidemioloških promjena.

2. EVROPSKE DEFINICIJE 2011. GODINE DISCIPLINA I SPECIJALNOST OPŠTE PRAKSE/ PORODIČNE MEDICINE

Opšta praksa/porodična medicina je akademska i naučna disciplina, sa vlastitim obrazovnim sadržajem, istraživanjem, bazom dokaza i kliničkom aktivnošću, te klinička specijalnost orijentisana ka primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

I Karakteristike discipline opšte prakse/porodične medicine su:

- a. obično je mjesto prvog medicinskog kontakta sa zdravstvenim sistemom, koje obezbjeđuje otvoren i neograničen pristup svojim korisnicima, baveći se svim zdravstvenim problemima, bez obzira na uzrast, pol ili bilo koje druge karakteristike osobe;
- b. efikasno koristi resurse zdravstvene zaštite kroz koordinaciju njege, radeći s drugim stručnjacima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, te posredovanjem u kontaktu sa ostalim specijalnostima, preuzimajući ulogu zagovarača za pacijenta kada je to potrebno;
- c. razvija pristup sa osobom u središtu, usmjeren prema pojedincima, njihovim porodicama i zajednici;
- d. promoviše osnaživanje pacijenta;
- e. posjeduje jedinstven proces konsultacija, koji vremenom uspostavlja odnos kroz djelotvornu komunikaciju između doktora i pacijenta;
- f. odgovorna je za pružanje dugotrajne kontinuirane zdravstvene zaštite koja je određena pacijentovim potrebama;
- g. ima specifičan proces donošenja odluka određen prevalencom i incidencom bolesti u zajednici;
- h. bavi se istovremeno i akutnim i hroničnim zdravstvenim problemima pojedinačnih pacijenata;
- i. upravlja oboljenjem koje se predstavlja na nediferenciran način u ranoj fazi razvoja, što može zahtijevati hitnu intervenciju;
- j. unapređuje i zdravlje i blagostanje odgovarajućim i djelotvornim intervencijama;
- k. ima specifičnu odgovornost za zdravlje zajednice;
- l. bavi se zdravstvenim problemima u njihovim fizičkim, psihološkim, društvenim, kulturološkim i egzistencijalnim dimenzijama.

II Specijalnost opšte prakse/porodične medicine

Doktori opšte prakse/porodični doktori su doktori specijalisti podučeni principima discipline. Oni su doktori, prevashodno odgovorni za pružanje sveobuhvatne i kontinuirane zdravstvene zaštite svakom pojedincu koji traži medicinsku pomoć, bez obzira na uzrast, pol i bolest. Oni se brinu za pojedince u kontekstu njihove porodice, njihove zajednice i njihove kulture, uvijek poštujući autonomiju svojih pacijenata. Oni uviđaju da će imati i profesionalnu odgovornost prema svojoj zajednici. Prilikom dogovaranja planova menadžmenta sa svojim pacijentima, oni integrišu fizičke, psihološke, društvene, kulturološke i egzistencijalne faktore, koristeći znanje i povjerenje stečeno ponavljanim kontaktom. Doktori opšte prakse/porodični doktori provode svoju profesionalnu ulogu unapređivanjem zdravlja, sprečavanjem bolesti i obezbjeđivanjem liječenja, njege ili palijativne njege, te promovisanjem osnaživanja pacijenata i samomenadžmenta. Ovo postižu direktno ili putem usluga koje pružaju drugi, shodno zdravstvenim potrebama i resursima dostupnim unutar zajednice kojoj služe, pomažući pacijentima, kada je to potrebno, da pristupe pomenutim uslugama. Oni moraju preuzeti odgovornost za razvoj i održavanje vlastitih vještina, lične ravnoteže i vrijednosti kao osnove za djelotvornu i sigurnu zdravstvenu zaštitu pacijenta. Kao i drugi zdravstveni stručnjaci, oni moraju preuzeti odgovornost za kontinuirani nadzor, održavanje i, ako je neophodno, poboljšanje kliničkih aspekata, usluga i organizacije, pacijentove sigurnosti i pacijentovog zadovoljstva zdravstvenom zaštitom koja mu se pruža.

III Temeljne kompetencije doktora opšte prakse/porodičnog doktora

Definicija discipline opšte prakse/porodične medicine i specijaliste porodičnog doktora mora voditi direktno u temeljne kompetencije doktora opšte prakse/porodičnog doktora. Kada kažemo temeljne, mislimo da su one neophodne za pomenutu disciplinu, nezavisno od sistema zdravstvene zaštite u kojem se primjenjuju.

Dvanaest centralnih karakteristika koje definišu disciplinu povezane su sa dvanaest sposobnosti kojima svaki porodični doktor treba ovladati. One mogu biti grupisane u šest temeljnih kompetencija (sa poveznicama na karakteristike):

1. Upravljanje primarnom zdravstvenom zaštitom (a,b)
2. Zdravstvena zaštita sa osobom u centru (c,d,e,f)
3. Specifične vještine rješavanja problema (g,h)
4. Sveobuhvatni pristup (i,j)
5. Orijentisanost ka zajednici (k)

6. Holistički model (I)

Poboljšanje kvaliteta mora se smatrati sadržanim kao temeljna sposobnost, posebno u vezi sa 1. i 3. kompetencijom.

Kao naučna disciplina u kojoj se osoba nalazi u središtu, tri dodatne karakteristike se smatraju neophodnim za provođenje temeljnih kompetencija:

- a. Kontekstualnost: Razumijevanje konteksta samih doktora i okruženja u kojem rade, uključujući njihove uslove rada, zajednicu, kulturu, finansijske i regulativne strukture.
- b. Posjedovanje stava: U zavisnosti od doktorovih profesionalnih sposobnosti, vrijednosti i etike.
- c. Naučnost: Prihvatanje kritičkog pristupa praksi, zasnovanog na istraživanju, i održavanje istog kroz kontinuirano učenje i poboljšanje kvaliteta.

3. OBJAŠNENJA, OBRAZLOŽENJE I AKADEMSKI

3.1 OBJAŠNENJA

Disciplina i specijalnost opšte prakse/porodične medicine

Postoji potreba da se definiše i disciplina opšte medicine/porodične medicine i uloga specijaliste porodične medicine. Prethodno je potrebno da bi se definisale akademske osnove i okvir u kojem se disciplina razvija i da bi se na taj način udarili temelji razvoju edukacije, istraživanja i unapređenja kvaliteta. Posljednje je potrebno da bi se ova akademska definicija prenijela u stvarnost specijalista porodične medicine koji rade sa pacijentima u zdravstvenim sistemima širom Evrope.

3.1.1 Karakteristike discipline opšte prakse/porodične medicine su da ona

- a. obično je mjesto prvog medicinskog kontakta sa zdravstvenim sistemom, koje obezbjeđuje otvoren i neograničen pristup svojim korisnicima, baveći se svim zdravstvenim problemima, bez obzira na uzrast, pol ili bilo koje druge karakteristike osobe u pitanju.

Riječ „obično“ upotrebljena je da bi se ukazalo na određene situacije, npr. velika trauma, kada opšta praksa/porodična medicina nije mjesto prvog kontakta. Međutim, ona treba da je mjesto prvog kontakta u većini drugih situacija. Ne bi trebalo da postoje bilo kakve prepreke dostupnosti, a porodični doktori treba da rade sa svim tipovima pacijenata, mladim ili starim, muškarcima ili ženama i da se bave svim njihovim zdravstvenim problemima. Opšta praksa/porodična medicina je esencijalni i prvi resurs. Ona pokriva veliko polje usluga određenih potrebama i željama pacijenata. Ovaj pristup ističe brojne aspekte discipline, kao i priliku za njihovu upotrebu u menadžmentu pojedinačnih problema ili problema zajednice.

- b. efikasno koristi resurse zdravstvene zaštite kroz koordinaciju njege, radeći s drugim stručnjacima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, te posredovanjem u kontaktu sa ostalim specijalnostima, preuzimajući ulogu zagovarača za pacijenta kada je to potrebno

Ova uloga koordinacije je ključna karakteristika isplativosti kvalitetne primarne zdravstvene zaštite koja osigurava da pacijenti dobiju uslugu od najprikladnijeg zdravstvenog radnika za njihove probleme. Sinteza različitih pružalaca zdravstvene zaštite, odgovarajuća distribucija informacija, kao i dogovori za naručivanje tretmana, oslanjaju se na postojanje jedinice za koordinaciju. Opšta praksa/porodična medicina može ispuniti tu ključnu (centralnu) ulogu ako strukturni uslovi to dozvoljavaju. Razvijanje timskog rada među svim zdravstvenim radnicima oko pacijenta koristiće unapređenju kvaliteta zdravstvene zaštite. Upravlajući saradnjom s drugim specijalistima, disciplina osigurava da usluge koje zahtijevaju visoku tehnologiju iz sekundarne zdravstvene zaštite mogu biti

dostupne pacijentima na odgovarajući način.

Ključna uloga discipline je zagovaranje – zaštita pacijenata od štete koja može nastati putem nepotrebnih skrininga, testiranja i liječenja, kao i vođenje pacijenata kroz kompleksni sistem zdravstvene zaštite.

Disciplina priznaje odgovornost za praćenje i sistematično procjenjivanje kvaliteta i sigurnosti u rasponu aspekata zdravstvene zaštite koju pružaju porodični doktori i njihove prakse, kao i prapatnim aktivnostima usmjerenim na poboljšanje kvaliteta.

- c. razvija pristup sa osobom u centru, usmjeren prema pojedincima, njihovim porodicama i zajednici

Porodična medicina radi sa osobama i bavi se njihovim problemima u kontekstu njihovih životnih situacija, a ne sa bezličnom patologijom ili „slučajem“. Početna tačka procesa je pacijent. Podjednako je važno razumjeti kako se pacijent nosi sa svojom bolešću, kako je doživljava, kao i baviti se sa samim procesom bolesti. Zajednički nazivnik je osoba sa svojim uvjerenjima, strahovima, očekivanjima i potrebama.

- d. promoviše osnaživanje pacijenta

Porodična medicina je u strateškoj poziciji da promoviše ciljeve osnaživanja pacijenta i samomenadžmenta. Dugotrajna zdravstvena zaštita, multidisciplinarni pristup, snažna veza zasnovana na jedinstvenom procesu konsultacije i na povjerenju, pristup u kojem je osoba u središtu, predstavljaju polazne tačke za stalni obrazovni proces koji ima za cilj da osnaži pacijenta.

- e. posjeduje jedinstven proces konsultacija, koji vremenom uspostavlja odnos kroz djelotvornu komunikaciji između doktora i pacijenta

Svaki kontakt između pacijenata i njihovih porodičnih doktora doprinosi razvijanju priče i svaka pojedinačna konsultacija može se zasnivati na ovom prethodnom zajedničkom iskustvu. Vrijednost ovog ličnog odnosa je određena komunikacijskim vještinama porodičnog doktora i sama je po sebi terapeutska.

- f. odgovorna je za pružanje dugotrajne kontinuirane zdravstvene zaštite koja je određena pacijentovim potrebama

Pristup porodične medicine mora biti konstantan od rođenja (a ponekad i ranije) do smrti (a ponekad i kasnije). To obezbjeđuje kontinuitet zdravstvene zaštite praćenjem pacijenata tokom cijelog života. Zdravstveni karton je eksplicitni dokaz te konstantnosti. On je objektivni zapis konsultacija, ali samo je dio zajedničke istorije doktora i pacijenta. Porodični doktor obezbjeđuje zdravstvenu zaštitu tokom značajnog perioda pacijentovog života, u brojnim epizodama bolesti. Doktor je takođe odgovoran da osigura da pacijenti imaju pristup zdravstvenoj zaštiti tokom 24h, delegirajući i koordinišući zdravstvenu zaštitu sa drugima ukoliko oni sami nisu u mogućnosti da je pruže.

- g. ima specifičan proces donošenja odluka određen prevalencom i incidencom bolesti u zajednici

Porodičnim doktorima u zajednici zdravstveni problemi se prezentuju na veoma različit način od onog kojim se prezentuju u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti. Prevalenca i incidenca bolesti je različita od onih u bolničkom okruženju i ozbiljne bolesti se javljaju rjeđe u opštoj praksi nego u bolnicama zbog nedostatka prethodne selekcije. To zahtijeva specifičan način donošenja odluka na osnovu vjerovatnoće koja se oslanja na znanje o pacijentima i zajednici. Prediktivna vrijednost, pozitivni ili negativni klinički znaci ili dijagnostički testovi imaju različitu težinu u porodičnoj medicini u odnosu na bolničku sredinu. Često, porodični doktori trebaju razuvjeriti pacijente koji su uplašeni zbog bolesti da ta bolest nije prisutna, a nakon što to utvrde.

- h. bavi se istovremeno i akutnim i hroničnim zdravstvenim problemima pojedinačnih pacijenata

Porodična medicina mora rješavati sve zdravstvene probleme svakog pacijenta. Ona se ne može ograničiti samo na menadžemnt trenutne bolesti, te doktor često treba da rješava brojne probleme. Pacijent često dolazi na pregled sa nekoliko problema, čiji broj se povećava sa godinama. Istovremeni odgovor na nekoliko zahtjeva uzrokuje potrebu za hijerarhijskim upravljanjem problemima koje uzima u obzir prioritete doktora i pacijenta.

- i. upravlja oboljenjem koje se predstavlja na nediferenciran način u ranoj fazi razvoja, što može zahtijevati hitnu intervenciju

Pacijent često dolazi sa početnim simptomima i u tom ranom stadiju teško je postaviti dijagnozu. Ovakav vid predstavljanja oboljenja znači da je potrebno donijeti važne odluke za pacijente na osnovu ograničenih informacija, jer je prediktivna vrijednost kliničkog pregleda i testova manje pouzdana. Čak i ako su znaci određene bolesti opšte dobro poznati, oni se ne mogu primijeniti kao rani znaci koji su često nespecifični i zajednički za brojna oboljenja. Upravljanje rizikom u tim okolnostima je ključna karakteristika discipline. Nakon što je isključen neposredan ozbiljni ishod, odluka može biti i ta da se pričekava dalji razvoj i da se odluka ponovo razmatra kasnije. Rezultat pojedinačne konsultacije može često ostati na nivou jednog ili više simptoma, ponekad u vidu ideje o određenoj bolesti, a rijetko u vidu konačne dijagnoze.

- j. unapređuje i zdravlje i blagostanje odgovarajućim i djelotvornim intervencijama

Intervencije moraju biti odgovarajuće, djelotvorne i zasnovane na dokazima kad god je to moguće. Nepotrebne intervencije mogu izazvati štetu i gubitak dragocjenih resursa zdravstvene zaštite.

- k. ima specifičnu odgovornost za zdravlje zajednice

Disciplina prepoznaje da ima odgovornost i prema pojedinačnom pacijentu i prema široj

zajednici u radu sa zdravstvenim problemima. Povremeno to može proizvesti tenzije i dovesti do sukoba interesa, što se mora riješiti na odgovarajući način.

- I. bavi se zdravstvenim problemima u njihovim fizičkim, psihološkim, društvenim, kulturološkim i egzistencijalnim dimenzijama

Disciplina mora prepoznati sve ove dimenzije istovremeno i dati svakoj od njih odgovarajući značaj. Ponašanje u bolesti i obrazac bolesti se razlikuju po mnogim od ovih pitanja i puno je nezadovoljstva uzrokovano intervencijama koje se ne bave uzrokom pacijentovih problema.

3.1.2 Specijalnost porodične medicine

Porodični doktori su specijalisti podučeni principima discipline. Oni su doktori, prevažadno odgovorni za pružanje sveobuhvatne i kontinuirane zdravstvene zaštite svakom pojedincu koji traži medicinsku pomoć, bez obzira na uzrast, pol i bolest. Oni se brinu za pojedince u kontekstu njihove porodice, njihove zajednice i njihove kulture, uvijek poštujući autonomiju svojih pacijenata. Oni uviđaju da će imati i profesionalnu odgovornost prema svojoj zajednici. Prilikom dogovaranja planova menadžmenta sa svojim pacijentima, oni integrišu fizičke, psihološke, društvene, kulturološke i egzistencijalne faktore, koristeći znanje i povjerenje stečeno ponavljanim kontaktom. Porodični doktori provode svoju profesionalnu ulogu unapređivanjem zdravlja, sprečavanjem bolesti i obezbjeđivanjem liječenja, njege ili palijativne njege, te promovisanjem osnaživanja pacijenata i samomenadžmenta. Ovo postižu direktno ili putem usluga koje pružaju drugi, shodno zdravstvenim potrebama i resursima dostupnim unutar zajednice kojoj služe, pomažući pacijentima, kada je to potrebno, da pristupe pomenutim uslugama. Oni moraju preuzeti odgovornost za razvoji održavanje vlastitih vještina, lične ravnoteže i vrijednosti kao osnove za djelotvornu i sigurnu zdravstvenu zaštitu pacijenta.

Ova definicija uloge porodičnog doktora postavlja karakteristike gore opisane discipline u kontekstu doktora praktičara. Ona predstavlja ideal kojem teže svi porodični doktori. Neki elementi ove definicije nisu jedinstveni samo za porodične doktore, već se mogu generalno primijeniti na profesiju u cijelosti. Specijalnost porodične medicine je, ipak, jedina koja može implementirati sve ove karakteristike. Primjer zajedničke odgovornosti je održavanje vještina, što može biti posebno teško za porodične doktore koji često rade u izolaciji.

3.2. OBRAZLOŽENJE DEFINICIJA – AKADEMSKI PREGLED I ANALIZA

Uvod

Godine 1974., Leeuwenhorst grupa istraživača objavila je definiciju „Doktor opšte prakse u Evropi“. U tom vremenskom periodu, porodična medicina kao zdravstvena disciplina bila je u samom začetku, posebno sa njenog nastavnog i istraživačkog aspekta. Skoro 30 godina kasnije, u svijetu je došlo do mnogih promjena, a one su najočitije bile u oblasti pružanja zdravstvene zaštite. To je dodatno potvrđeno okvirnim dokumentom SZO Evrope 1998. godine, kao i načinom na koji se u većini država bivšeg sovjetskog bloka porodična medicina uvodi kao osnova njihovih novih zdravstvenih sistema.

Društvo se promijenilo u posljednjih 30 godina i pacijent ima sve značajniju ulogu odlučujućeg faktora u zdravstvu i procesu pružanja zdravstvenih usluga. Mišljenje kliničara više se ne smatra neprikosnovenim i dolazi do uspostavljanja novog dijaloga između potrošača i pružaoca zdravstvenih usluga. Budući porodični doktori moraju ne samo biti svjesni ovih promjena, već moraju biti i sposobni napredovati u ovakvom okruženju. Važno je da se disciplina porodične medicine nastavi razvijati kako se sistemi zdravstvene zaštite u kojima djeluju budu mijenjali i da uspješno odgovori na zdravstvene potrebe pacijenata. Porodični doktori moraju biti uključeni u kontinuirani razvoj zdravstvenih sistema u okviru kojih rade, a kao pojedinci trebaju uvijek biti sposobni usvojiti promjene kako bi mogli odgovoriti na ove nove izazove koji ih čekaju.

Van Weel je u svom izlaganju u okviru Proljetnog RCGP sastanka (RCGP Spring Meeting) naglasio potrebu za akademskim razvojem koji bi omogućio prenos znanja, stručnosti i iskustva, razvoj tehnika i metodologije u cilju rješavanja specifičnih zahtjeva opšte prakse, kao i istraživanje djelotvornosti zdravstvene zaštite u sklopu porodične medicine. On je takođe naglasio važnost same vrijednosne osnove porodične medicine i potrebu za zajedničkom kulturom proučavanja, istraživanja i obuke. Stoga je vrijeme da se ponovno analiziraju definicije uloge porodičnog doktora i da se donese jasna izjava o karakteristikama discipline porodične medicine.

Postoji još jedan imperativ za zemlje Evropske unije kao i njene buduće članice. EU Direktiva 93/16 ima za cilj da promoviše slobodu kretanja doktora, i stoga, u cilju zaštite pacijenta, jasno je da je potrebno da porodični doktori budu podučeni neophodnim vještinama koje će im omogućiti da svoj posao obavljaju uspješno u bilo kojoj državi članici EU, s obzirom da im kvalifikacija daje mogućnost da rade bilo gdje unutar EU bez dodatne obuke. Zbog toga je važno postojanje zajedničkog konsenzusa koji će definisati karakteristike discipline i zadatke doktora porodične medicine.

EU Direktiva 93/16 samo definiše period obuke od minimalno dvije godine i minimalno šest mjeseci prakse u porodičnoj medicini; u nekim zemljama Evropske unije navedeni vremenski period produžen je na tri ili više godina. UEMO Consensus dokument, koji dati-

ra još od 1994. godine i koji definiše specifičnu obuku za porodičnu medicinu, istakao je potrebu da se produži period obuke na minimalno tri godine, uključujući praktični i teorijski dio nastave, sa akcentom da 50% kliničkog treninga mora biti provedeno u okviru porodične medicine. Savjetodavni komitet za medicinsku obuku (Advisory Committee on Medical Training – ACMT) prihvatio je stavove UEMO-a i savjetovao Evropsku komisiju da u skladu s time revidira EU Direktivu 93/16 – da uspostavi period obuke u trajanju od minimalno tri godine, s akcentom da 50% obuke bude provedeno u opštoj praksi, sa aktivnim učešćem i odgovornošću doktora porodične medicine za obuku u polju opšte prakse na svim nivoima. Nažalost, ovaj prijedlog još uvijek nije prihvaćen od strane Evropske komisije.

Problem sa uvođenjem promjena u Poglavlje IV EU Direktive 93/16, a koji se odnosi na porodičnu medicinu i potrebu da porodična medicina postane sastavni dio nastavnog plana i programa medicinskih fakulteta, doveo je do prijedloga da bi se bolji razvoj discipline mogao postići ako bi „specijalista porodične medicine“ bio naveden u nizu nabrojanih specijalizacija u Poglavlju III – koje pokriva sve ostale medicinske specijalizacije. Međutim, ovaj rad nema za cilj istraživati to pitanje; svrha rada jeste razraditi principe koji podstiču porodičnu medicinu, kao zasebnu medicinsku disciplinu.

| ULOGA, DISCIPLINA I SISTEM ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Postoje različiti načini da se pristupi problemu izrade nove definicije porodične medicine. Metoda kojom se koristila Leeuwenhorst grupa istraživača, te nedavno Olesen i saradnici, bila je usmjerena na definisanje parametara porodične medicine kao zasebne zdravstvene discipline opisivanjem vrsta zadataka koje porodični doktori moraju izvršiti. Alternativni pristup bio bi taj da se pokušaju definisati temeljni principi discipline porodične medicine. Ovaj pristup predstavio je Gay na osnivačkom sastanku WONCA Evrope u Strasbourgu 1995. godine i korišten je u okvirnom dokumentu koji je načinila SZO Evrope.

Gay je predložio da postoji veza između principa i zadataka porodičnih doktora, gdje određen uticaj na zadatke imaju i pacijenti i sam sistem zdravstvene zaštite. To bi, zatim, trebalo voditi ka uvođenju definicije kompetencije koja bi odredila sadržaj buke iz porodične medicine.

Karakteristike porodične medicine koje je opisala SZO Evrope mogu se smatrati i njenim ciljevima u okviru zdravstvenog sistema. Ovi koncepti uvode u igru i ideje djelotvornosti i, ako se prihvati stav da sistem zdravstvene zaštite u većoj ili manjoj mjeri određuje zadatke koje porodični doktor može izvršavati, onda bilo kakva nova definicija porodične medicine mora uzeti u obzir i kontekst u kojem porodični doktor djeluje i odražavati promjenljive potrebe pacijenata, kao i napredak ostvaren u oblasti pružanja zdravstvene zaštite. Navedeni pristupi se međusobno ne isključuju i svaka nova definicija mora uzeti u obzir temeljna načela discipline porodične medicine, osnovne zadatke porodičnih doktora u okviru zdravstvenog sistema, kao i uticaj zdravstvenog sistema na pružanje usluga u domu porodične medicine.

Gay je predložio sljedeće osnovne principe discipline:

1. Pristup u kojem je pacijent u centru
2. Orijentacija ka porodičnom i kontekstu zajednice
3. Područje djelovanja određeno potrebama i zahtjevima pacijenta
4. Neselektovani i složeni zdravstveni problemi
5. Niska učestalost ozbiljnih bolesti
6. Bolesti u ranoj fazi
7. Istovremeno upravljanje višestrukim tegobama i patologijama
8. Kontinuirano vođenje pacijenta
9. Koordinisana zdravstvena zaštita
10. Efikasnost

Navedeni principi imaju dosta sličnosti sa karakteristikama porodične medicine opisanim u okvirnom dokumentu SZO:

- A. Uopštena
- B. Kontinuirana
- C. Sveobuhvatna
- D. Koordinisana
- E. Kolaborativna
- F. Orijentisana ka porodici
- G. Orijentisana ka zajednici

U nastavku dokumenta SZO navedeno je pojašnjenje svih 7 karakteristika.

WONCA je u svojoj izjavi iz 1991. godine o „Ulozi doktora porodične medicine u zdravstvenim sistemima“ iznijela definiciju uloge doktora opšte prakse i povezala je sa karakteristikama porodične medicine koju opisuje u okviru kategorija opredjeljenja i specifikacija.

Izjava WONCA-e iz 1991. godine sadrži sljedeće koncepte:

- Sveobuhvatna zdravstvena zaštita
- Orijentacija ka pacijentu
- Fokus na porodici
- Odnos doktor – pacijent
- Koordinacija sa drugim službama
- Zagovaranje
- Dostupnost i upravljanje resursima.

Postoji veliko preklapanje između karakteristika iz SZO dokumenta, „specifikacija“ u WONCA dokumentu i načela koja je definisao Gay. To se može prikazati pomoću unakrsnog mapiranja kao u tabeli:

SZO 1998.	WONCA 1991.	„Načela“ koja je opisao Gay
Uopštena	Sveobuhvatna zdravstvena zaštita	3. Područje djelovanja određeno po- trebama i zahtjevima pacijenta 4. Neselektovani i složeni zdravst- veni problemi
Kontinuirana	Orijentacija ka pacijentu	1. Pristup u kojem je pacijent u središtu 8. Kontinuirano vođenje pacijenta
Sveobuhvatna	Sveobuhvatna zdravstvena zaštita	3. Područje djelovanja određeno po- trebama i zahtjevima pacijenta 4. Neselektovani i složeni zdra- vstveni problemi
Koordinisana	Koordinacija sa drugim službama	9. Koordinisana zdravstvena zaštita
Kolaborativna	Koordinacija sa drugim službama	9. Koordinisana zdravstvena zaštita
Orijentisana ka porodici	Fokus na porodici	2. Orijentacija ka porodičnom i kontekstu zajednice
Orijentisana ka zajednici	Posvećenost zajednici	2. Orijentacija ka porodičnom i kontekstu zajednice

Ipak, postoje neke zanimljive razlike. Stavke koje su opisale SZO i WONCA bave se profesionalnom djelatnošću u sistemu zdravstvene zaštite, a ne disciplinom kao medicinskom aktivnošću sa specifičnim procesom. Zaista, tri sljedeće stavke tiču se same discipline i nisu integrisane u SZO ili WONCA karakteristike.

Načela „Niska prevalenca ozbiljnih bolesti“, „bolesti u ranoj fazi“ i „istovremeni menadžment višestrukih tegoba i patologija“ koja iznosi Gay u svojoj prezentaciji dio su „sveobuhvatne zdravstvene zaštite“ u dokumentu WONCA-e, ali nisu obuhvaćene karakteristikama SZO. Ona pokrivaju ključni aspekt opšte prakse – da je to disciplina koja se zasniva na čovjeku (a ne na patologiji ili pojedinačnim organima), te da je orijentisana ka normalnosti (za razliku od orijentacije sekundarne njege ka abnormalnosti), ali i činjenice da će se porodični doktori susresti sa i da će morati tretirati ozbiljne bolesti u njihovoj ranoj i nediferenciranoj fazi. Izjava WONCA-e takođe ističe da su učestalost bolesti i njihni znakovi pri pojavi veoma različiti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u odnosu na bolničku sredinu, a gdje se o njima obično uči.

Okvir SZO ne istražuje, na bilo koji način, ono što se mora smatrati temeljem porodične medicine, a to su pojedinačne konsultacije između pacijenta i porodičnog doktora. Gay predlaže teoretski model opšte prakse: GLOBALNI MODEL, otvorenog tipa, koji posmatra bolest kao rezultat organskih, ljudskih i faktora okoline. Ovaj koncept, u kojem je zdravlje složen okvir, je poput biopsihosocijalnog modela Engela: to je „holistički“ model.

Koncept konsultacije sadržan je u WONCA izjavi koja takođe izražava potrebu da se iskaže definicija problema pacijenta i u biomedicinskom i u humanističkom smislu, tj. u fizičkom, psihičkom i društvenom smislu. Navedeno svoje porijeklo ima u izvješću radne grupe Kraljevskog koledža doktora opšte prakse (RCGP) i postalo je tako ugrađeno u razmišljanju ove discipline da postoji opasnosti da se počne uzimati zdravo za gotovo.

Efikasnost je dodatna izjava Gaya koja nije posebno spomenuta u karakteristikama WONCA-e. To se vjerovatno odnosi na troškovnu efikasnost koja je prihvaćena kao karakteristično svojstvo dobro razvijenih sistema zdravstvene zaštite porodice. Izjava WONCA-e razvija ovu ideju dalje, sugerišući da porodični doktor ima ulogu u upravljanju resursima u sistemima zdravstvene zaštite.

Bliska međuveza između definišućih načela discipline kao što su prethodno opisani i različitim opisa uloge, može se vidjeti ako se posljednje detaljnije analizira.

Čini se da izvorna Leeuwenhorst definicija ima prednost nad drugima jer je položila test vremena i široko je prihvaćena.

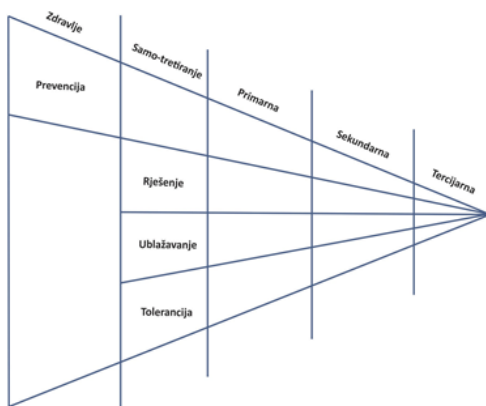
U velikoj mjeri ona je odgovarala uslovima vremena u kojem je nastala, kada je opšta praksa bila u potpunosti nova disciplina sa ograničenom nastavnom i istraživačkom bazom i obično se smatrala granom medicinske profesije na koju je osoba „tonula“ ako nije imala kvalifikacije za bilo koju drugu granu medicine. To je bilo uzrokovano, barem jednim dijelom, definicijom radnog mjesta koju je proizvela radna grupa Kraljevskog koledža opšte prakse 1972. godine, a koja je, čini se, bila osnova i za definiciju WONCA-e. Ona pokriva mnoge od karakteristika kasnije opisanih u okviru SZO, ali ih stavlja u kontekst svakodnevnog rada u opštoj praksi. Međutim, to nije samo po sebi dovoljno da ona bude jedina definicija; ona nije sveobuhvatna – naprimjer, kurativna, rehabilitacijska i suportivna njega nisu posebno spomenute.

Olesen i saradnici izjavili su da je izvorna Leeuwenhorst definicija zastarjela i da ne odražava stvarnost porodične medicine danas. Međutim, čini se da mnoge pojedinosti nezadovoljstva koje su izrazili Olesen i saradnici proizilaze iz činjenice da mnogi stručnjaci koji sebe smatraju porodičnim doktorima rade u zdravstvenim sistemima u kojima nije moguće ispoštovati sve navedene karakteristike. Stoga oni ispuštaju određene odlike koje bi mnogi smatrali ključnim za rad porodičnog doktora, posebno gubeći koncept orijentisanosti discipline ka zajednici i uzdužne njege – kontinuiteta. Kao podršku za svoje stavove oni navode primjere porodičnih doktora koji rade u odjelima za hitnu pomoć.

Čini se da i dvije naredne definicije, definicija WONCA-e 1991. godine i Olesena 2000., u

velikoj mjeri vuku korijene iz Leeuwenhorst definicije. Utisak je da ju je izjava WONCA-e iz 1991. godine učinila mnogo relevantnijom za različite sisteme zdravstvene zaštite i uključivala je, kao što je već objašnjeno, određene opisne pojmove discipline. U segmentu koji govori o kliničkom odlučivanju, ona opisuje ranu prezentaciju nediferenciranih kliničkih problema, veliki broj problema koji se ne uklapaju u standardne biomedicinske dijagnoze i različite učestalosti bolesti u službi opšte prakse u poređenju sa službama sekundarne zdravstvene zaštite.

Kada je u pitanju razmatranje zdravstvenih sistema, model zdravstva prikazan na slici 2. je danas opštepri hvaćen. Ako koristimo definiciju primarne zdravstvene zaštite navedenu u uvodu – „okruženje unutar zdravstvenog sistema, obično u pacijentovoj vlastitoj zajednici, u kojem dolazi do prvog kontakta s zdravstvenim stručnjakom“ – mi moramo razmišljati o kontekstu u kojem porodični doktor radi. Suočavanja između samomenadžmenta, primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite i interakcije između različitih pružalaca zdravstvenih usluga postaju važna pitanja koja treba razmotriti.



Slika 2.

Postoje brojni oblici organizacije primarne zdravstvene zaštite u Evropi, sa razlikama u populaciji pacijenata kojima se bave porodični doktori, ali je i sve veći broj različitih zdravstvenih profesionalaca koji rade u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u različitim zdravstvenim sistemima. Konteksti u kojima takvi porodični doktori rade vrlo su različiti, ali bi se osnovni principi discipline trebali i dalje primjenjivati. Očito da neki zdravstveni sistemi ne pružaju najbolje uslove za kvalitetnu porodičnu medicinu, ali, iako se takvi sistemi ne mogu lako podvrgnuti promjenama, ne treba se bojati iznijeti prijedlog idealnog modela sistema zdravstvene zaštite koji će najvjerojatnije pružiti najbolje zdravstvene ishode i is-

plativu zdravstvenu zaštitu. A to je model koji se zasniva na visokom kvalitetu porodične medicine. Ovo je bio jedan od glavnih impulsa u okvirnom dokumentu SZO.

Zadatak je definisati ono što je jedinstvena aktivnost porodičnog doktora – kliničara. Porodični doktori treba da kroz svoje aktivnosti u preventivnoj medicini i zdravstvenom obrazovanju imaju uticaja na samomenadžment kod pacijenata. U nekim zdravstvenim sistemima oni utiču na pružanje i sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite i imaju ulogu facilitatora u koordinisanju odgovarajućeg pristupa tim uslugama. U drugim sistemima, usko specijalizovani doktori takođe rade u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, često se baveći problemima kojima se u drugim zemljama bavi porodični doktor. U nekim zdravstvenim sistemima porodični doktori, koji uglavnom rade u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, imaju ograničenu ulogu u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti.

| DISKUSIJA

Mogu li se sve ove različite izjave i definicije kombinovati u jednu definiciju? Trebamo li novu definiciju i treba li ona biti opis zadatka/uloge ili karakteristika discipline? To je stavljeno na test u okviru radionice na Konferenciji WONCA Europe 2001. u Tamperei, Finska, gdje je znatna većina smatrala da je potrebna nova definicija i da ona treba obuhvatiti opis i zadatak i načela discipline.

Postoje mnoge sličnosti između izjava o načelima koja definišu našu disciplinu, kao i u opisima zadataka doktora opšte medicine, ali postoje i značajne razlike. Kao što je već istaknuto, prisutni su nedostaci u svim izjavama, što može biti posljedica razlika načina na koje se one tumače. Niti jedna od tih definicija, sama po sebi, ne obuhvata sve ključne karakteristike discipline opšte prakse. Stoga postoji potreba za sintezom do sada razmatranih izjava, a u cilju ispitivanja razlika, popunjavanja nedostataka i osiguranja cjelovitosti.

Najveći dio zabrinutosti koju su Olesen i saradnici izrazili u svom radu u pogledu definicije Leeuwenhorst grupe, čini se da leži u njenom tumačenju u apsolutnom smislu. Naprimjer, šta se podrazumijeva pod ličnom zdravstvenom zaštitom? Je li to zdravstvena zaštita koju pruža isti doktor u svakoj prilici? Ako nije, koji su to uslovi kada je prihvatljiv zamjenik – npr. van radnog vremena. Ili to znači briga o ljudima, a ne patologiji – osobi orijentisana zdravstvena zaštita kako su je opisali Gay i SZO? Ovo pitanje je takođe razmatrano tokom radionice u Tampereu; mali broj učesnika smatrao je da doktori opšte prakse treba da pružaju 24-časovnu ličnu zdravstvenu zaštitu, ali znatna većina smatrala je da treba da osiguraju kontinuiranu ličnu zdravstvenu zaštitu tokom dužeg vremenskog perioda. Kada razmatramo naše definicije, postoji i niz drugih pitanja koja moraju biti istaknuta. Jedinstvena interakcija između porodičnog doktora i pacijenta, što i jeste opšta konsultacija u praksi, je osnova za dalje istraživanje. To je McWhinney opisao kao savez, koji ima vlastiti terapijski učinak. Ovaj odnos između doktora i pacijenta u opštoj praksi naveo je Balina da iskuje termin „liekar kao lijek“. Korištenje interakcije tokom savjetovanja kao terapijskog sredstva mora se smatrati ključnim osobinom opšte prakse i mora biti dio njene obuke. Pereira-Gray je dodatno istražio pitanje kontinuiteta i korištenja vremena, smatrajući odvojene konsultacije između doktora opšte prakse i pacijenta tokom vremena dijelom jednog kontinuuma. On je istakao da prosječni građanin u Velikoj Britaniji konsultuje svog doktora opšte prakse pet puta godišnje, što je kumulativno 47 minuta godišnje.

Područje od sve većeg značaja tokom posljednjih godina je i koncept autonomnosti pacijenta, a sa tim i uloga porodičnog doktora u razvoju stručnosti pacijenta za menadžment svojih bolesti i doprinosu ovoj autonomnosti putem izmjene ponašanja. Osnaživanje pacijenata predstavlja relevantan zadatak opšte prakse kroz promociju kontinuiranog edukativnog procesa usmjerenog na povećanje njihove samosvijesti neo phodne za efikasno preuzimanje odgovornosti za vlastito zdravlje. Pristup osnaživanja pacijenta zati-jeva da su perspektive pacijenata u vezi njihovog stanja, njihovih ciljeva, očekivanja i po-

treba u fokusu ciljeva liječenja i aktivnosti menadžmenta bolesti. To će vjerojatno postati sve važnije kako pacijenti bivaju bolje informisani zbog različitih informacijskih sistema koji im postaju dostupni, poput Interneta.

Načelo zagovaranja istaknuto je samo u WONCA saopštenju, iako se nalazilo i u preliminarnim nacrtima okvirnog dokumenta SZO. Ono je opisano kao „pomaganje pacijentu da aktivno učestvuje u procesu kliničkog odlučivanja i saradnja sa državnim i drugim tijelima kako bi se povećala pravedna raspodjela usluga svim članovima društva”.

Čini se da postoji i dodatna funkcija porodičnog doktora, a to je da pomaže pacijentima da se kreću kroz sekundarni i tercijarni nivo sistema zdravstvene zaštite.

Epidemiologija opšte prakse se suštinski razlikuje od epidemiologije sekundarne zdravstvene zaštite.

Ozbiljna oboljenja prezentuju se rano i u nediferenciranoj fazi; mnoge male samolimitirajuće tegobe mogu se samo ili predominantno vidjeti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti; i porodična medicina vodi najveći dio longitudinalne brige oko hroničnih bolesti. Cilj mnogih konsultacija je ublažavanje tjeskobe od mogućnosti nastanka bolesti kod pacijenta koji nemaju patološko stanje – to je orijentacija primarne zdravstvene zaštite ka normalnosti. Pojam „orijentiranost ka normalnosti” je složen i obuhvaća niz pitanja. On obuhvata aktivnosti na promociji zdravlja i dobrobiti za pacijenta kao i očekivanja da mnogi prezentovani problemi pacijenta nisu u osnovi patološki. U isto vrijeme, doktori opšte prakse moraju dijagnostifikovati i upravljati ozbiljnim oboljenjima čija incidenca je različita u poređenju sa sekundarnom i tercijarnom zdravstvenom zaštitom. Oni moraju koristiti vještine rješavanja problema kako bi riješili dilemu koji ovo predstavlja. To je vrlo složen zadatak koji zahtijeva specifični proces odlučivanja, baziran na niskoj učestalosti ozbiljnih bolesti, kao i činjenici da je pozitivna prediktivna vrijednost simptoma i znakova, kao i dijagnostičkih testova, različita u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, i za mnoga značajna stanja, niža u odnosu na onu u bolničkoj sredini. Često ne postoji biomedicinski uzrok tegobe sa kojom se pacijent javlja doktoru, a važno je i znati kada prestati sa pretragama, a pritom nastaviti sa kontinuiranom zdravstvenom zaštitom. Takođe postoji potreba da se pacijent zaštiti od štetnosti prekomjerne upotrebe lijekova za njihove zdravstvene probleme, ako je to neophodno, „spašavanjem” od nepotrebnih pregleda, ispitivanja i liječenja.

McWhinney je istakao organski baziran model bioloških procesa, u kojem način na koji se pojedini organizam ponaša dijelom zavisi o njegovoj istoriji, kontekstu i okruženju. To zahtijeva od doktora opšte prakse da traži kompleksnost i prihvati neizvjesnost, i on zaključuje da, od svih kliničkih disciplina, opšta praksa funkcioniše na najvišem nivou složenosti i posljedične nesigurnosti. U ovom predavanju on je istakao nekoliko pitanja koja smo već razmatrali – odnose, orijentaciju prema pojedincu, i dualizam između uma i tijela (fizički, psihološki i socijalni).

U vremenu konzumerizma i upravljanja ishodima, očekuje se da porodični doktori održav-

aju svoje vještine kroz cjeloživotno učenje i preuzmu odgovornost za nadzor, procjenu i poboljšanje kvalitete i sigurnosti zdravstvene njege. U nekim zdravstvenim sistemima to dovodi do obavezne reakreditacije na periodičnoj osnovi i, takođe, obaveznih sistema upravljanja kvalitetom i mjera za bezbjednost pacijenta. Druge društvene promjene će izmijeniti pogled korisnika usluga na način na koji se pruža zdravstvena zaštita i doktor opšte prakse moraće biti fleksibilan kako bi mogao odgovoriti na te promjene. Ova fleksibilnost mora se nositi sa brzim promjenama u biomedicinskom polju, koje se za opšteg kliničara dešavaju preko cijelog spektra menadžmenta bolesti.

Povećanje putovanja i imigracija može izazvati brze promjene u raspodjeli zdravlja i bolesti. To predstavlja nove izazove za doktore opšte prakse, kao i promjene u epidemiologiji opšte prakse. Porodičnom doktoru potrebno je šire razumijevanje kulturnih, etničkih i vjerskih razlika i njihov uticaj na bolesti i zdravlje, kao i njihove posljedice na liječenje.

U toku je i razvoj uloge koja se tiče upravljanja resursima. Uz sve veće troškove u zdravstvu, opšti kliničar u partnerstvu sa njegovim/njenim pacijentom je u jedinstvenoj poziciji da odredi prioritete u pružanju zdravstvene zaštite i raspodjeli resursa. Porodični doktori takođe moraju biti svjesni svoje uloge u promovisanju isplative prakse, ne samo kada su oni u pitanju nego i njihove kolege. Moguća je pojava sukoba između želja i potreba pacijenta – pojedinca i potreba zajednice kao cjeline; porodični doktor toga mora biti svjestan i biti u mogućnosti da postigne odgovarajuću ravnotežu i navedeno objasni pacijentu.

Konačno, mora biti jasno da naš obrazovni proces mora pripremiti porodične doktore za vrlo različite kliničke postupke koji nisu primarno mehaničke ili tehničke prirode, a što je način na koji se medicina uglavnom još uvijek proučava na medicinskim fakultetima širom svijeta.

Postoji potreba za mjerodavnom izjavom koja definiše i disciplinu opšte/porodične medicine i zadatke doktora opšte prakse, i povezuje ih, barem u opštem smislu sa kontekstom zdravstvenog sistema.

Ona bi trebalo da definiše:

1. One suštinske elemente discipline koji je definišu i ne zavise od zdravstvenih sistema.
2. One stručne poslove koji su generalno primjenjivi, ali mogu zavisi i od konteksta. Primjer može biti taj da je upućivanje specijalisti na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite bitna komponenta, ali da funkcija „čuvanja vrata“ sekundarne zdravstvene zaštite to nije bila.
3. Profesionalne zadatke koji, kao rezultat kontekstualnih različitosti, nisu generalno primjenjivi, ali kada se takva situacija smatra nezadovoljavajućom (npr. ako vjerujemo da se porodični doktori trebaju baviti svim uzrasnim grupama, uključujući i djecu, ali to nije moguće u pojedinim zdravstvenim sistemima), tada trebamo predložiti da se taj zdravstveni sistem promijeni, kako bi se povećale prednosti za pacijente kada su u

pitanju zdravstveni ishodi i prednosti za društvo po pitanju troškovno efikasne zdravstvene zaštite.

To nas vodi ka novim definicijama. Potrebna nam je definicija karakteristika ili načela discipline porodične medicine i definicija uloge porodičnih doktora, kategorizovana zavisno od zdravstvenog sistema u kojem rade.

| LITERATURA

1. The General Practitioner In Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice, Leeuwenhorst, Netherlands 1974
2. Framework for Professional and Administrative Development of General Practice / Family Medicine in Europe, WHO Europe, Copenhagen, 1998
3. Van Weel C. The Impact of Science on the Future of Medicine: RCGP SpringMeeting, 2001
4. Council Directive 93/16/EEC to facilitate the free movement of doctors and the mutual recognition of their diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications; Official Journal of the European Community, 165: 7/7/93
5. Proceedings UEMO Consensus Conference on Specific Training for General Practice. UEMO. Published by The Danish Medical Association. Copenhagen 1995
6. Report and Recommendations on the Review of Specific Training in General Medical Practice: Advisory Committee on Medical Training (to the European Commission), XV/E/8433/95-EN October 1995
7. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice-time for a new definition BMJ 2000; 320,354-357
8. Gay Bernard, What are the basic principles to define general practice, Presentation to Inaugural Meeting of European Society of General Practice/Family Medicine, Strasbourg, 1995
9. The Role of the General Practitioner / Family Physician in Health Care Systems: a statement from WONCA, 1991
10. The Future General Practitioner – Learning and Teaching: London; RCGP, 1972
11. The Nature of General Medical Practice – Report from General Practice 27: London; RCGP 1996
12. McWhinney Ian R, Primary care core values: core values in a changing world, BMJ, 1998, 317 (7147), 1807-1809
13. Balint M. The Doctor, his Patient and the Illness: Pitman Medical; London, 1964
14. Pereira-Gray D, Forty-seven minutes a year for the patient, British Journal of General Practice 1998; 48 (437): 1816-1817
15. Feste C, Anderson RM. Empowerment: from philosophy to practice. Patient Educ Couns 1995; 26: 139-4

16. Mola E, De Bonis J, Giancane R, Integrating patient empowerment as an essential characteristic of the discipline of general practice/family medicine, *EJGP*, Sept 2008; 89-94
17. McWhinney Ian R The importance of being different. *British Journal of General Practice*, 1996, 46, 433-436
18. Schouten LM, Hulscher ME, van Everdingen JJ, Huijsman R, Grol RP. Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: systematic review. *BMJ* 2008; 336(7659):1491-1494.
19. Dixon A, Khachatryan A. A review of the public health impact of the Quality and Outcomes Framework. *Qual Prim Care* 2010; 18(2):133-138.
20. Palacios-Derflingher L, O'Beirne M, Sterling P, Zwicker K, Harding BK, Casebeer A. Dimensions of patient safety culture in family practice. *Healthc Q* 2010; 13 Spec No:121-127.

4. OBJAŠNENJE, OBRAZLOŽENJE I AKADEMSKI PREGLED – TEMELJNE KOMPETENCIJE

4.1. Objašnjenje

Definicija discipline opšte prakse porodične medicine i specijaliste porodične medicine mora direktno upućivati na temeljne kompetencije doktora porodične medicine.

Temeljne kompetencije predstavljaju osnove discipline, bez obzira na zdravstveni sistem u kojem se primjenjuju.

Dvanaest karakteristika ove discipline odnose se na dvanaest sposobnosti koje bi svaki specijalista porodične medicine trebalo da savlada. Zbog njihove međusobne povezanosti, one su klasifikovane u šest nezavisnih kategorija temeljnih kompetencija.

4.1.1. Upravljanje primarnom zdravstvenom zaštitom

- Uključuje sposobnosti:
- da upravlja primarnim kontaktom sa pacijentima, baveći se neselektovanim problemima;
- da pokriva cijeli niz zdravstvenih stanja;
- da koordiniše zdravstvenu zaštitu sa drugim stručnjacima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, kao i sa drugim specijalistima;
- da ovlada djelotvornim i adekvatnim pružanjem zdravstvene zaštite i korištenjem zdravstvenih usluga;
- da prati, procjenjuje i poboljšava kvalitet i sigurnost zdravstvene zaštite;
- da odgovarajuće usluge unutar zdravstvenog sistema učini dostupnim pacijentu;
- da djeluje kao zagovornik za pacijenta.

4.1.2. Zdravstvena zaštita sa osobom u centru

Uključuje sposobnosti:

- da usvoji osobi centralizovan pristup u odnosu sa pacijentima i rješavanju problema u kontekstu životnih okolnosti pacijenta;
- da razvije i primijeni konsultacije u opštoj praksi u cilju stvaranja djelotvornog odnosa između pacijenta i doktora, poštujući pritom pacijentovu autonomiju;
- da komunicira, odredi prioritete i djeluje u sklopu partnerstva;
- da promoviše pacijentovo osnaživanje;
- da omogući kontinuitet zaštite, zavisno o potrebama pacijenta po pitanju kontinuiranog i koordinisanog upravljanja zdravstvenom zaštitom.

4.1.3. Specifične vještine rješavanja problema

Uključuje sposobnosti:

- da povezuje određene procese donošenja odluka sa prevalencom i incidencom bolesti u zajednici;
- da selektivno prikuplja i tumači informacije iz anamneze, fizikalnog pregleda i pretraga i da ih primi jeni u odgovarajućem planu zaštite u saradnji s pacijentom;
- da usvoji odgovarajuće radne principe, npr. faznu istragu, koristeći vrijeme kao instrument i da toleriše neizvjesnost;
- da urgentno interveniše po potrebi;
- da upravlja stanjima koja se mogu pojaviti rano i na nediferenciran način;
- da se djelotvorno i efikasno koristi dijagnostičkim i terapijskim intervencijama.

4.1.4. Sveobuhvatni pristup

Uključuje sposobnosti:

- da se istovremeno nosi sa mnogobrojnim žalbama i patologijama kod pacijenta, kako akutnim tako i hroničnim;
- da promovise zdravlje i opšte blagostanje koristeći se na odgovarajući način strategijama za promovisanje zdravlja i prevenciju bolesti;
- da upravlja i koordiniše promocijom zdravlja, prevencijom, kurativom, njegom, palijativnom njegom i rehabilitacijom.

4.1.5. Orijentiranost ka zajednici

Uključuje sposobnosti:

- da uskladi zdravstvene potrebe pacijenta kao individue i zdravstvene potrebe zajednice u kojoj živi, imajući u vidu dostupna sredstva.

4.1.6. Holistički pristup

Uključuje sposobnost:

- da koristi bio-psiho-društveni model, imajući u vidu kulturološke i egzistencijalne dimenzije.

4.2. Suštinske aplikacijske karakteristike

Kada se gore navedene kompetencije primjenjuju tokom proučavanja, učenja i praktikovanja porodične medicine, potrebno je imati u vidu tri osnovna dodatna svojstva: kontekstualno, stavovno i naučno. Ona se bave svojstvima doktora i određuju njihovu

sposobnost da primijene temeljne kompetencije u stvarnom životu, u radnoj okolini. One mogu imati veći efekat u opštoj praksi zbog bliske veze između porodičnog doktora i osoba sa kojima rade, ali se odnose na sve doktore, ne samo one opšte prakse.

4.2.1. Kontekstualni aspekti

(Razumijevanje konteksta samih doktora i sredine u kojoj rade, uključujući njihove radne uslove, zajednicu, kulturu, finansijski i regulatorni okvir)

- razumijevanje uticaja lokalne zajednice – uključujući društveno-ekonomske faktore, geografske faktore i kulturu – na radno mjesto doktora i zdravstvenu zaštitu pacijenta;
- svjesnost efekta sveukupnog obima posla na zdravstvenu zaštitu pruženu pacijentu i sredstava (npr. radnici, oprema) dostupnih za pružanje te zaštite;
- poznavanje finansijskih i pravnih okvira u kojima se pruža zdravstvena zaštita;
- razumijevanje uticaja doktorove kućne i radne sredine na zdravstvenu zaštitu koju pruža.

4.2.2. Stavovni aspekti

(Bazirani na doktorovim profesionalnim mogućnostima, vrijednostima, osjećanjima i etici)

- svjesnost o sopstvenim mogućnostima i vrijednostima – identifikovanje etičkih aspekata kliničke prakse (prevencija/dijagnostika/terapija/faktori koji utiču na način života);
- samosvjesnost: razumijevanje da su sopstveni stavovi i osjećanja bitne odrednice doktorovog načina rada;
- opravdavanje i pojašnjavanje lične etike;
- svjesnost o interakciji između privatnog i poslovnog života i stremljenje ka ravnoteži između ova dva aspekta.

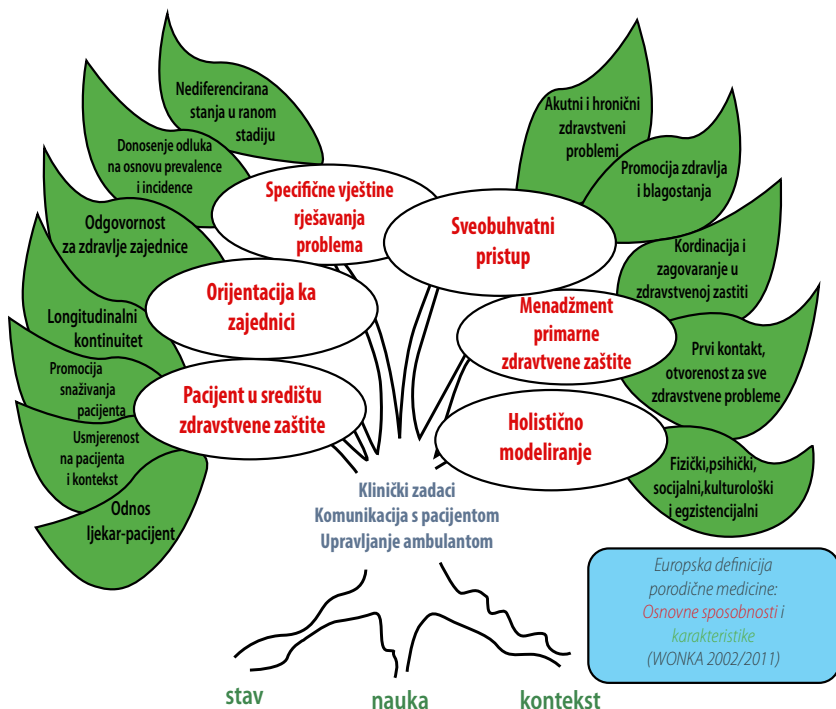
4.2.3. Naučni aspekti

(Usvajanje kritičkog i na istraživanju zasnovanog pristupa praksi i održavanje istog putem kontinuiranog učenja i poboljšanja kvaliteta)

- poznavanje opštih principa, metoda, koncepata naučnog istraživačkog rada i osnova statistike (učestalost, rasprostranjenost, predviđena vrijednost, itd);
- posjedovanje sveobuhvatnog naučnoutemeljenog znanja o patologiji, simptomima i dijagnozi, terapiji i prognozi, epidemiologiji, teoriji odlučivanja, teorijama formiranja hipoteza i rješavanja problema, preventivnoj zdravstvenoj zaštiti;
- sposobnost pronalaženja, iščitavanja i kritičkog procjenjivanja medicinske literature;
- razvijanje i održavanje kontinuiranog učenja i poboljšanja kvaliteta.

Ono što karakteriše ovu disciplinu i naglašava kompleksnost ove specijalnosti jeste međuodnos temeljnih kompetencija i suštinskih aplikacijskih karakteristika. Upravo ovaj

složeni međudnos trebalo bi da bude putokaz i ispoljavati se u razvoju povezanih planova za proučavanje, istraživački rad i poboljšanje kvaliteta. WONCA stablo (autor Swiss College, prerađeno 2011.) jasno pokazuje ovaj međudnos:



4.3. OBRAZLOŽENJE ZA OSNOVNE KOMPETENCIJE: AKADEMSKI PREGLED I ANALIZA

Uvod

Opis kompetencija (sposobnosti) rezultat je hijerarhijskog procesa. Iz principa opšte prakse kao discipline, izvedeni su profesionalni zadaci specijalizacije opšte prakse i iz tih zadataka proizilaze osnovne kompetencije. Redoslijed razvrstavanja na popisu temeljnih kompetencija ne označava veću ili manju važnost; sve su one potrebne u isporuci visoke kvalitete zdravstvene zaštite u porodičnoj medicini. One se koriste u većoj ili manjoj mjeri u zavisnosti od pacijenta i prezentovanom problemu. Ono što je jasno jeste da, kao rezultat raznih kliničkih izazova koji se susreću u svakodnevnoj opštoj praksi, one moraju biti dostupne stručnjaku doktoru opšte prakse, koji će ga primjenjivati na odgovarajući način.

Temeljne kompetencije

Dvanaest karakteristika grupisano je u šest domena kompetentnosti i dalje razvijano u grupe specifičnih kompetencija. Svaka od njih može se pratiti unazad do obilježja discipline iz koje je izvedena. Mnoge se odnose na više od jednog obilježja. Naprimjer, prvi domen kompetentnosti „Menadžment u primarnoj zdravstvenoj zaštiti“ ima sedam pojedinačnih izjava kompetencija i može se mapirati kao što je prikazano u tabeli (karakteristični elementi označeni su određenim slovom koje je korišteno i ranije):

Izjava o kompetenciji	Karakteristika
MENADŽMENT U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI	
Da upravlja primarnim kontaktom sa pacijentima, baveći se neselektivnim problemima	a) obično je mjesto prvog medicinskog kontakta sa zdravstvenim sistemom, koje obezbeđuje otvoren i neograničen pristup svojim korisnicima, baveći se svim zdravstvenim problemima, bez obzira na uzrast, pol ili bilo koje druge karakteristike osobe u pitanju (takođe i h) koja se tiče „nediferencirane bolesti“)
Da pokriva cijeli niz zdravstvenih stanja	a)
Da koordiniše zdravstvenu zaštitu sa drugim stručnjacima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, kao i sa drugim specijalistima	b) efikasno koristi resurse zdravstvene zaštite kroz koordinaciju njege, radeći s drugim stručnjacima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, te posredovanjem u kontaktu sa ostalim specijalistima, preuzimajući ulogu zagovarača za pacijenta kada je to potrebno
Da ovlada djelotvornim i adekvatnim pružanjem zdravstvene zaštite i korištenjem zdravstvenih usluga	b)
Da odgovarajuće usluge unutar zdravstvenog sistema učini dostupnim pacijentu	b)
Da djeluje kao zagovornik za pacijenta	b)

Na isti način mogu se prikazati i preostali domeni kompetencija.

Ako savlada kompetencije za svih šest ključnih domena, doktor će imati sposobnost upravljanja svim problemima koji se javljaju u opštoj praksi. One se mogu primijeniti na sve probleme bez obzira koje je kliničko područje u pitanju i mogu se koristiti za menadžment hipertenzije i kile, hroničnog bola u leđima i hroničnog zatajenja bubrega.

Suštinske karakteristike primjene

Kao što postoji šest temeljnih domena kompetentnosti, tako postoje i tri suštinske karakteristike koje se tiču njihove primjene: kontekstualna, stavovna i naučna. One se bave osobinama doktora i utvrđuju njihovu sposobnost da primijene temeljne kompetencije u svakodnevnom radu. One se odnose na sve doktore i nisu specifične za opštu praksu, ali u opštoj praksi imaju veći uticaj zbog bliskog odnosa između porodičnog doktora i ljudi sa kojima rade. Opšta praksa, kao disciplina gdje je pacijent u centru, je „visokokontekstualna“, prihvatajući subjektivni svijet pacijentovih zdravstvenih uvjerenja, porodičnih i kulturnih uticaja u definiciji problema, kao i u različitim aspektima intervencija. Većina drugih specijalnosti razvijaju se kao „niskokontekstualne“ discipline, koje, kad god je to moguće, svode odlučivanje na objektivne činjenice, mjerljive kvantitativne podatke i vizuelne dijagnostičke tehnike.

Posljedica ovoga je da doktor uključuje sebe kao osobu u odnosu sa pacijentom, a ne ponaša se samo kao davalac medicinskih usluga. U partnerstvu sa svakim pacijentom pojedinačno, ona/on mora naučiti da ra zumije i koristi vlastite stavove, prednosti i slabosti, vrijednosti i uvjerenja.

Evropa ima različite sisteme zdravstvene zaštite i raznovrsne situacije u kojima doktori opšte prakse pružaju zdravstvenu zaštitu pacijentima. Postoje neke osnovne kulturne (uključujući i vjerske) i političke razlike u društvima i populaciji koju opservira doktor opšte prakse. To može dovesti do varijacija u opisima posla. Opšta praksa je klinička disciplina, koja je više nego bilo koja druga zavisna o društvenim razlikama. Doktor opšte prakse je posrednik između društva i medicine. Ovi faktori takođe utiču na doktora kao osobu – opravdavanje, pojašnjavanje i jasna razmjena ličnih stavova sa pacijentima je jedna od kompetencija kojima treba ovladati.

Iako je visokokontekstualna i veoma individualno fokusirana disciplina, opšta praksa treba da bude što je moguće više bazirana na naučnim dokazima. Korištenje iskustva u vođenju pacijenta ostaje veoma važno, ali ono treba gdje god je to moguće biti podržano i potkrijepljeno ispravnim dokazima koji su objavljeni i objedinjeni u medicinskoj literaturi i smjernicama. Porodični doktori moraju biti u mogućnosti da istražuju, sakupljaju, razumijevaju i kritički tumače naučna istraživanja i koriste dokaze gdje god je to moguće. Kritičko razmatranje iskustva u praksi treba postati stav koji se održava kroz cijelu profesionalnu karijeru. Poznavanje i korištenje principa cjeloživotnog učenja i poboljšanja kvaliteta treba posmatrati kao osnovnu kompetenciju.

Kompetencije i učinak

Temeljne kompetencije su neophodne da bi osoba postala vješti eksponent opšte prakse kao discipline. Međutim, samo sticanje kompetencija ne garantuje da će one biti primijenjene u svakodnevnom radu, što bi dovelo do stvarnog rezultata. Kompetencija može biti definisana kao sposobnost doktora opšte prakse da uspješno izvede niz zasebnih primjetnih zadataka odvojeno od stvarnog rada.

Prema tome, kompetencija se može gledati kao sposobnost pojedinca da djeluje na potrebnom nivu u datoj situaciji. U Miller trouglu, nivoi: 'zna' (osnovne činjenice), 'zna kako' (u stanju je da primjenjuje znanje) i 'pokazuje kako' (u stanju je pokazati vještine), odnose se na koncept kompetencije (vidi sliku 1). Učinak se može definisati kao ono što doktor zapravo radi u kliničkoj njezi i komunikaciji s pacijentima u svakodnevnoj praksi; učinak se odnosi na Millerov nivo 'radi'. Smatra se da on u velikoj mjeri zavisi o postojećim uslovima i zahtjevima zdravstvene zaštite, finansijskim i strukturnim mogućnostima, prilikama u praksi i podršci.

Slika1. Adaptacija Millerovih "nivoa"



Međutim, uspješno pretvaranje sposobnosti za obavljanje u stvarni učinak takođe zahtijeva bitne aplikativne karakteristike, koje su karakteristike doktora, a ne zdravstvenog sistema. To može biti predstavljeno sljedećim dijagramom:



Suštinske karakteristike doktora, njegovi ili njeni stavovi, atributi i interakcije sa sistemom zdravstvene zaštite i društva u kojem on/ona radi određuje nivo rezultata koji se postiže. Područje 'radi' u gornjem dijagramu nije homogeno, već sadrži različite nivoe stručnosti od 'sposobnog', 'iskusnog' do 'stručnog'.

Međuodnos temeljnih kompetencija i bitnih karakteristika odlika je ove discipline i naglašava kompleksnost specijalnosti, kao i sposobnost sintetizovanja i primjene širokog spektra kompetencija u radu s pacijentom i problemom, a koje definišu stručnjaka opšte prakse.

Kompetencije u ovom dokumentu polazište su za određivanje standarda za kompetentnog specijalistu porodične medicine. One su primjenjive u svim sistemima zdravstvene zaštite i formiraju teorijski model ili okvir za proučavanje i učenje naše discipline.

Realnost praksi mogu i razlikovaće se u različitim zemljama, kulturama i sistemima zdravstvene zaštite, kao i poslovi koje doktor opšte prakse treba da obavlja. Međutim, kompetencije potrebne za pružanje tih zadataka trebaju biti iste.

LITERATURA

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

5. PRILOZI

Prilog 1.

Leeuwenhorst definicija, 1974.

„Doktor opšte medicine je licencirana osoba sa diplomom medicinskog fakulteta koja pruža ličnu, primarnu i kontinuiranu zaštitu pojedincima, porodicama i stanovništvu, bez obzira na uzrast, pol i bolest. Jedinstven je način na koji objedinjuje sve ove funkcije. Svoje pacijente zbrinjava u svojoj ordinaciji i u njihovim domovima, a ponekad i na klinici ili u bolnici. Njegov cilj je da rano uspostavi dijagnozu. U svom razmatranju zdravlja i bolesti, on uključuje i integriše fizičke, psihološke i socijalne faktore. Navedeno će se izražavati u njegovoj brizi za pacijente. Donosi početne odluke o svakom problemu koji mu se kao doktoru predstavi. Provodi kontinuiranu zdravstvenu zaštitu svojih pacijenata sa hroničnim, ponavljanim ili terminalnim bolestima. Dugotrajna veza omogućava mu da iskoristi prilike za prikupljanje podataka na način koji je odgovarajući za svakog pacijenta i izgradi odnos povjerenja koje može koristiti profesionalno. On svoj rad provodi u saradnji s drugim kolegama, kako medicinskim tako i nemedicinskim. On će znati kako i kada intervenisati kroz liječenje, prevenciju i edukaciju za promociju zdravlja svojih pacijenata i njihovih porodica. On je svjestan da, takođe, ima profesionalnu odgovornost prema zajednici.“

WONCA definicija, 1991.

„Doktor opšte prakse ili porodični doktor je ljekar koji je prije svega zadužen za pružanje sveobuhvatne zdravstvene zaštite svakom pojedincu koji traži medicinsku pomoć, ali i organiziranje drugog zdravstvenog osoblja za pružanje usluga kada je to neophodno. Porodični doktor funkcioniše kao opšti praktičar koji prihvata svakog ko traži zdravstvenu zaštitu, dok drugi davaoci zdravstvenih usluga ograničavaju pristup svojim uslugama zavisno od uzrasta, pola ili dijagnoze.“

Porodični doktor brine za pojedinca u kontekstu porodice, kao i porodice u kontekstu zajednice, bez obzira na rasu, vjeru, kulturu ili društveni status. On je klinički nadležan pružati veći dio njihove zdravstvene zaštite, nakon što uzme u obzir njihov kulturni, društveni, ekonomski i psihološki kontekst. Osim toga, on preuzima ličnu odgovornost za pružanje sveobuhvatne i kontinuirane zdravstvene zaštite svojim pacijentima.

Porodični doktor ostvaruje svoju profesionalnu ulogu kroz pružanje zdravstvene zaštite, bilo direktno ili putem usluga drugih stručnjaka, a u skladu sa zdravstvenim potrebama i resursima dostupnim unutar zajednice u kojoj djeluje.“

Olesen definicija, 2000.

„Doktor opšte medicine je specijalista koji je obučen za rad na prvoj liniji zdravstvenog sistema i koji preduzima početne korake za medicinsko zbrinjavanje bilo kojeg zdravstvenog problema kojeg pacijenti mogu imati. Opšti praktičar brine o pojedincu u društvu, bez obzira na vrstu pacijentove bolesti ili druge lične i društvene karakteristike, te organizuje resurse dostupne u zdravstvu na najbolji način za pacijente. Doktor opšte medicine saraduje sa autonomnim pojedincima na polju prevencije, dijagnostike, liječenja, njege, kao i palijative, koristeći i integrišući znanje iz biomedicine, medicinske psihologije i medicinske sociologije.“

Prilog 2.

Priznanja

WONCA Evrope zahvalna je svim organizacijama i pojedincima koji su doprinijeli pisanim komentarima ili su učestvovali u procesu konsultacija prilikom nastajanja ovog dokumenta.

Zahvalnost ide:

Austrijskom društvu opšte prakse/porodične medicine

Kanadskom koledžu porodične medicine

Francuskom nacionalnom koledžu za filozofska i društvena pitanja

Danskom koledžu za opštu medicinu

Holandskom koledžu za opštu medicinu

Evropskoj akademiji nastavnika u opštoj medicine

Evropskoj radionici istraživanja u opštoj medicini

Evropskoj mreži za prevenciju i promociju zdravlja u porodičnoj medicine

Evropskoj zajednici opšte medicine

Evropskoj radnoj grupi za osiguranje kvaliteta

Islandskom koledžu za porodičnu medicine

Koledžu za porodičnu medicinu, Malta

Norveškom koledžu za opštu medicinu

Kraljevskom koledžu za opštu medicinu, Velika Britanija

Slovačkom društvu za porodičnu medicinu

Španskom društvu za porodičnu i socijalnu medicinu

Švedskoj asocijaciji opšte medicine

Švajcarskom društvu za opštu medicinu SZO, Kancelarija u Barseloni

Svjetskoj organizaciji porodičnih ljekara

Dr. M. Bolandu

Dr. G. Buckleyu

Dr. J. Horderu

Prof. C. Lionisu.

Prilog 3.

Definicije na engleskom jeziku

Postoji mnogo nedoumica oko jezika koji se koristi u vezi porodične medicine kao i njegovog tumačenja. Da ne bi došlo do pogrešnih tumačenja ili nerazumijevanja, za potrebe ovih rasprava navodimo sljedeće pojmove koji su definisani kako slijedi:

Opšti praktičar (General practitioner) Porodični doktor (Family doctor)	Sinonimi; koriste se za opis doktora koji imaju postdiplomsku edukaciju iz opšte medicine, barem do nivoa definisanog u poglavlju 4. Doktorske direktive
Doktor primarne zdravstvene zaštite (Primary care physician)	Doktor iz bilo koje medicinske oblasti koji radi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
Doktor sekundarne zdravstvene zaštite (Secondary care physician)	Doktor koji je završio višu postdiplomsku edukaciju u disciplini zasnovanoj na bolestima određenih organa i sistema i koji radi pretežno u toj oblasti u bolničkim uslovima
Specijalista (Specialist)	Doktor iz bilo koje medicinske oblasti koji je završio višu postdiplomsku edukaciju
Primarna zdravstvena zaštita (Primary care)	Postavka unutar sistema zdravstvene zaštite, najčešće unutar pacijentove zajednice, u kojoj dolazi do prvog kontakta sa zdravstvenim radnikom (osim kada su u pitanju ozbiljne povrede)

Prilog 4.

Priznanja

Evropski savjet WONCA-e zahvalno je svim članovima Komisije koji su učestvovali u postupku revizije 2011. godine, a to su:

Dr. Ernesto Mola, ASSIMEFAC – Interdisciplinarno naučno društvo porodične i socijalne medicine, Italija

Tina Eiksson, predsjednik EQUIP-a, Danska

Miguel José Ortiz Bueno, Međunarodna sekcija SEMFYC-a, Španija

Profesor Bernard Gay, predsjednik CNGE-a, Univerzitet u Bordeauxu, Francuska

Janko Kersnick, predsjednik EURACT-a, Slovenija

Ravzan Miftode, Rumunsko nacionalno društvo porodične medicine, Rumunija

Margaret O Riordan, Irski koledž opšte medicine, Irska

Dr. Paul Ram, Univerzitet u Maastrichtu, Holandija

