

Anita Meglič<sup>1</sup>, Marija Petek Šter<sup>2</sup>

## Medicina na podeželju v svetu in Sloveniji

### *Rural Medicine Around the World and in Slovenia*

#### IZVLEČEK

KLJUČNE BESEDE: medicina na podeželju, poučevanje medicine na podeželju, pomanjkanje zdravnikov na podeželju, izbirni predmet

Geografski položaj ambulate, oddaljenost od sekundarnih in terciarnih zdravstvenih centrov, socialne, ekonomske ter kulturne značilnosti podeželskega okolja in populacije oblikujejo delovno okolje zdravnika na podeželju ter vplivajo na njegovo delo. Pomanjkanje zdravnikov v podeželskih skupnostih je že več desetletij težava, do katere so predvsem Avstralija, Kanada in ZDA pristopile z oblikovanjem strategij za privabljanje zdravnikov na podeželje. Odraščanje na podeželju in opravljanje vaj v podeželskih ambulantah in klinikah med študijem sta dejavnika, ki najbolj vplivata na kasnejše poklicno delovanje v podeželskem okolju. Na ljubljanski Medicinski fakulteti je od študijskega leta 2017/2018 študentom na voljo izbirni predmet Medicina na podeželju in v oddaljenih krajih. Namen predmeta je študente seznaniti z medicino na podeželju in v njih vzbuditi zanimanje za delo zdravnika na podeželju. V prispevku želimo seznaniti bralca z medicino na podeželju v svetu in v Sloveniji ter predstaviti njeno poučevanje na Medicinski fakulteti v Ljubljani.

#### ABSTRACT

KEY WORDS: rural medicine, rural medicine education, rural physicians' shortage, elective course

The geographical location of the clinic, the distance from secondary and tertiary referral hospitals, the social, economic and cultural characteristics of the rural environment and the population all shape the working environment of rural physicians and influence their work. The shortage of physicians in rural communities has been a problem for decades. Australia, Canada and United States, in particular, have approached it by developing strategies to attract physicians to rural areas. Rural background and rural-based clinical experience during medical school are the two factors that influence subsequent rural practice. Beginning with the 2017/2018 academic year, the Faculty of Medicine at the University of Ljubljana offers students the elective course Medicine in rural areas and remote places. The aim of the course is to provide students exposure to rural practice and to arouse their interest in the work of a rural physician. In this paper, we want to acquaint the reader with rural medicine around the world and in Slovenia and also present how it is taught at the Faculty of Medicine in Ljubljana.

<sup>1</sup> Anita Meglič, štud. med., Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana; anitameglic@gmail.com

<sup>2</sup> Prof. dr. Marija Petek Šter, dr. med., Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

## UVOD

V preteklih desetletjih se je na slovenskih televizijskih zaslonih zvrstilo nekaj nadaljevank, kjer je bil v središče zgodbe postavljen zdravnik na podežlju. Tako smo si lahko v devetdesetih letih najprej ogledali ameriško nadaljevanko Severna obzorja (angl. *Northern Exposure*), pred nekaj leti pa še Zdravnico malega mesta (angl. *Hart of Dixie*) in Gorskega zdravnika (nem. *Der Bergdoktor*), ki je v Sloveniji povzročil precejšnjo evforijo. Čeprav je medicinski vidik v omenjenih nadaljevanjih nemalokrat potisnjen v ozadje, pa si vse glavne osebe delijo podobne značilnosti. Prikazani so kot zdravniki z obilico medicinskega znanja in izjemno širino, poleg tega pa so tesno vključeni tudi v druge vidike podeželskega življenja in so za svojo okolico nepogrešljivi.

Na tem mestu lahko potegnemo nekaj vzporednic z resničnim življenjem. Zdravnika na podežlju namreč ne opredeljuje samo geografska lega njegove ordinacije, ampak je treba upoštevati tudi zgodovinske, socialne, kulturne in ekonomske dejavnike okolja, v katerem deluje in ki vplivajo na njegovo delo (1).

## OPREDELITEV MEDICINE NA PODEŽLJU

Polovica svetovne populacije živi v podeželskih območjih, večina zdravstvenih centrov in medicinskega osebja pa je zgoščena v mestnih središčih. To neravnovesje je prisotno v večini držav, njegov vpliv pa je najbolj izražen v ekonomsko manj razvitih državah (2). Največ raziskav s področja medicine na podežlju prihaja iz razvitih držav z veliko površino in številnimi skupnostmi, ki so več sto kilometrov oddaljene od mestnih središč s sekundarnimi in terciarnimi medicinskimi centri. Avstralija, Kanada in ZDA so tako resno pristopile k izboljššanju medicinske oskrbe ljudi, ki živijo na podežlju (3, 4).

## Opredelitev medicine na podežlju v svetu

Opredelitve podeželskega okolja in posledično medicine na podežlju se razlikujejo med državami in tudi znotraj posameznih držav (1). Stališče Organizacije združenih narodov je, da ni mogoče uvesti ene opredelitve podeželskega okolja, ki bi jo lahko uporabile vse države, predvsem zaradi velikih razlik v posebnostih, ki ločujejo mestna od podeželskih okolij v posamezni državi. Vsaka država naj zato podeželsko in mestno okolje opredeli sama glede na svoje potrebe (5).

Merila, ki se običajno uporabljajo za ločitev podeželskega od mestnega okolja, so število prebivalcev, gostota prebivalcev, bližina večjih mest, osnovne ekonomske aktivnosti in stopnja pomeščanja (6). Po merilih Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD) je neko območje lahko pretežno podeželsko, vmesno ali pretežno mestno glede na gostoto populacije, odstotek populacije določenega območja, ki živi v podeželskih skupnostih, in prisotnost večjih mestnih središč na tem območju (7). V ZDA obstaja več opredelitev podeželskega okolja, najbolj splošno sprejeti sta opredelitev Urada za ekonomijo in proračun (Office of Management and Budget) in opredelitev Statističnega urada (Census Bureau). Obema je skupno, da podeželsko območje opredeljujeta kot odsotnost mestnih središč (8). Tudi v Kanadi je prisotnih vsaj šest različnih opredelitev podeželskega okolja (9). Kanadsko združenje družinskih zdravnikov (The College of Family Physicians of Canada) je sprejelo opredelitev podeželskega okolja kot odsotnost mestnih središč z več kot 10.000 prebivalci (10).

Na ravni Evropske unije uporabljamo Eurostat tipologijo, ki je narejena po vzoru OECD. Podeželska območja so vsa območja zunaj mestnih središč (najmanj 5.000 prebivalcev in gostota populacije več kot 300

prebivalcev na km<sup>2</sup>). Več območij potem združimo v regije, ki so glede na delež populacije, ki živi v podeželskih območjih, lahko pretežno podeželske (> 50 % prebivalcev živi v podeželskih območjih), vmesne ali pretežno mestne (< 20 % prebivalcev živi v podeželskih območjih) (11, 12).

Določitev geografskega okvira je šele prvi korak k opredelitvi medicine na podeželju. Upoštevati moramo še druga merila, ki so značilna za področje medicine. To so oddaljenost ambulante od sekundarnih in terciarnih centrov, število drugih splošnih zdravnikov v okolici, čas potovanja do bivališča najbolj oddaljenega bolnika in omejen dostop do sodobne tehnologije (3, 6, 13).

Primer je opredelitev Kanadskega združenja urgentnih zdravnikov (Canadian Association of Emergency Physicians), ki medicino na podeželju deli na štiri področja. Podeželsko področje je vsako, kjer medicinsko oskrbo nudi splošni zdravnik ali drug zdravstveni delavec, pomoč kliničnih specialistov pa ni hitro dosegljiva. Osamljeno podeželsko področje je od bolnišnice oddaljeno več kot 400 km ali štiri ure vožnje. Odročno podeželsko področje je od bolnišnice oddaljeno od 80 do 400 km ali od ene do štiri ure vožnje. Bližnje podeželsko področje je od bolnišnice oddaljeno manj kot 80 km ali eno uro vožnje (14). Avstralsko združenje splošnih zdravnikov (Royal Australian College of General Practitioners, RACGP) medicino na podeželju opredeli kot zdravstveno oskrbo zunaj mestnih središč, kjer lega ambulante obveže splošnega oz. družinskega zdravnika, da izvaja posege, ki mu jih v mestni ambulanti ne bi bilo treba (13).

Kanadske in avstralske opredelitve medicine na podeželju je zaradi velike razlike v površini držav težko prenesti na evropske in še posebej slovenske razmere (15).

V Nemčiji so poizkušali medicino na podeželju opredeliti s pomočjo prirejene novozelandske lestvice podeželskih značilnosti (Rural Ranking Scale, RRS). Upoštevati so število zdravnikov, ki so na voljo za

dežurstvo, čas potovanja do bolnišnice, satelitske klinike, bivališča najbolj oddaljenega bolnika in sosednjega splošnega zdravnika ter čas do prihoda pomožne reševalne ekipe na kraj nesreče (15).

## Opredelitev medicine na podeželju v Sloveniji

V Sloveniji je Sekcija zdravnikov družinske medicine v podeželskih in odmaknjenih ambulantah medicino na podeželju opredelila kot ambulante, ki se nahajajo na (16):

- podeželju, tj. izven večjih naselij (v krajih z manj kot 5.000 prebivalci in v krajih, ki so od večjih mest oddaljeni vsaj 15 km), ali
- v izrazito kmečkem, poljedelskem, hribovitem ali redko poseljenem okolju ali
- na odmaknjenih območjih (> 20 km do najbližje bolnišnice in/ali do enote stalne nujne medicinske pomoči).

Nadalje velja, da na isti legi oz. znotraj 10 km od lege ambulante zdravnik dela sam ali z največ še enim zdravnikom družinske medicine. Te ambulante so lahko del zdravstvenih in zasebnih zavodov ali ambulan-te samostojnih zdravstvenih delavcev (16).

## POSEBNOSTI DELA IN DELOVNEGA OKOLJA ZDRAVNIKA NA PODEŽELJU

Posebnosti dela zdravnika na podeželju (angl. *rural generalist*) so v veliki meri posledica oddaljenosti sekundarnih in terciarnih centrov ter okolijskih, političnih, ekonomskih, kulturnih in socialnih posebnosti podeželskega okolja (1). Delo zdravnika na podeželju v veliki večini opravljajo specialisti splošne in družinske medicine (4). Tako za splošno kot za družinsko medicino velja, da je v ospredju v bolnika usmerjena zdravstvena oskrba, ki mora biti celostna in empatična, poseben poudarek pa je na dolgotrajnem odnosu med bolnikom in zdravnikom. Izraz družinska medicina se je uveljavil v 60. letih, najprej v ZDA, nato

pa se je razširil po svetu. Vendar v številnih državah še danes namesto izraza družinska medicina uporabljajo izraz splošna medicina. V Sloveniji od leta 2000 poznamo specializacijo iz družinske medicine. Tudi v našem okolju specialisti družinske medicine in specialisti splošne medicine opravljajo enako delo (17–20).

### **Medicinski vidik**

Obseg dela zdravnika na podeželju je oblikovan tako, da zadosti potrebam skupnosti, v kateri deluje (4). Zdravniki, ki delajo v podeželskih skupnostih, morajo tako imeti dodatna znanja in veščine, ki jih v mestnih okoljih posedujejo samo specialisti določene stroke (21). Avstralija je leta 2007 pričela z izvajanjem programa The Queensland Health and Rural Generalist Pathway, preko katerega nudi specializantom, ki bi želeli delati kot zdravniki na podeželju, dodatna izobraževanja na področju ginekologije in porodništva, anesteziologije, kirurgije, pediatrije, psihatrije in urgentne medicine. Podobna znanja imajo pogosto tudi kanadski, ameriški in novozelandski zdravniki na podeželju, ki s tem podeželski populaciji omogočijo dostop do sekundarne ravni oskrbe (4, 21).

Tudi v Evropi obstajajo razlike med delom zdravnika na podeželju in zdravnika v mestnem okolju. Zaradi manjših razdalj med oddaljenimi podeželskimi področji in sekundarnimi medicinskimi centri pa so te razlike manjše (4, 22). Zdravniki na podeželju imajo v povprečju daljši delovnik, več opreme in opravijo več posegov, pogosteje delajo v strokovni osami in so pogosteje dežurni. Poleg tega imajo težave z organizacijo dopustov in obiskom strokovnih izobraževanj, saj težko najdejo zdravnika, ki bi jih nadomeščal v času odsotnosti (22–24).

### **Socialni vidik**

V povprečju je v podeželskih skupnostih večji delež starejših in manj izobraženih ljudi, višja je stopnja brezposelnosti in večji je delež ljudi pod pragom revščine (6, 7).

V ZDA je bilo narejenih več raziskav, kjer so primerjali zdravje podeželske in mestne populacije. Ugotovili so, da imajo ljudje na podeželju več kroničnih bolezni, krajšo pričakovano življenjsko dobo, večjo incidenco delovnih in prometnih nesreč ter so redkeje deležni preprečevalne zdravstvene oskrbe (25–27). Več težav imajo tudi s prevozom do zdravnika, potovalni čas pa je daljši (26). Podobne izsledke imajo tudi raziskave, narejene v Kanadi in Avstraliji (10, 28). Na ravni Evropske unije in Združenega kraljestva so rezultati raziskav precej bolj raznovrstni in ne kažejo vedno v smer slabšega zdravja podeželske populacije (29–31).

Bolniki na podeželju večkrat osebno poznajo svojega zdravnika, so z njim v prijateljskih odnosih in je zato nekaterim težje poiskati pomoč, še posebej, če gre za zdravstveno težavo, ki je stigmatizirana (27). Tudi zdravniki, ki delajo v podeželskem okolju, navajajo, da do skupnosti, v kateri delajo, čutijo posebno odgovornost in povezanost ter da je mnogokrat težko popolnoma ločiti poklicno življenje od zasebnega. Nema lokrat bolniki k njim po pomoč pridejo tudi izven delovnega časa ali pa jim vprašanja, povezana z zdravstvenim stanjem, postavljajo kar med naključnim srečanjem v trgovini ali na ulici. Poleg tega bolniki pri njih pogosto iščejo nasvete v zvezi s socialnimi, ekonomskimi, osebnimi in družinskimi težavami (22, 24, 32).

### **Pomanjkanje zdravnikov na podeželju**

Najbolj pereča težava na področju podeželske medicine je pomanjkanje zdravnikov, ki bi delali v podeželskih ambulantah (35). V ZDA približno 19,3 % ljudi živi na podeželju, za njih pa skrbi 8,9 % zdravnikov. V mestnih naseljih je za 100.000 prebivalcev v povprečju skrbelo 84 družinskih zdravnikov, v podeželskih pa samo 68. Zanimanje za delo zdravnika na podeželju med študenti je nizko (34, 35). Razmere so nekoliko boljše v Kanadi, kjer na podeželju živi 18 % ljudi,

tam pa dela 14 % družinskih zdravnikov (10). Za Avstralijo velja, da je pomanjkanje splošnih zdravnikov najbolj izrazito v najbolj odročnih področjih (28). Tudi evropske države se soočajo s pomanjkanjem zdravnikov na podeželju, vendar je to zaradi majhnosti držav manj očitno (33, 36, 37). V Nemčiji je pomanjkanje splošnih zdravnikov najbolj izrazito v podeželskih in ekonomsko šibkejših območjih (33, 38).

Tudi v Sloveniji je bilo v preteklosti pomanjkanje splošnih in družinskih zdravnikov najbolj izrazito na podeželju, danes pa se soočamo z vsesplošnim pomanjkanjem družinskih zdravnikov (39–41).

Leta 2016 je bila na vzorcu 21 študentov Medicinske fakultete v Mariboru opravljena raziskava na temo podeželskih ambulant v Sloveniji. Iz izsledkov te raziskave je moč razbrati, da študentje vidijo delo podeželskega zdravnika kot vsestransko, razgibano, naporno in odgovorno. Kot prednosti podeželskih ambulant so izpostavili manjše delovne skupine, boljše sporazumevanje in večjo hvaležnost bolnikov, kot slabosti pa veliko obremenjenost, neprimeren delovni čas, delo v strokovni osami ter premalo cenjeno in plačano delo. Večina študentov je izrazila željo, da bi bil v učnem načrtu večji poudarek na področju podeželske medicine (42).

## NAČELA POUČEVANJE MEDICINE NA PODEŽELJU

K težavi pomanjkanja zdravnikov na podeželju so predvsem razvite države pristopile z razvojem strategij in programov, s pomočjo katerih bi to pomanjkanje zmanjšali oz. odpravili (43). Programi so usmerjeni na več različnih ravni, združeni v nepretrgano celoto pa tvorijo t. i. načelo cevovoda (angl. *the pipeline concept*), ki se je izkazalo kot učinkovito orodje pri pridobivanju zdravnikov na podeželska področja (43, 44). Programe lahko glede na raven posega delimo v naslednje skupine (44):

- programi, katerih cilj je vzbuditi zanimanje za študij medicine pri dijakih in študentih, ki izhajajo iz podeželskega okolja,
- programi, katerih cilj je pri študentih medicine in mladih zdravnikih vzbuditi zanimanje za delo zdravnika na podeželju,
- programi, katerih cilj je dati specializantom možnost izobraževanja in dela v podeželskem okolju, ter
- programi, katerih cilj je zadržati zdravnike v podeželskem okolju.

## Vpliv odraščanja v podeželskem okolju

Študentje, ki izhajajo iz podeželskega okolja, se po končanem izobraževanju v večjem deležu odločijo, da svojo poklicno kariero nadaljujejo na podeželju, kot študentje, ki izhajajo iz mestnih okolij (35, 36, 45–48). Wendling in sodelavci so raziskovali, kateri dejavnik, povezan s podeželsko identiteto, najbolj predvidi željo po delu v podeželskem okolju pri študentih medicine v ZDA. Ugotovili so, da se za delo na podeželju v največjem deležu odločajo tisti študenti, ki sami zase pravijo, da so odraščali v podeželskem okolju. Dobro napovedno vrednost kasnejšega dela na podeželju ima še obiskovanje srednje šole na podeželju (46).

## Poučevanje medicine na podeželju med dodiplomskim študijem

Poleg odraščanja v podeželskem okolju je izpostavljenost medicini na podeželju med študijem najpomembnejši napovedni dejavnik za kasnejše delo v podeželskem okolju (33, 35, 49–56). Po podatkih, ki jih je v svoji raziskavi objavil Holst, se študentje, ki se med študijem spoznajo z medicino na podeželju, v povprečju štirikrat pogosteje odločijo za delo na podeželju (36). Raziskave so pokazale tudi pozitivno povezavo med opravljanjem vaj na podeželju in izbiro specializacije iz družinske medicine (57). Pomen vpliva izpostavljenosti medicini na podeželju med študijem na odločitev študentov

za kasnejše delo v podeželskem okolju je težko točno oceniti zaradi pristranosti samoizbire. Študentje, ki jih delo v podeželskem okolju že v osnovi privlači, se bodo raje odločili za sodelovanje v programih, ki ponujajo možnost opravljanja vaj v podeželskem okolju (35, 55, 57, 58).

Pristop do vključevanja medicine na podeželju v program študija je v veliki meri odvisen od potreb posamezne države in usmerjenosti posameznih medicinskih fakultet (59). Tako države, ki potrebujejo večje število zdravnikov na podeželju, omogočajo, da izbrani, prizadevni študenti velik delež vaj opravijo v podeželskem okolju. S tem namenom so bile ustanovljene tudi nekatere medicinske fakultete (51, 59, 60). V številnih raziskavah so dokazali da se študentje, ki so več časa preživeli v podeželskih ambulantah in klinikah, v večjem deležu odločajo za delo v podeželskem okolju (35, 36, 48, 61, 62). Za najučinkovitejšega se je izkazal longitudinalni pristop, kjer študenti od prvega letnika naprej vsaj del obveznosti opravijo v ambulantah in klinikah na podeželju (44, 54, 63).

Medicinska fakulteta Univerze v Minnesoti je že konec 60. let pričela z izvajanjem dveh programov, katerih cilj je povečati število zdravnikov na podeželju. Najprej so pričeli z izvajanjem programa, v sklopu katerega študenti prvih dveh letnikov med večtedenskimi vajami v podeželskem okolju podrobno spoznajo delo zdravnika na podeželju. V sklopu drugega programa pa študentom omogočijo devetmesečne vaje v podeželskem okolju pod mentorstvom specialista družinske medicine. Izmed študentov, ki so sodelovali v obeh programih, se jih je 77 % odločilo za specializacijo iz družinske medicine, 54 % pa se jih je zaposlilo v podeželskem okolju (54).

Avstralska vlada je v začetku 90. let začela z uvajanjem vaj v podeželskem okolju v študijski program, leta 2001 pa se je odprla prva podeželska klinična šola (angl. *rural clinical school*, RCS). Namen RCS je

omogočiti študentom zaključnih letnikov dolgotrajne vaje v podeželskem okolju (49, 50). Tudi Kanada študentom že več desetletij omogoča opravljanje kliničnih vaj v podeželskem okolju (60). V Kanadi je bila z namenom zagotavljanja zdravnikov za oskrbo prebivalcev na podeželju ustanovljena North Ontario School of Medicine (NOSM). Študenti med celotnim študijem opravljajo vaje v ambulantah in klinikah na podeželju, poseben poudarek je na opravljanju vaj v staroselskih skupnostih. Celoten tretji letnik je posvečen vajam družinske medicine v 14 različnih podeželskih skupnostih. Med letoma 2009 in 2013 se je 62 % diplomantov NOSM odločilo za specializacijo iz družinske medicine (večinoma v podeželskih okoljih), kar je skoraj dvakrat več od kanadskega povprečja (60).

Tudi na Norveškem so kot odgovor na pomanjkanje zdravnikov na severu države leta 1972 ustanovili Medicinsko fakulteto v Tromsøju. Študenti, ki izhajajo iz lokalnega okolja (severa Norveške), imajo pri vpisu prednost, vaje pa v veliki meri potekajo v ambulantah in bolnišnicah na podeželju. Leta 2013 je 51 % zdravnikov, ki so na fakulteti v Tromsøju diplomirali med letoma 1979 in 2012, delalo na severu Norveške, delež pa znaša kar 59,7 %, če upoštevamo le kohorto zdravnikov, ki so diplomirali po letu 2004. V primarnem zdravstvenem varstvu je delalo 42,5 % diplomantov (47, 51, 52).

Po drugi strani pa številne medicinske fakultete študentom ponujajo možnost seznanitve z medicino na podeželju preko kratkotrajnih vaj v podeželskih ambulantah (33, 59, 64). Zaradi majhnega števila raziskav ni povsem jasno, kakšen vpliv imajo kratkotrajne vaje v podeželskem okolju na kasnejšo izbiro poklicne usmeritve (33, 59, 63, 65).

Na Medicinski fakulteti v Magdeburgu v Nemčiji so leta 2014 organizirali 14-dnevne klinične vaje v podeželskem okolju za izbrane študente četrtega in petega letnika.

Po končanih vajah so vsi sodelujoči študentje izkazali večje zanimanje za delo v podeželskem okolju kot pred začetkom vaj (33).

## **Vloga zdravnika na podeželju v procesu izobraževanja**

Zdravnik na podeželju lahko na več načinov prispeva k pridobivanju novih zdravnikov v podeželsko okolje. Svoj poklic lahko preko obiska v vrtcih in šolah predstavi mlajšim otrokom, ki v njem lahko vidijo vzornika in se odločijo slediti njegovi poti. Lahko je mentor študentom medicine in kasneje specializantom družinske medicine (43, 50). Odnos mentor-varovanec se tako lahko začne graditi že v prvih letnikih študija preko predmetov Sporazumevanje in Stik z bolnikom in se med študijem samo še nadgrajuje (66). Vaje v podeželskem okolju študentom ponujajo dobro priložnost za učenje in izpopolnjevanje kliničnih veščin. Prednosti vaj v ambulantah na podeželju so več dela posameznika z mentorjem, več priložnosti za opravljanje posegov, delo na več različnih deloviščih (ambulantna, hišni obiski, urgencia, satelitske klinike) in bolj osebni odnos z bolniki (57, 63, 65). Dejstvo pa je tudi, da slabo organizirane vaje, slab odnos mentorjev in zahtevno delovno okolje (dolga delovna, velika odgovornost, socialna izolacija itd.) negativno vplivajo na odločitve študentov za delo v podeželskem okolju (35, 37, 63).

## **POUČEVANJE MEDICINE NA PODEŽELJU V SLOVENIJI**

Študenti obeh slovenskih medicinskih fakultet imajo možnost spoznati delo zdravnika na podeželju v okviru vaj pri predmetu Primarno zdravstveno varstvo na ljubljanski Medicinski fakulteti ter pri predmetih Družinska medicina 1 in 2 na mariborski Medicinski fakulteti (67, 68). V raziskavi, opravljeni na študentih mariborske Medicinske fakultete, je samo 14 % študentov vaje iz družinske medicine opravljal v podeželskem okolju, skupaj pa je med študijem

vaje oz. prostovoljno prakso v podeželskem okolju opravljal 29 % študentov (42).

Pred študijskim letom 2017/2018 na slovenskih medicinskih fakultetah ni bilo predmeta, ki bi bil primarno namenjen izobraževanju na področju podeželske medicine (42).

## **Izbirni predmet Medicina na podeželju in v odmaknjenih krajih**

V študijskem letu 2017/2018 se je na ljubljanski Medicinski fakulteti začel izvajati izbirni predmet Medicina na podeželju in v odmaknjenih krajih. Namenjen je študentom tretjega in četrtega letnika in je vrednoten s šestimi kreditnimi točkami (69).

### **Namen in cilji**

Namen izbirnega predmeta je študentom predstaviti delo in življenje zdravnika na podeželju in pomagati oblikovati stališča bodočih zdravnikov do dela zdravnika na podeželju. Študentje spoznajo posebnosti in omejitve dela zdravnika na podeželju ter se preko vaj naučijo nekaterih kliničnih veščin, ki so potrebne za njegovo delo (69).

### **Oblike in metode pouka**

Teoretični uvod traja štiri šolske ure in je namenjen seznanitvi z delom zdravnika na podeželju ter predstavitvi značilnih primerov obravnav v podeželskem okolju. Izbrani mentorji študentom predstavijo lasten vidik dela podeželskega zdravnika in preko svojih izkušenj skušajo podeželsko medicino približati študentom (69). Sledi ura dela v skupinah, kjer študentje delijo svoje doseganje izkušnje z medicino na podeželju, povejo, zakaj so izbrali ta izbirni predmet, in zaupajo svoja pričakovanja in strahove (70).

Vaje v podeželski ambulanti izbranega mentorja so osrednji del izbirnega predmeta. Študent s seznama, ki ga pripravi Katedra za družinsko medicino, izbere mentorja, pri katerem bo opravljal vaje. Vaje trajajo 12 delovnih dni, urnik dela v ambulanti je stvar

dogovora med študentom in mentorjem. V času vaj mentor študenta čim bolj vključi v delo in mu predstavi različne vidike dela zdravnika na podeželju (69). Med delom v podeželski ambulanti mora študent spoznati (70):

- naloge zdravnika družinske medicine v podeželski ambulanti,
- skupinsko delo in sodelavce v ožji in širši delovni skupini zdravnika,
- sodelovanje z lokalno skupnostjo,
- opremo za delo v ambulanti in na terenu, vključno z zdravniško torbo,
- etična načela za delo z bolniki,
- načine dela, kot sta hišni obisk in delo v službi nujne medicinske pomoči,
- posege, ki jih zdravnik lahko opravi v ambulantsnem okolju,
- vlogo zdravnika kot javne osebnosti v lokalnem okolju ter
- večšine sporazumevanja z različnimi skupinami bolnikov.

Približno na sredini pouka študent in asistent opravita sestanek preko elektronskih medijev, npr. Skypa ali Zooma. Študent asistentu poroča o poteku vaj in od asistenta prejme navodila za izdelavo zaključnega seminarja. Asistenti so med potekom predmeta študentom na voljo za dodatne konzultacije (69).

Po končanih vajah mora študent pripraviti seminarsko nalogo v skladu z navodili, ki jih je prejel na uvodnem predavanju. Seminar je razdeljen na naslednje vsebine (69):

- Osnovni podatki o ambulanti, v kateri je študent opravljal vaje (lega, kratek opis pogojev dela in delovne skupine, število in struktura opredeljenih bolnikov, oddaljenost bolnikov od ambulante in njena dostopnost, oddaljenost ambulante od bolnišnice, druge posebnosti v organizaciji dela).
- Na primeru obravnave bolnika predstavi znanja in veščine ter načine dela (npr. hišni obisk, timski pristop), ki jih je zdravnik potreboval, da je bolniku pomagal v okolju, kjer bolnik živi.

- Predstavi vlogo zdravnika v lokalnem okolju in njegovo povezanost z ljudmi in ustanovami (kako se je zdravnik prilagodil na delo v podeželskem okolju in v čem vidi prednosti in slabosti dela v takem okolju).
- Opiše tudi lastne vtise z vaj v podeželski ambulanti (česa se je naučil, kaj mu je dalo misliti in kako zadovoljen je bil s svojim delom).
- Svoje izkušnje v podeželski ambulanti primerja s svojimi dosedanjimi kliničnimi izkušnjami.

Seminarsko nalogo študent pred zaključnim seminarjem odda asistentu.

Zaključni seminar poteka v skupini, ki jo vodi asistent. Študentje predstavijo svoje seminarske naloge (lahko s pomočjo video posnetka ali PowerPoint predstavitev) in s skupino delijo svoje izkušnje z delom v ambulanti na podeželju. Asistent študentu poda povratno informacijo in ostale študente spodbudi k sodelovanju v razpravi, na koncu pa poda predlog ocene na osnovi mentorjevega poročila in predstavitve seminarja (69, 70).

### Ocenjevanje

Ocena je sestavljena iz mentorjeve ocene in ocene, ki jo oblikuje asistent na osnovi sodelovanja pri pouku in predstavitve seminarja. Pri oceni seminarja se upošteva primernost izbire teme, uporaba analitičnega pristopa in celostno razumevanje problematike in izzivov dela zdravnika na podeželju. Mentor oceno pripravi tako, da odgovori na vprašanja:

- Ali je študent izkazal navdušenost za delo?
- Kakšen je bil odnos študenta do mentorja in sodelavcev?
- Ali je študent spoštoval pravila, ki veljajo v ambulanti?

Na koncu pa poda še kratko utemeljitev ocene, v kateri študenta oceni kot odličnega, prav dobrega, dobrega, zadostnega ali



pa njegovo znanje, stališča in veščine oceni kot pomanjkljive. Končna ocena je številčna od 5 do 10, polovico k oceni prinese ocena mentorja, polovico pa ocena asistenta. Če je študent med oceno, se ta zaokroži navzgor (69).

### **Učna gradiva**

Osnovno učno gradivo predstavlja poglavje Svetovanje v učbeniku Družinska medicina. Dodatno učno gradivo je prosto dostopna knjiga WONCA Rural Medicinal Educational Guidebook, v kateri so podrobno predstavljene različne vsebine s področja medicine na podeželju. Študentje po uvodnem predavanju prejmejo navodila za vaje, ki jih je pripravila Katedra za družinsko medicino. Navodila vsebujejo napotke, ki jih študent potrebuje pri izvedbi vaj in pripravi seminarja ter opisujejo organizacijo pouka. Ker pri izvedbi predavanj, vaj in seminarjev sodeluje več mentorjev in asistentov, je katedra pripravila tudi navodila za vodenje vaj in seminarjev (69, 70).

### **Nadzor kakovosti**

Po koncu zaključnega seminarja vsak študent izpolni anketo, v kateri oceni vsebino in kakovost pouka. Študent stopnjo pridobljenih veščin in privzetih stališč oceni

po petstopenjski Likertovi lestvici. Na koncu sta dodani še vprašanji odprtega tipa, kjer študent lahko pove, kaj je pri izbirnem predmetu pogršel in kaj bi spremenil (69).

## **ZAKLJUČEK**

Medicina na podeželju se je razvila zaradi potreb po zagotavljanju primerne zdravstvene oskrbe ljudem na podeželju. Zaradi številnih podeželskih, odmaknjenih in osamljenih področij največ raziskav na temo izvira iz Avstralije, Kanade in ZDA, ki so v preteklih desetletjih razvile številne strategije za pridobivanje zdravnikov v podeželska področja. V Sloveniji so izzivi, povezani z medicino na podeželju, že dolga leta pomaknjeni v ozadje, čeprav ima tudi pri nas podeželska populacija nekatere značilnosti in potrebe, ki so drugačne od prebivalcev mestnih področij. Da bi zmogli te potrebe nasloviti in poiskati ustrezne rešitve, so potrebne raziskave, s pomočjo katerih bi dobili podroben uvid v zdravje prebivalcev na podeželju in posebnosti dela zdravnikov v podeželskih ambulantah. Z uvedbo izbirnega predmeta Medicina na podeželju in v odmaknjenih krajih želimo študentom omogočiti stik s podeželskim okoljem in preko tega v njih vzbuditi zanimanje za delo zdravnika na podeželju.

**LITERATURA**

1. Reid S, Worley P, Strasser R, et al. 'What brings us together': The values and principles of rural medical education. In: Chater AB, Rourke J, Couper ID, et al., eds. *WONCA Rural medical education guidebook* [internet]. Bangkok: World Organization of Family Doctors (WONCA); c2014. p. 1-13. [citirano 2022 Jun 5]. Dosegljivo na: <https://www.globalfamilydoctor.com/groups/workingparties/ruralpractice/ruralguidebook.aspx>
2. WHO: Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations [internet]. Switzerland: World Health Organization; c2010 [citirano 2022 Jun 5]. Dosegljivo na: <https://www.who.int/publications/i/item/increasing-access-to-health-workers-in-remote-and-rural-areas-through-improved-retention>
3. Dijkstra L, Poelman H. A harmonised definition of cities and rural areas: The new degree of urbanisation [internet]. Brussels: European Commission; c2014 [citirano 2022 Jun 5]. Dosegljivo na: [https://ec.europa.eu/regional\\_policy/en/information/publications/working-papers/2014/a-harmonised-definition-of-cities-and-rural-areas-the-new-degree-of-urbanisation](https://ec.europa.eu/regional_policy/en/information/publications/working-papers/2014/a-harmonised-definition-of-cities-and-rural-areas-the-new-degree-of-urbanisation)
4. Schubert N, Evans R, Battye K, et al. International approaches to rural generalist medicine: A scoping review. *Hum Resour Health*. 2018; 16 (1): 62.
5. UN: Principles and recommendations for population and housing censuses [internet]. 2nd ed. New York: United Nations; c2008 [citirano 2022 Jun 5]. Dosegljivo na: [https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/Standards-and-Methods/files/Principles\\_and\\_Recommendations/Population-and-Housing-Censuses/Series\\_M67Rev2-E.pdf](https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/Standards-and-Methods/files/Principles_and_Recommendations/Population-and-Housing-Censuses/Series_M67Rev2-E.pdf)
6. Hart LG, Larson EH, Lishner DM. Rural definitions for health policy and research. *Am J Public Health*. 2005; 95 (7): 1149-55.
7. WHO: Rural poverty and health systems in the WHO European region [internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; c2010 [citirano 2022 Jun 5]. Dosegljivo na: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/rural-poverty-and-health-systems-in-the-who-european-region>
8. USDA: What is rural? [internet]. Washington: U.S. Department Of Agriculture; c2022 [citirano 2022 Jun 5]. Dosegljivo na: <https://www.ers.usda.gov/topics/rural-economy-population/rural-classifications/what-is-rural/#:~:text=According%20to%20the%20current%20delineation,not%20necessarily%20follow%20municipal%20boundaries>
9. Du Plessis V, Beshiri R, Bollman RD. Definitions of rural. *Rural and small town Canada analysis bulletin*. 2001; 3 (3): 1-17.
10. Bosco O, Oandasan I. Review of family medicine within rural and remote Canada: Education, practice, and policy. Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada; 2016. p. 1-68.
11. Eurostat: Eurostat regional yearbook 2010: A revised urban-rural typology [internet]. Luxembourg City: European Statistical Office; c2010 [citirano 2022 Jun 5]. Dosegljivo na: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-books/-/ks-ha-10-001-15>
12. Eurostat: Urban-rural typology [internet]. Luxembourg City: European Statistical Office; c2021 [citirano 2022 Jun 5]. Dosegljivo na: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/rural-development/methodology>
13. Wakerman J. Defining remote health. *Aust J Rural Health*. 2004; 12 (5): 210-4.
14. Recommendations for the management of rural, remote, and isolated emergency health care facilities in Canada. Canadian Association of Emergency Physicians. *J Emerg Med*. 1997; 15 (5): 741-7.
15. Steinhäuser J, Otto P, Goetz K, et al. Rural area in a European country from a health care point of view: An adoption of the Rural Ranking Scale. *BMC Health Serv Res*. 2014; 14: 147.
16. Združenje zdravnikov družinske medicine: Predstavitev sekcije ZDM POA [internet]. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo; c2022 [citirano 2022 Jun 5]. Dosegljivo na: <https://drmed.org/strokovni-svet-in-sekcije/predstavitev-sekcije-zdm-poa/>
17. Švab I. Opredelitev družinske medicine. In: Švab I, Rotar Pavlič D, eds. *Družinska Medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine; 2012. p. 9-16.
18. Allen J, Gay B, Crebolder H, et al. The european definition of general practice/family medicine. Leuven: EURACT; 2005. p. 1-9.
19. Hashim MJ. Principles of family medicine and general practice – Defining the five core values of the speciality. *J Prim Health Care*. 2016; 8 (4): 283-7.
20. Jamouille M, Resnick M, Vander Stichele R, et al. Analysis of definitions of general practice, family medicine, and primary health care: A terminological analysis. *BJGP Open*. 2017; 1 (3): bjgpopen17X101049.
21. Smith J, Hays R. Is rural medicine a separate discipline? *Aust J Rural Health*. 2004; 12 (2): 67-72.

22. Iversen L, Farmer JC, Hannaford PC. Workload pressures in rural general practice: A qualitative investigation. *Scand J Prim Health Care*. 2002; 20 (3): 139–44.
23. Groenewegen PP, Bosmans MWG, Boerma WGW, et al. The primary care workforce in Europe: A cross-sectional international comparison of rural and urban areas and changes between 1993 and 2011. *Eur J Public Health*. 2020; 30 (Suppl 4): iv12–7.
24. Boerma WG, Groenewegen PP, Van der Zee J. General practice in urban and rural Europe: The range of curative services. *Soc Sci Med*. 1998; 47 (4): 445–53.
25. Shipman SA, Wendling A, Jones KC, et al. The decline in rural medical students: A growing gap in geographic diversity threatens the rural physician workforce. *Health Aff*. 2019; 38 (12): 2011–8.
26. Casey MM, Thiede Call K, Klingner JM. Are rural residents less likely to obtain recommended preventive healthcare services? *Am J Prev Med*. 2001; 21 (3): 182–8.
27. Douthit N, Kiv S, Dwolatzky T, et al. Exposing some important barriers to health care access in the rural USA. *Public Health*. 2015; 129 (6): 611–20.
28. Duckett S, Bredon P, Ginnivan L. Access all areas: New solutions for GP shortages in rural Australia. Melbourne: Grattan Institute; 2013. p. 1–63
29. Hays RB. Rural medical education in Europe: The relevance of the Australian experience. *Rural Remote Health*. 2007; 7 (1): 683.
30. Mesceriakova-Veliuliene O, Kalediene R. Changes in mortality inequalities in urban and rural populations during 1990–2018: Lithuanian experience. *Medicina*. 2021; 57 (8): 750.
31. Pantyley V. Health inequalities among rural and urban population of Eastern Poland in the context of sustainable development. *Ann Agric Environ Med*. 2017; 24 (3): 477–83.
32. Rourke L, Rourke J. Boundaries and balance: Managing relationships in rural practice. In: Chater AB, Rourke J, Couper ID, et al., eds. *WONCA Rural Medical Education Guidebook* [internet]. Bangkok: World Organization of Family Doctors (WONCA); c2014. p. 339–54. [citirano 2022 Jun 5]. Dosegljivo na: <https://www.globalfamilydoctor.com/groups/workingparties/ruralpractice/ruralguidebook.aspx>
33. Holst J, Normann O, Herrmann M. Strengthening training in rural practice in Germany: New approach for undergraduate medical curriculum towards sustaining rural health care. *Rural Remote Health*. 2015; 15 (4): 3563.
34. Rosenblatt RA, Hart LG. Physicians and rural America. *West J Med*. 2000; 173 (5): 348–51.
35. Parlier AB, Galvin SL, Thach S, et al. The road to rural primary care: A narrative review of factors that help develop, recruit, and retain rural primary care physicians. *Acad Med*. 2018; 93 (1): 130–40.
36. Holst J. Increasing rural recruitment and retention through rural exposure during undergraduate training: An integrative review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17 (17): 6423.
37. Cleland J, Johnston PW, Walker L, et al. Attracting healthcare professionals to remote and rural medicine: Learning from doctors in training in the north of Scotland. *Med Teach*. 2012; 34 (7): e476–82.
38. Deutsch T, Lippmann S, Frese T, et al. Who wants to become a general practitioner? Student and curriculum factors associated with choosing a GP career – A multivariable analysis with particular consideration of practice-orientated GP courses. *Scand J Prim Health Care*. 2015; 33 (1): 47–53.
39. Albreht T, Turk E, Toth M, et al. Slovenia: Health system review. *Health Syst Transit*. 2009; 11 (3): 1–172.
40. Petek Ster M, Selic P. Intended career choice in family medicine in Slovenia: An issue of gender, family background or empathic attitudes in final year medical students? *Mater Sociomed*. 2017; 29 (2): 143–8.
41. NIJZ. Viri v zdravstvu (kadrovski, organizacijski in drugi viri) [internet]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; c2022 [citirano 2022 Jun 5]. Dosegljivo na: [https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2019/8\\_viri\\_v\\_zdravstvu\\_2019.pdf](https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2019/8_viri_v_zdravstvu_2019.pdf)
42. Petrovčič R. Ruralne ambulate družinske medicine [raziskovalna naloga]. Maribor: Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru; 2016.
43. Norris TE. Addressing rural health workforce shortages: The pipeline concept. In: Chater AB, Rourke J, Couper ID, et al., eds. *WONCA Rural Medical Education Guidebook* [internet]. Bangkok: World Organization of Family Doctors (WONCA); c2014. p. 90–5. [citirano 2022 Jun 5]. Dosegljivo na: <https://www.globalfamilydoctor.com/groups/workingparties/ruralpractice/ruralguidebook.aspx>
44. Norris TE. Education for rural practice: A saga of pipelines and plumbers. *J Rural Health*. 2000; 16 (3): 208–12.
45. Norris TE. Establishing a rural curriculum from an urban academic medical centre. In: Chater AB, Rourke J, Couper ID, et al., eds. *WONCA Rural Medical Education Guidebook* [internet]. Bangkok: World Organization of Family Doctors (WONCA); c2014. p. 103–10. [citirano 2022 Jun 5]. Dosegljivo na: <https://www.globalfamilydoctor.com/groups/workingparties/ruralpractice/ruralguidebook.aspx>

46. Wendling AL, Shipman SA, Jones K, et al. Defining rural: The predictive value of medical school applicants' rural characteristics on intent to practice in a rural community. *Acad Med.* 2019; 94 (Suppl 11): S14–20.
47. Aaraas IJ, Halvorsen PA, Aasland OG. Supply of doctors to a rural region: Occupations of Tromsø medical graduates 1979–2012. *Med Teach.* 2015; 37 (12): 1078–82.
48. Stagg P. Medical school admissions policies targeting rural students. In: Chater AB, Rourke J, Couper ID, et al., eds. *WONCA Rural Medical Education Guidebook* [internet]. Bangkok: World Organization of Family Doctors (WONCA); c2014. p. 546–57. [citirano 2022 Jun 5]. Dosegljivo na: <https://www.globalfamilydoctor.com/groups/workingparties/ruralpractice/ruralguidebook.aspx>
49. Kondalsamy-Chennakesavan S, Eley DS, Ranmuthugala G, et al. Determinants of rural practice: Positive interaction between rural background and rural undergraduate training. *Med J Aust.* 2015; 202 (1): 41–5.
50. Sen Gupta TK. Foundations of a rural medical school: People, places and patients. In: Chater AB, Rourke J, Couper ID, et al., eds. *WONCA Rural Medical Education Guidebook* [internet]. Bangkok: World Organization of Family Doctors (WONCA); c2014. p. 178–88. [citirano 2022 Jun 5]. Dosegljivo na: <https://www.globalfamilydoctor.com/groups/workingparties/ruralpractice/ruralguidebook.aspx>
51. Aaraas IJ, Halvorsen PA. Developing rural medical schools: The history of Tromsø and northern Norway. In: Chater AB, Rourke J, Couper ID, et al., eds. *WONCA Rural Medical Education Guidebook* [internet]. Bangkok: World Organization of Family Doctors (WONCA); c2014. p. 210–9. [citirano 2022 Jun 5]. Dosegljivo na: <https://www.globalfamilydoctor.com/groups/workingparties/ruralpractice/ruralguidebook.aspx>
52. Magnus JH, Tollan A. Rural doctor recruitment: Does medical education in rural districts recruit doctors to rural areas? *Med Educ.* 1993; 27 (3): 250–3.
53. Campbell Murdoch J. Excellence in Bush medical schools: The value of rural education. In: Chater AB, Rourke J, Couper ID, et al., eds. *WONCA Rural Medical Education Guidebook* [internet]. Bangkok: World Organization of Family Doctors (WONCA); c2014. p. 495–506. [citirano 2022 Jun 5]. Dosegljivo na: <https://www.globalfamilydoctor.com/groups/workingparties/ruralpractice/ruralguidebook.aspx>
54. Zink T, Center B, Finstad D, et al. Efforts to graduate more primary care physicians and physicians who will practice in rural areas: Examining outcomes from the university of Minnesota-duluth and the rural physician associate program. *Acad Med.* 2010; 85 (4): 599–604.
55. Wheeler DL, Hackler JB. Preparing physicians for rural-based primary care practice: A preliminary evaluation of rural training initiatives at OSU-COM. *J Am Osteopath Assoc.* 2017; 117 (5): 315–24.
56. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, et al. Medical school programs to increase the rural physician supply: A systematic review and projected impact of widespread replication. *Acad Med.* 2008; 83 (3): 235–43.
57. Barrett FA, Lipsky MS, Lutfiyya MN. The impact of rural training experiences on medical students: A critical review. *Acad Med.* 2011; 86 (2): 259–63.
58. Ranmuthugala G, Humphreys J, Solarsh B, et al. Where is the evidence that rural exposure increases uptake of rural medical practice? *Aust J Rural Health.* 2007; 15 (5): 285–8.
59. Chater AB, Wyatt J. Optimising rural medical learning. In: Chater AB, Rourke J, Couper ID, et al., eds. *WONCA Rural Medical Education Guidebook* [internet]. Bangkok: World Organization of Family Doctors (WONCA); c2014. p. 507–20. [citirano 2022 Jun 5]. Dosegljivo na: <https://www.globalfamilydoctor.com/groups/workingparties/ruralpractice/ruralguidebook.aspx>
60. Strasser R. Developing a new rural medical school in North America. In: Chater AB, Rourke J, Couper ID, et al., eds. *WONCA Rural Medical Education Guidebook* [internet]. Bangkok: World Organization of Family Doctors (WONCA); c2014. p. 199–208. [citirano 2022 Jun 5]. Dosegljivo na: <https://www.globalfamilydoctor.com/groups/workingparties/ruralpractice/ruralguidebook.aspx>
61. Eley D, Baker P, Chater B. The rural clinical school tracking project: More IS better – Confirming factors that influence early career entry into the rural medical workforce. *Med Teach.* 2009; 31 (10): e454–9.
62. O'Sullivan B, McGrail M, Russell D. Duration and setting of rural immersion during the medical degree relates to rural work outcomes. *Med Educ.* 2018; 52 (8): 803–15.
63. Graham W. Rural areas: Valuable learning contexts for medical students. In: Chater AB, Rourke J, Couper ID, et al., eds. *WONCA Rural Medical Education Guidebook* [internet]. Bangkok: World Organization of Family Doctors (WONCA); c2014. p. 253–63. [citirano 2022 Jun 5]. Dosegljivo na: <https://www.globalfamilydoctor.com/groups/workingparties/ruralpractice/ruralguidebook.aspx>
64. Vasilopoulos T. The community-oriented clinical clerkship: Short-term student placements in rural primary health care. In: Chater AB, Rourke J, Couper ID, et al., eds. *WONCA Rural Medical Education Guidebook* [internet]. Bangkok: World Organization of Family Doctors (WONCA); c2014. p. 601–7. [citirano 2022 Jun 5]. Dosegljivo na: <https://www.globalfamilydoctor.com/groups/workingparties/ruralpractice/ruralguidebook.aspx>

65. Couper I. Short-term rural placements for medical students. In: Chater AB, Rourke J, Couper ID, et al., eds. WONCA Rural Medical Education Guidebook [internet]. Bangkok: World Organization of Family Doctors (WONCA); c2014. p. 594-600. [citirano 2022 Jun 5]. Dosegljivo na: <https://www.globalfamilydoctor.com/groups/workingparties/ruralpractice/ruralguidebook.aspx>
66. Petek Šter M, Švab I, Zalar B. Sporazumevanje – Nov predmet na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Zdrav Vestn. 2011; 80 (11): 865–72.
67. UL MF: Predmetnik [internet]. Ljubljana: Medicinska fakulteta; c2022 [citirano 2022 Jun 5]. Dosegljivo na: <https://www.mf.uni-lj.si/o-studiju/ems-program-medicina/predmetnik?q=%2Fo-studiju%2Fems-program-medicina%2Fpredmetnik>
68. UM MF: Obvezni predmeti [internet]. Maribor: Medicinska fakulteta; c2022 [citirano 2022 Jun 5]. Dosegljivo na: <https://www.mf.um.si/si/studij/navodila-in-informacije/78-uncategorised/3761-obvezni-dod>
69. Petek Šter M, Petek D, Švab I. Medicina na podeželju in v odmaknjenih krajih – Navodila za vaje. 2nd ed. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine; 2018.
70. Petek Šter M, Petek D, Švab I. Medicina na podeželju in v odmaknjenih krajih – Navodila za vodenje vaj in seminarjev. 1st ed. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine; 2017.

Prispelo 8. 6. 2022