

Problemsko usmerjena dokumentacija v splošni medicini Problem – oriented medical record in general practice

Janko Kersnik*

Deskriptorji
primarno zdravstveno varstvo
medicinska dokumentacija, problemsko usmerjena

Descriptors
primary health care
medical records, problem-oriented

Izvleček. Članek se loteva zbiranja podatkov in vodenja medicinske dokumentacije. Poudarek je na novejših spoznanjih o zapisovanju podatkov, ki omogoča, da v omejenem času zapišemo vse potrebne podatke iz stika med bolnikom in zdravnikom. Opisano je problemsko usmerjeno zbiranje podatkov, usmerjeno zapisovanje podatkov in usmerjeno vodenje zdravstvenega kartona v splošni medicini. Navedena so izhodišča za zbiranje temeljnih podatkov o bolniku in njegovi bolezni ter nekatere oblikovne možnosti za usmerjeno zapisovanje podatkov, ki olajšajo zbiranje temeljnih podatkov o bolniku. Temeljni in dopolnilni podatki so razporejeni tako, da so po potrebi vedno na voljo. Omenjene so možnosti in oblike zbiranja dopolnilnih podatkov o bolniku in družini, ki jih družinski zdravnik večkrat potrebuje pri svojem delu.

Abstract. The article deals with data collecting and medical record keeping. Features of problem oriented medical record keeping are described. Minimal data base set for primary care is agreed. The data base is held in several separate portions of medical record in the way to get necessary data always available to the practitioner. Easy retrieval of data collected is one of the most important qualities of problem oriented medical record. Some forms of data base collecting are mentioned. Change in the present form enables the family doctor to have problem and medication list open in the same time as current progress note. Rest of important data is easily retrieved from other portions of the medical record. Forms of additional data collecting on patient and his family are mentioned.

Uvod

Vsak stik (stik je poleg pogovora tudi vse tisto, kar zdravnik opazi in zazna med pogovorom, pregledom, tudi ko je bolnik duševno ali telesno odsoten, oziroma ko ima zdravnik na razpolago podatke o bolniku iz druge roke ali dokumentov; angleški sinonim: encounter) med bolnikom (bolnik je oseba, ki išče pri zdravniku pomoč, nasvet, empatijo za svoje zdravstvene težave) in zdravnikom (zdravnik je strokovno usposobljena oseba, ki jo je bolnik vpletel v stik zavestno ali pa je prišla v stik z bolnikom brez vednosti bolnika) sledi utečenim smernicam. V učbenikih propedeutike najdemo podrobno razdelane postopke, ki se pri takem srečanju odvijajo. Ob vsakem stiku med bolnikom in zdravnikom se nabere mnogo podatkov, ki jih je treba shraniti v zdravstveni spomin. Zapis, ki nastaja ob stiku, mora izluščiti trenutne bolnikove zdravstvene težave, jih osvetliti z dotedanji težavami in ostalimi bolnikovimi okoliščinami. Obenem mora biti uporaben za nadaljevanje zdravljenja in v pomoč drugemu zdravniku, ki bo nemara prevzel skrb za določenega bolnika. Pisanje popisov je tista snov, ki se jo moramo nehote naučiti predvsem iz zgledov. O tem je v literaturi zelo malo napisanega in tudi predavatelji propedeutike tej temi ne dajejo posebnega poudarka.

*Janko Kersnik, dr. med., Zdravstvena postaja Kranjska Gora, Zdravstveni dom Jesenice, Koroška 2, 64280 Kranjska Gora.

S svojo usmerjenostjo v bolnika je zdravnik družinske oziroma splošne medicine enakopraven drugim specialistom. Če je kliničnim specialistom predmet dela bolezen, je predmet dela zdravnika družinske medicine bolnik kot samostojno in samosvoje psihosocialno bitje v vseh razsežnostih. Poleg osebnih značilnosti vplivajo nanj dejavniki iz okolja, v katerem živi. Zato njegovih težav, del katerih je lahko tudi bolezen, ne moremo gledati izolirano izven psihosocialne dinamike posameznika, družine in okolice. Družina je edinstveni človeški sistem, ki se je umestil med posameznika in družbo in ima lahko dvojno vlogo v življenju posameznika. Za člana družine lahko enkrat predstavlja zatočišče in vir novih moči za življenje, drugič pa zaradi motenega družinskega delovanja ne nudi takšne opore. Zaradi nerazrešenih problemov v lastnem razvoju lahko posamezniku predstavlja izvor zdravstvenih težav. Družinska dinamika je bila obdelana na drugih mestih in jo tukaj omenjam zaradi pomembnosti poznavanja za vsakega zdravnika, še posebej pa za zdravnika družinske medicine (1, 2). Vpliv družine in njeno vlogo pri skrbi za člana te družine – bolnika – moramo pravočasno spoznati in ju imeti zapisana v zdravstvenem kartonu.

Če hoče zdravnik slediti sodobnim zahtevam, si mora delo dobro organizirati. Eno izmed področij organiziranosti dela zdravnika družinske medicine predstavlja vodenje zdravstvenega kartona (3). Kakšna je povezava med dobrim zdravnikom in dobrim zdravstvenim kartonom? Sklep IX. učne delavnice za zdravnike splošne medicine je bil: tako kot dober zdravstveni karton ni znak dobrega zdravnika, tudi slab zdravstveni karton ni znak slabega zdravnika, vendar pa naj bi imel dober zdravnik tudi dobro vodene in urejene zdravstvene kartone (4). Mc Whinney meni, da je dober zdravstveni karton temelj dobre oskrbe bolnika in eno izmed sredstev, s katerimi zdravnik pogloblja in izpopolnjuje svoje znanje (5). Zdravnik ima v zdravstvenem kartonu stalno dosegljive temeljne podatke o bolniku, zbrane izvide drugih zdravnikov, laboratorijskih in drugih preiskav. Zdravstveni karton predstavlja nepretrgan zapis vseh bolezni, kaže na število obiskov posameznega bolnika, daje pregled nad vodenjem kroničnih bolezni, zapis predpisanih zdravil in omogoča stalnost zdravstvene oskrbe bolnika.

Zbirni zdravstveni karton

Prevladujoči način zapisovanja stika med bolnikom in zdravnikom v medicini je tako imenovani popis bolezni. Ob vsakem srečanju bolnika in zdravnika nastane po pogovoru in pregledu popis bolezni, ki se navadno gradi po shemi internistične propedeutike (6). Obsežnost zdravstvenih kartonov smo vedno pripisovali težavnim bolnikom in pogostim obiskovalcem. Vendar je bistven prispevek zdravnika, ki zbira celotno gradivo in zapise o zdravstvenih težavah svojega bolnika. Davek arhivističnega pristopa z zbiranjem vedno novih popisov in izvidov o istih težavah je obsežen tradicionalni zdravstveni karton (angleški sinonim: source oriented medical record – SOMR). Največkrat je zbiranje posledica preslabega pregleda nad določeno težavo bolnika in ob ponovnih srečanjih ponavljamo iste postopke in preiskave.

Zdravstveni kartoni pogosto vsebujejo anamnezo o boleznih, poškodbah ali občasnih telesnih težavah, nič pa ne povedo o osebi, ki ima vse te težave. Malo pozornosti je pos-

večene družinskim, socialnim, psihološkim, ekološkim in epidemiološkim vprašanjem. Večini ne uspe prikazati osebnega odnosa, občutkov ali reakcij bolnika do težave, ki se mu je pojavila in je postala del njega (7). Ob vsakem stiku se vzpostavi ali obnovi tudi odnos med bolnikom in zdravnikom, vsaka bolnikova težava povzroči določene spremembe v medsebojnih odnosih v družini, na delovnem mestu in bolnikovem socialnem okolju. Tega tradicionalni zdravstveni karton običajno ne zajame.

Predstavitev usmerjenega vodenja zdravstvenega kartona

Z arhivističnim pristopom zbiranja in hranjenja podatkov so nekateri klinični specialisti postali nezadovoljni že pred petindvajsetimi leti. Weed je menil, da bi se frustracij, ki jih nudijo zdravniški zapisi, lahko učinkovito lotili le, če bi izboljšali pristop k zapisovanju v medicinsko dokumentacijo in urejanju zdravstvenega kartona. To bi olajšalo sodelovanje zdravstvenih sodelavcev in uvajanje računalnikov (8, 9). Predlog je naletel na največji odmev prav med zdravniki družinske medicine (5, 7, 10), čeprav ga najdemo nazorno prikazanega tudi v enem pomembnejših svetovnih učbenikov interne medicine (11). Vse do danes pa se s tem načinom vodenja zdravstvene dokumentacije nismo natančneje spoznali, ker smo bili vezani na predpisano obliko zbiranja podatkov. Današnji zdravstveni karton in obrazci, ki sodijo zraven, sicer omogoča zbiranje veliko podatkov o bolniku, vendar so ti precej raztreseni in niso povezani v smiselno podobo zdravstvenega stanja bolnika.

Dober zdravnik naj bi imel o svojih bolnikih kar največ pomembnih podatkov, tudi tiste, ki jih pri svojem delu sicer zazna, vendar prevečkrat pozabi, ker se mu trenutno ne zdijo pomembni. Zato je pomemben pravišnji zapis teh opažanj (12). Velik del socialnih, vedenjskih in intimnih podatkov je spravljenih v zdravnikovem spominu. Idealno gledano bi moral imeti zdravnik temeljni zbir meril, ki bi jih rad zapisal ob določeni bolezenski sliki. To bi mu omogočalo, da se navadi jemati anamnezo in naročati teste (7). Velik delež pri teh podatkih predstavlja prav poznavanje družine in družinskega delovanja. Družina kot posebna in edinstvena skupnost namreč izpolnjuje mnogo nalog. Pri nastanku in reševanju težav se družinsko delovanje lahko prikazuje kot povzročitelj težav družinskega člana ali pa kot blažitelj njegovih težav. Zato je pomembno o družinskem delovanju zbrati čim več zanesljivih in primerljivih podatkov (2).

Prvič je usmerjeno vodenje popisa bolezni predlagal Weed že leta 1968 (8, 9). V predlogu je zajel sestavine na podoben način, kot jih vsebujejo današnji zapisi.

Seveda je že kmalu po nastanku doživelo usmerjeno urejanje in vodenje medicinske dokumentacije številne pohvale in tudi kritike. Goldfinger je že leta 1973 menil, da je nevarnosti ob nekritičnem sprejemanju usmerjenega vodenja zapisa srečanja med bolnikom in zdravnikom precej. Včasih je prevelik poudarek na stilu in razporejanju v različne sklope in obrazce zapisa, kar pa še ne zagotavlja drugačne kakovosti zdravljenja. Usmerjeno zapisovanje tudi ne more nadomestiti slabega spomina in pomanjkljivega razumevanja patofiziologije. Prav tako se ne smemo slepo zanašati na to, da nas bo že samo zapisovanje pogovora po pravilih usmerjenega urejanja podatkov privedlo do pra-

vilne ocene bolnikovih težav oziroma diagnoze. Usmerjeno zapisovanje tudi ni rešitev za vse, kar je nezadostno pri poučevanju, oskrbi bolnikov in kliničnih raziskavah (13).

Usmerjeno vodeni zdravstveni karton s svojimi obrazci omogoča problemsko usmerjeno zbiranje podatkov o bolniku, strukturiran in usmerjen zapis srečanja med bolnikom in zdravnikom in problemsko usmerjeno urejanje podatkov o bolniku. Izraz usmerjen zapis predstavlja na trenutno težavo ali več trenutnih težav usmerjeno, po določenem redu urejeno zapisovanje podatkov, ki nas vodijo k oceni stanja in načrtu zdravljenja. Vsebinsko usmerjenega zdravstvenega kartona delimo na temeljne in dopolnilne podatke o bolniku in njegovih težavah. Vsebinske posebnosti pa vplivajo tudi na drugačno zunanjo podobo zdravstvenega kartona in so odvisne tudi od tega ali vodimo zdravstveni karton za celo družino ali za posamezne družinske člane posebej. Zdravstveni karton mora biti zasnovan tako, da omogoča spremljanje dinamike vsake osebe, prav tako pa naj olajša tudi raziskovanje in poučevanje v družinski medicini (7).

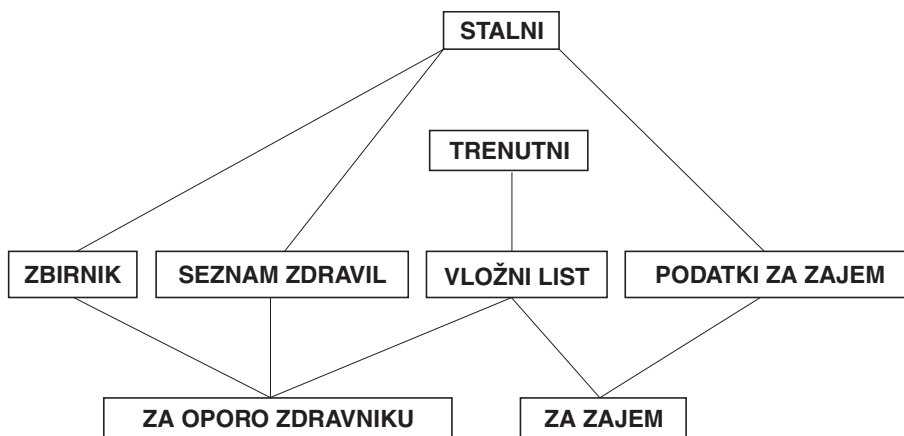
Podoba usmerjeno vodenega zdravstvenega kartona

Zdravstveni karton (vsaka zdravstvena kartoteka) mora imeti enotno zgradbo, enoten način zapisovanja in vodenja podatkov. Zapisi morajo biti razumljivi in berljivi za potencialnega bralca, hranjenje zdravstvenih kartonov pa mora biti organizirano na tak način, da lahko zdravnik čim hitreje pride do zelenih podatkov o bolniku. Vsak zdravstveni karton mora vsebovati temeljne podatke, ki jih je zdravnik dolžan zbrati o bolniku. Obseg teh podatkov je bil večkrat predmet razprave (8, 13). V sklepih X. učne delavnice za zdravnike splošne medicine v Bovcu leta 1993 je bilo doseženo soglasje, kateri podatki v naših razmerah sodijo med obvezne temeljne podatke (14). Način in oblike zbiranja niso predpisani, izdelana pa so nekatera izhodišča, ki to delo lahko olajšajo in napravijo uporabnejše za vsakodnevno delo. Dopolnilni podatki so priporočljiva sestavina zdravstvenega kartona, zlasti, kadar zdravnik oceni, da jih bo mogoče potreboval. Obsegajo pa zlasti družinsko usmerjene podatke o bolniku, ki družinskemu zdravniku zagotavljajo možnost družinskega pristopa k zdravljenju, čeprav ne zdravi vseh članov neke družine. Možne so različne oblike zbiranja teh podatkov, od katerih so nekatere že preverjene in predstavljajo dovolj objektivna orodja za postavljanje ocene. Med dopolnilne podatke sodijo različna pomagala, ki nam predočijo podatke o bolniku, družini in odnosih v družini.

Temeljni podatki

V vsakem zdravstvenem kartonu morajo biti zbrani temeljni podatki o bolniku (angleški sinonimi: data base, profile) (3). S tem ima zdravnik pri roki vedno dosegljive in na enem mestu zbrane vse tiste podatke, ki bi jih moral poznati o svojem bolniku. Temeljni podatki so razdeljeni na več podskupin.

Glede na trajnost in časovno razsežnost zbiranja jih delimo na stalne in trenutne, glede na namen pa na skupino podatkov za zajem in skupino za oporo zdravniku pri delu. S stalnimi temeljnimi podatki zajamemo tisti del podatkov o bolniku, ki je relativno nespremenjen skozi del življenja ali skozi celo življenje. Trenutni temeljni podatki pa pred-



Slika 1. Shematični prikaz razdelitve temeljnih podatkov. V sredini so predstavljeni obrazci, s katerimi zdravnik zbira temeljne podatke o bolniku in jih ima zdravnik na razpolago pri delu z zdravstvenim kartonom. Zbirnik in seznam stalnega zdravljenja sta na levi strani zdravstvenega kartona, vložni list pa na desni. Podatki za zajem so na ločenem obrazcu. Med obrazce za zbiranje stalnih temeljnih podatkov sodijo podatki za zajem, zbirnik in seznam zdravil; vložni list pa je obrazec za zbiranje trenutnih temeljnih podatkov. Podatki za oporo zdravniku so na obrazcih: zbirnik, seznam zdravil in vložni list; podatke za zajem pa najdemo na obrazcu podatki za zajem in vložnem listu.

stavljajo dokument vsakega posameznega stika med bolnikom in zdravnikom. Shematično razdelitev temeljnih podatkov prikazuje slika 1.

Včasih je bilo potrebno zelo dolgo osebno poznavanje med bolnikom in zdravnikom, da si je zdravnik zapomnil pomembne zdravstvene, družinske in druge podatke o bolniku, ki so mu služili pri zdravljenju. Problemsko usmerjeno vodenje zdravstvenega kartona omogoča usmerjeno zbiranje potrebnih podatkov, še preden se pojavijo nekatere težave, ki nam jih tako zbrani podatki lahko pojasnijo. Večina temeljnih podatkov naj bi bila, po rubrikah sodeč, zbranih tudi že v zdajšnjem zdravstvenem kartonu, vendar so v novejši preobleki ti urejeni po smiselnih sklopih. Temeljni podatki morajo biti zbrani v taki obliki in na tak način, da so pri roki zdravniku za pregled nad bolnikovim stanjem (podatki za oporo zdravniku pri delu) in tudi medicinski sestri oziroma administrativnemu osebju, ki mora iz njega zajeti podatke za finančno in statistično poročilo (podatki za zajem). Zdravstveni karton mora vsebovati vse potrebne temeljne podatke, ki bodo določeni tudi s predpisom. Če bolnik zamenja zdravnika, bi moral novi zdravnik temeljne podatke dobiti od prejšnjega zdravnika. Način in oblika zbiranja pa sta prepuščena posameznemu zdravniku.

Zdravstveni karton predstavlja dinamično celoto relativno stalnih ter vedno novih in novih podatkov. Sčasoma postane del trenutnih podatkov del stalnih podatkov. Del bolnikovih zdravstvenih težav in zdravljenja se pod določenimi pogoji pojavi tudi na zbirniku in seznamu zdravil. Tudi podatki za zajem so stalni in trenutni, vendar je njihova vsebi-

na praktično stalna. Med trenutne podatke za zajem sodijo podatki o številu in vrsti obiska, podatki o vzroku obiska in dodatne storitve, ki niso zajete v vrednosti povprečnega obiska. Te trenutne podatke zajemamo iz vložnega lista ob vsakem obisku posebej.

Stalni temeljni podatki

Stalni temeljni podatki obsegajo več sklopov. Podatke za zajem zbiramo na ločenem obrazcu. Med njimi sta poleg demografskih podatkov bolnika navedena tudi vir plačila zdravstvenih storitev in bolnikov osebni zdravnik (slika 2). Mesto zbiranja večjega dela stalnih temeljnih podatkov v zdravstvenem kartonu je zaenkrat še vedno predvsem zunanja stran ovitka, čeprav s stališča zaupnosti osebnih podatkov to ni najprimernejše mesto. Pri naslovu opišemo tudi stanovanjske razmere, ki bi utegnile vplivati na zdravstveno stanje.

Podatki za oporo zdravniku, ki so del stalnih temeljnih podatkov, se razporejajo na zbirnik – seznam bolnikovih zdravstvenih težav (angleški sinonim: problem list) in seznam zdravil (angleški sinonim: medication list). Ti podatki so relativno stalni. Zbirnik je seznam perečih – nerazrešenih težav, rešenih in minulih težav, bolezni, posegov, socialnih, ekonomskih, duševnih, vedenjskih in družinskih stanj bolnika (5, 7). Vsaka kronološko razporejena enota je oštevilčena, šifrirana, izpisana z imenom in datumom nastanka in rešitve. Zbirnik se kljub relativni stalnosti stalno ažurira (5, 7, 11). Ena možnost je, da se ločuje nerešene (aktualne) težave od rešenih v ločeni rubriki (slika 3), druga pa, da so združene v istem seznamu z datumom začetka in datumom razrešitve (slika 4). Za uporaben zbirnik je pomembno, da vanj vpisujemo predvsem pomembne dogodke in večje zdravstvene težave. Merila za to ni. Vsak zdravnik sam oceni, kateri problemi in dogodki so zanj pomembni. Zbirniku je pridružen seznam zdravil, kjer so navedena zdravila in drugi postopki, ki so del stalnega zdravljenja bolnika (slika 5). Oba seznama sta običajno na istem obrazcu velikosti A 4. Poleg teh je priporočljivo čim prej zbrati podatke o preteklih stanjih in boleznih, o družinski obremenjenosti in druge anamnestične podatke ter opraviti osnovni pregled bolnika, ki nam služi kot izhodiščni izvid pri spremljanju bolnikovih težav v prihodnosti. Vsekakor pa sta zbirnik in seznam zdravil zgoščen zbir bolnikovega celotnega zdravstvenega stanja in zdravljenja.

Trenutni temeljni podatki

Trenutni temeljni podatki vsebujejo datum, kraj in bolnikov razlog za obisk pri zdravniku, težave bolnika, status in načrt diagnostike in zdravljenja. Zbiramo jih na obrazcu za zapiske, ki mu tradicionalno pravimo vložni list (angleški sinonim: progress notes) in je tako kot zbirnik in seznam zdravil v neposredno oporo zdravniku (slika 6).

Vložni list je tisti del zdravstvenega kartona, ki ga trenutno največ uporabljamo. To so dvostranski obrazci z odtisnjenimi več rubrikami v velikosti A 3, ki se na sredini pregibajo. Večina zdravnikov upošteva le del predloženih rubrik. Levo stran uporabljamo za datum, anamnezo in objektivne podatke, desno pa za diagnozo in različne postopke zdravljenja. Obsežnost zapisa je odvisna predvsem od osebnega pristopa zdravnika k zapisovanju opažanj v zdravstveni karton. Sedanja razporeditev omogoča nizanje posameznih sklopov procesa srečanja med bolnikom in zdravnikom z leve na desno. Tudi za vložne

1. ŠT. KARTONA: _____
2. IME: _____ PRIIMEK: _____ POROČENA: _____ EMŠO: _____
3. SPOL: M/Ž
4. PLAČNIK: ZAPOSLOTEV: _____ REGISTRSKA ŠTEVILKA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PODLAGA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ŠIFRA DEJAVNOSTI: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PROSTOVOLJNO ZAVAROVANJE: ZAVAROVALNICA: 01, 02, 00 PAKET: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VELJA DO: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. ZAKONSKI STAN: A) SAMSKI, B) POROČEN, C) SKUPNOST, D) LOČEN, E) RAZVEZAN, F) VDOVA/EC, G) DRUGO: _____
6. NASLOV: _____ TEL.: _____ RAZMERE: _____
7. SOCIOEKONOMSKI STATUS: _____ _____ _____
8. POKLIC/IZOBRAZBA: _____ DELO: _____ OPOMBE: _____
ZDRAVNIK ŠTEVILKA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IME: _____ NASLOV: _____

Slika 2. Vzorec projektne skupine za oblikovanje zdravstvenega kartona za zbiranje stalnih temeljnih podatkov, potrebnih za zajem. Podatki pod zaporednimi številkami 1, 2 in 4 so identifikacijski podatki pri zaračunavanju opravljenega dela.

ZBIRNIK

IME: _____

ŠT. KARTONA: _____

ŠT.	ŠIFRA	NEREŠENE TEŽAVE	ŠT.	ŠIFRA	REŠENE TEŽAVE

Slika 3. Oblika zbirnika (angleški sinonim: problem list), kjer so nerešene težave ločene od razrešenih v ločeni rubriki: ŠT. – zaporedna številka pereče zadeve (aktivno stanje), s katero si pomagamo tudi na vložnem listu in seznamu stalnega zdravljenja, kadar hočemo označiti, da obstaja povezava, NEREŠENE TEŽAVE – vnesemo diagnozo za bolezen, stanje, hibo, razmere ipd., ŠIFRA – šifrirana zdravstvena težava: bolezen, stanje, hiba, razmere, razlog obiska ipd., ŠT. – številka razrešene zadeve in REŠENE TEŽAVE – posegi, ukrepi ipd., ki so privedli do tega, da se je pereča zadeva razrešila (postala neaktivna). Pri tej obliki zbirnika vodimo posege in ukrepe, ki kako zadevo razrešijo v posebnem stolpcu (npr: žolčni kamni in kolike zaradi žolčnih kamnov so v stolpcu NEREŠENE TEŽAVE, operacija žolčnika v tem primeru pride v stolpec REŠENE TEŽAVE) (prirejeno po 8, 9, 11).

ZBIRNIK

IME: _____

ŠT. KARTONA: _____

ŠIFRA	ŠT.	ZDRAVSTVENE TEŽAVE	ZAČETEK	PRIPOMBE

Slika 4. Oblika zbirnika (angleški sinonim: problem list), kjer so v isti rubriki zajete vse zadeve, z dodatno rubriko, kamor lahko vnašamo podatke o razrešitvi: ŠIFRA – šifrirana zdravstvena težava: bolezen, stanje, hiba, razmere ipd., ŠT. – zaporedna številka zadeve, s katero si pomagamo tudi na vložnem listu in seznamu stalnega zdravljenja, kadar hočemo označiti, da obstaja povezava, zdravstvene težave – vnesemo diagnozo za bolezen, stanje, hibo, razmere ipd., ZAČETEK – datum začetka določene težave, stanja ali razmer in PRIPOMBE – prostor za opazke. Pri tej obliki so zaporedno oštevilčene vse zadeve, tudi tiste, ki po svoje predstavljajo razrešitev neke bolezni ali stanja (npr: tudi operacija žolčnika kot razrešitev ugotovljenih žolčnih kamnov, ki predstavljajo diagnostično rešitev bolečin v trebuhu, tak poseg namreč predstavlja novo stanje, ki ga lahko spremljajo zapleti, povezani prav s posegom in ne samo s prvotnim stanjem, obenem pa v rubriki PRIPOMBE označimo, kdaj se je ta težava rešila) (prirejeno po 8, 9, 11).

liste velja priporočilo o velikosti A 4. Vložni list je osnova tudi za zajem dela podatkov za statistično in finančno poročilo. Problemsko usmerjen voden zapis (angleški sinonim: problem oriented medical record – POMR) srečanja med bolnikom in zdravnikom upošteva praktično iste sklope, kot so že predvideni na dosedanjem vložnem listu. Vendar zapisovanje poteka le na eni strani sklopi pa si sledijo navpično. Ker pa so v obsegu

SEZNAM ZDRAVIL

IME: _____ ŠT. KARTONA: _____

ŠT.	ŠT. #	ZDRAVILO	PRIPOMBE

Slika 5. Izsek iz seznama stalnega zdravljenja (angleški sinonim: medication list): ŠT. – zaporedna številka zdravila, ukrepa ali pripomočka, ŠT. # – zaporedna številka problema z zbirnika, na katerega se nanaša zdravljenje, ZDRAVILO – ime preparata in najbolje tudi generično ime in PRIPOMBE – prostor, kjer lahko zapišemo potrebno količino, vzporedno zdravilo, čas kontrole zaradi jemanja posameznega zdravila ipd. (prirejeno po 8, 9, 11).

VLOŽNI LIST

Št. _____

IME: _____ ŠT. KARTONA: _____

DATUM OBISK	SOAP	ZAPISKI

Slika 6. Podoba vložnega lista (angleški sinonim: progress note), ki je prirejen za usmerjeno urejanje zapisov srečanja med zdravnikom in bolnikom s pomočjo SOAP metode (razlaga je v besedilu): DATUM – vpišemo datum srečanja z bolnikom, OBISK – šifriramo obliko obiska in obseg uslug za izstavitev obračuna in SOAP – posamezne črke vpišemo v tem stolpcu pred posameznim sklopom zapisa (prirejeno po 8, 9, 11).

anamneze, statusa z izvidi, ocene oziroma diagnoze v predvidenih diagnostičnih postopkih, zdravljenju in izobraževanju bolnika znatna odstopanja, je smotrnejše, da si zdravnik sam postavlja meje teh sklopov. Po angleških začetnicah poimenovanja teh sklopov dobimo oznako za usmerjeno voden zapis srečanja med bolnikom in zdravnikom – SOAP (angleški sinonimi: subjective, objective, assessment, plan) (slika 7) (7, 8, 9, 11). Posamezne črke postavljamo na začetek vsakega sklopa.

SOAP – postopek pri zapisu sledi štirim sklopom, ki se delno prilagajajo analogiji anamneza, status, diagnoza, zdravljenje, so pa v svojem delovnem pomenu le nekoliko različni. Predvsem je namen te oblike zapisa zmanjšati obseg zapisa, ga narediti bolj preglednega in sistematičnega. Podatki morajo biti točni, natančni, berljivi in razumljivi vsakemu zdravniku. Pod S (subjektivni podatki; angleški sinonim: subjective information) zapišemo bistvene besede iz bolnikove pripovedi o težavah, ki so ga pripeljale na pregled k zdravniku. V zapisu pod O (objektivne najdbe; angleški sinonim: objective da-

S – subjektivni podatki, ki jih zremo od bolnika
O – objektivne najdbe, ki jih dobi zdravnik s pregledom, izvidi, preiskavami ipd.
A – zdravnikova ocena razloga za obisk ali diagnoza ugotovljenega stanja
P – načrt
D – načrt za potrditev ali postavitev diagnoze
E – nasveti bolniku
T – načrt (predpisovanje) zdravljenja

Slika 7. SOAP – postopek zapisovanja srečanja med bolnikom in zdravnikom (7): S – oporne točke, iz tistega, kar nam bolnik o zadevi pove, bolnikov razlog obiska, anamnesični podatki, O – vse pozitivne ugotovitve in za zadevo bistvene negativne ugotovitve iz našega pregleda, testov, izvidov, A – zdravnikova ocena razloga za obisk ali bolezni, P – načrt, ki zajema tri razločljive dele: D – načrt nadaljnje diagnostike, E – svetovanje bolniku in T – predpisano in svetovano zdravljenje (prirejeno po 8, 9, 11).

ta) naj bodo vse pozitivne najdbe, pomembne negativne ugotovitve, značilnosti problema, rezultati preiskav, mnenja drugih zdravnikov in izvidi. Oznaka A (zdravnikova ocena, diagnoza; angleški sinonim: assesement) je namenjena oceni razloga, zaradi katerega se je bolnik odločil za obisk zdravnika, zdravnikovi oceni težave, ki jo ima bolnik, oziroma diagnozi bolezni ali stanja, ki naj bi označila vsebino tokratnega obiska bolnika pri zdravniku. Takoj se srečamo s problemom različnih pristopov k oceni in posledični razvrstitvi obiska. O tem teče obsežna razprava, ki ima za posledico tudi razlike v pristopu k razvrščanju bolezni in stanj (16). Odločitev za eno od treh možnosti je prepuščena zdravniku. Na list ne pišemo ugibanj, ker bi to lahko ustavilo diagnostični postopek. Diagnoza pomeni napredek samo takrat, kadar jo lahko podpremo z dokazom, ki ga imamo pri roki (9). Načrt (P; angleški sinonim: plan) je razdeljen na tri razdelke: predvideni diagnostični postopki, ki bodo pojasnili zdravstveno stanje bolnika (D; angleški sinonim: diagnostic planning), nasveti bolniku v zvezi z boleznijo in zdravljenjem (E; angleški sinonim: patient education), načrt zdravljenja, predpisana zdravila, fizioterapija, čas zdravljenja, pričakovan izid zdravljenja (T; angleški sinonim: therapeutic planning).

Da bi se izognili pretiranemu in nekoristnemu kopičenju zapisov v zdravstvenem kartonu, moramo izkoristiti prednosti, ki nam jih nudi usmerjeno vodeni zdravstveni karton. Najpomembnejše dogodke, stanja, kronične bolezni in težave vodimo na posebnem zbirniku (slika 3). Oštevilčene enote z zbirnika nato označimo na vložnem listu, kadar se je srečanje nanašalo na katero izmed enot z zbirnika. Gastobesednosti se izognemo s SOAP – postopkom zapisovanja srečanja. Pri subjektivnih podatkih največkrat zadošča ena beseda. Dotedanja, družinska, socialna in osebna anamneza so vgrajene že v druge dele zdravstvenega kartona na tak način, da so nam hitro in vedno na voljo pri vsakem ponovnem stiku med bolnikom in zdravnikom. Z občasnim pregledovanjem vložnih listov, ko se njihovo število znatno poveča, in z združevanjem bistvenih podatkov le-teh na posebnem zbirnem vložnem listu, se izognemo pretiranemu kopičenju vložnih listov. S tem je usmerjeni zdravstveni karton tudi urejen, kar je nujna lastnost in obenem posled-

dična kakovost problemsko usmerjenega vodenja zdravstvenega kartona (5). Zbirnik in povzetek vložnih listov lahko olajšata razumevanje in razlaganje mnogih med sabo povezanih in spreminjajočih se spremenljivk. Zbirnik s seznamom stalnega zdravljenja in vložni list sta hkrati odprti strani zdravstvenega kartona, tako da lahko vlečemo vzporednice med enotami zbirnika in trenutnimi težavami. Na vložnem listu ob aktualni težavi vpišemo tudi zaporedno številko enote z zbirnika, na katero se nanaša težava, vzrok težave oziroma morebitno razrešitev.

Obstajajo različne zunanje podobe zdravstvenega kartona in oblike obrazcev za vodenje problemsko usmerjenega zdravstvenega kartona. Slika 2, slika 4, slika 5 in slika 6 so priredbe nekaterih rešitev iz tujine. Obstoječe zdravstvene kartone lahko postopno preoblikujemo v problemsko usmerjene. Najprej pridejo na vrsto tisti bolniki, ki obiščejo zdravnika največkrat. Pri tem lahko pride tudi do osvežitve spomina o že pozabljenih zdravstvenih težavah. Nepogrešljiv del vodenja usmerjenega zdravstvenega kartona je stalno ažuriranje podatkov.

Dopolnilni podatki zdravstvenega kartona

Usmerjeni (POMR) postopek zapiskovanja pogovora med bolnikom in zdravnikom pomeni napredek. Opiše težave bolnika ali družine, še vedno pa ne pove mnogo o tej družini. Več podatkov o družini in bolnikovem odnosu do nje dobi zdravnik s pomočjo dopolnilnih podatkov zdravstvenega kartona.

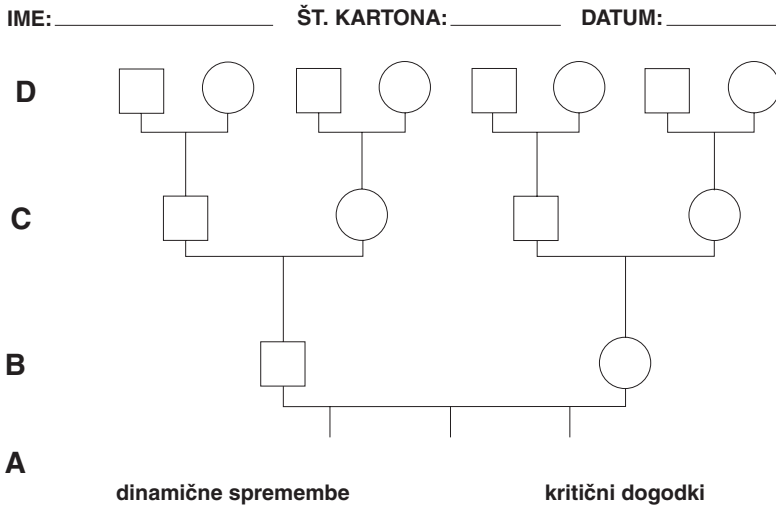
Dopolnilni podatki zdravstvenega kartona so vezani zlasti na različne standardizirane oblike zbiranja podatkov o bolniku in njegovi družini. Mednje prištevamo družinsko drevo (angleški sinonim: genogram), družinski krog in družinski APGAR (Adaptacija – prilagoditev, Partnerstvo, Growth – razvoj, Afekcija – čustvena sprejetost, Rešitve). Hišni obisk je nestandardizirana oblika spoznavanja družinskega delovanja. Objektivnejše metode so potrebne zato, da se pri oceni ne zanašamo na merila bolnikove družine, ki so lahko precej različna od meril drugih (2, 17).

Hišni obisk

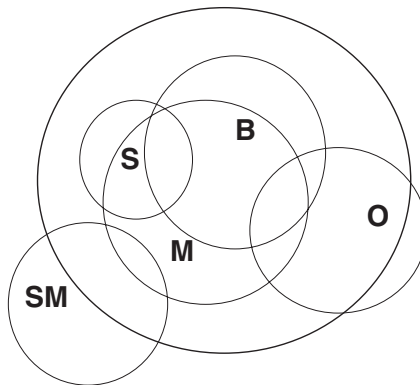
Vpliv bolnikove družine zdravnik najlaže oceni s hišnim obiskom (2). Vendar pa je takšna metoda zamudna, včasih težko izvedljiva in nestandardizirana. Seveda pa je dobro izrabiti vsako priložnost in ob hišnem obisku uporabiti vse čute, da bi čim bolj spoznali delovanje družine. S hišnim obiskom se zdravnik približa svojim bolnikom, izostri si posluš za zdravstvene potrebe prebivalstva in si v najkrajšem času zbere največ podatkov o bolniku, kar mu omogoča širše možnosti ocene nekega stanja (18).

Družinsko drevo

Družinsko drevo (angleški sinonim: genogram) je grafični prikaz družinske zgradbe s standardiziranimi znaki (slika 4) (7, 17). Ker ne hodijo vsi člani ene družine k istemu zdravniku, nam družinsko drevo nudi vpogled v genetske podatke in razloži medosebne odnose v družini našega bolnika (7). Družinsko drevo je sestavljeno iz dveh delov. Prvi je podloga, ki jo izpolnimo ob pogovoru z bolnikom in ga prikazuje slika 8. Drugi del pa je seznam simbolov, s katerimi si označimo značilnosti odnosov in važnejše bolezni.



Slika 8. Prvi del družinskega drevesa – podloga, v katero vnesemo podatke o družinskih članih in sorodnikih našega bolnika. A – prva vrsta sorodnikov (otroci), kjer se dogajajo stalne spremembe in povzročajo tudi kritične dogodke v družini, B – druga vrsta sorodnikov (starši), C – tretja vrsta sorodnikov (stari starši) in D – četrta vrsta sorodnikov (starši starih staršev) (prirejeno po 7).



Slika 9. Družinski krog: v večji krog, ki ga nariše zdravnik, mora bolnik vrisati družinske člane z manjšimi krogi, ki so lahko v krogu ali tudi izven njega. O – oče, M – mati, B – brat, S – sam bolnik, ki je narisal kroge in SM – stara mati.

Družinski krog

Bolnik nariše v krog, ki predstavlja družino, manjše kroge, ki predstavljajo njega in druge družinske in nedružinske člane, ki se vpletajo v delovanje družine. Vrisani manjši krogi so lahko v večjem krogu, izven njega, se ga dotikajo ali pa ne (slika 9). Bolnik nato sliko razloži (7).

Družinski APGAR

Sodi med objektivne metode. Družinske dejavnosti ocenimo z 0, 1 in 2. Normalno delovanje družine prinaša točke od 8 do 10, moteno delovanje od 4 do 7, močno moteno družinsko delovanje pa od 0 do 3 točke. Družinski APGAR – I (slika 10) pomaga ugotoviti bolnikovo zadovoljstvo z družinsko vlogo, odgovori v družinskem APGAR-ju – II (slika 11), ki ga lahko imenujemo tudi prijateljski APGAR, pa podčrtavajo bolnikov odnos s posameznimi družinskimi člani ali drugimi osebami, ki so bolniku v oporo. Zdravnik lahko spozna osebe, ki jih lahko aktivira za podporo, če je potrebno (2).

DRUŽINSKI APGAR			
VPRAŠALNIK			
I. del			
TA VPRAŠALNIK JE BIL SESTAVLJEN, DA BI NAM POMAGAL, DA BI BOLJE RAZUMELI VAS IN VAŠO DRUŽINO. VPRAŠATE LAHKO O VSAKEM POSAMEZNEM VPRAŠANJU. V PRIPOMBAH LAHKO NAVEDETE DODATNE PODATKE ALI DASTE PRIPOMBE NA VPRAŠANJA. PROSIM, POSKUSITE ODGOVORITI NA VSA VPRAŠANJA.			
DRUŽINA SO OSEBE, S KATERIMI NAVADNO ŽIVITE. ČE ŽIVITE SAMI, POTEM SO VAŠA DRUŽINA TISTI, S KATERIMI VAS VEŽEJO MOČNEJŠE ČUSTVENE VEZI.			
Pri vsakem vprašanju obkrožite samo en odgovor!	SKORAJ VEDNO	VČASIH	SKORAJ NIKOLI
Zadovoljen/na sem, da se lahko obrnem na družino po pomoč, kadar me kaj teži. Pripombe: _____	X	X	X
Zadovoljen/na sem z načinom, kako moja družina govori o zadevah z mano in kako deli težave z mano. Pripombe: _____	X	X	X
Zadovoljen/na sem, da moja družina sprejme in podpira moje želje, da se oprimem novih dejavnosti in usmeritev. Pripombe: _____	X	X	X
Zadovoljen/na sem, kako moja družina izraža naklonjenost in kako odgovarja na moja čustva, kot so žalost, jeza in ljubezen. Pripombe: _____	X	X	X
Zadovoljen/na sem z načinom, kako moja družina in sam/a preživimo čas skupaj. Pripombe: _____	X	X	X

Slika 10. Prvi del standardiziranega vprašalnika družinski APGAR, ki nam pove oceno delovanja bolnikove družine, kot ga vidi anketirani bolnik. Ocenjujemo s točkami takole: skoraj vedno – 2, včasih – 1 in nikoli – 0. Seštevek točk 8–10 govori za normalno delovanje družine, 4–7 moteno delovanje družine in 1–3 močno moteno delovanje družine (prirejeno po Smilksteinu (2)).

DRUŽINSKI APGAR						
VPRAŠALNIK						
II. del						
KDO ŽIVI PRI VAS DOMA (DOM JE TISTI KRAJ, KJER ŽIVITE VI Z VAŠIM SOPROGOM/SOPROGO, OTROKI, PARTNERJEM, STARŠI, PRIJATELJEM)? VPIŠITE IMENA TEH OSEB IN SORODSTVENO RAZMERJE Z VAMI (PARTNER /NEPOROČEN/, SOPROG/A, OTROK, STARŠI, STARI STARŠI).						
V STOLPCIH RAZUMEVANJE OZNAČITE SAMO EN PREDALČEK OD TREH MOŽNIH, KI NAJBOLJ USTREZA TEMU, KAKO SE RAZUMETE Z VSAKIM ČLANOM DRUŽINE, KI STE GA VPISALI.						
				RAZUMEVANJE		
IME	SORODSTVO	STAROST	SPOL	DOBRO	ŠE KAR	SLABO
ČE NE ŽIVITE S SVOJO DRUŽINO, VPIŠITE OSEBE, NA KATERE SE NAJPOGOSTEJE OBRNETE PO POMOČ. VPIŠITE IMENA TEH OSEB IN RAZMERJE Z VAMI (DRUŽINSKI ČLAN, PRIJATELJ, SODELAVEC, SOSED). V STOLPCIH RAZUMEVANJE OZNAČITE SAMO EN PREDALČEK OD TREH MOŽNIH, KI NAJBOLJ USTREZA TEMU, KAKO SE RAZUMETE Z OSEBO, KI STE JO VPISALI.						
				RAZUMEVANJE		
IME	SORODSTVO	STAROST	SPOL	DOBRO	ŠE KAR	SLABO

Slika 11. Drugi del standardiziranega vprašalnika družinski APGAR, ki pove, katere osebe v bolnikovi družini ali v njegovi okolici nam lahko pomagajo, kadar je pomoč potrebna (prirejeno po Smilksteinu (2)).

Model celostnega pristopa k zdravstvenim težavam v splošni medicini

Izhajajoč iz spoznanja, da se v splošni medicini ne da vsega opisati z besedami, je Jones razvil grafični model, ki prikazuje telesne, duševne in socialne razsežnosti bolnikove težave, ki jih je razvrstil na tri sekajoče se premice (19).

Voljč je razvil grafični model, ki omogoča celostni pristop k zdravstvenim težavam bolnika v splošni medicini. Njegov model, čeprav na videz podoben Jonesovemu, je konceptualno novost. V štirih problemskih poljih nam pojasnjuje vplive bolezni na bolnika na telesnem (S – somatskem), delovnem (W – prva črka angleškega sinonima: work) in čustvenem odnosu oziroma prizadetosti zaradi bolezni (E – prva črka angleškega sinonima: emotional) in prizadetost družine zaradi bolnikove bolezni (N – prva črka angleškega sinonima izraza bližnji: near by). Za izpolnjevanje tega modela je prav tako potrebno poznavanje usmerjenega vodenja pogovora in zapisovanja v zdravstveni karton (20).

Oblika usmerjeno urejenega zdravstvenega kartona

Sama vsebina usmerjeno vodenega pogovora med bolnikom in zdravnikom narekuje prilagoditev oblike zbranih podatkov. V obstoječi zdravstveni karton in pripadajoče obrazce je mogoče z nekaj domišljije in iznajdljivosti vpisovati podatke na priporočni način. Vendar pa je verjetno prihodnost v oblikovanju prilagojenih obrazcev (slika 2, slika 4, slika in, slika 6). S tem se ukvarja skupina zdravnikov, ki so bili izbrani na X. učni delavnici. Slika 12 in slika 13 prikazujeta primer izpolnjenega zbirnika in vložnega lista.

ZBIRNIK

IME: Janez Kranjski

ŠT. KARTONA: 345

ŠIFRA	ŠT.	PROBLEM	ZAČETEK	REŠITEV	PRIPOMBE
401.9	1	Hypertensio arterialis	1984		
723.2	2	Cervicobrachialgia	1990		
712.0	3	Arthritis urica	1990		
820.8	4	Fractura colli femoris sin.	2.3.1992	4.3.1992	TEP coxae sin.
780.5	5	Insomnia	1992		

SEZNAM STALNEGA ZDRAVLJENJA

IME: Janez Kranjski

ŠT. KARTONA: 345

ŠT.	ŠT. #	ZDRAVILO	PRIPOMBE
1	# 1	Olivin 20 mg 2 × 1	
2	# 1	Edemid 1 tbl/3 dni	
3	# 2	Glissonova zanka	
4	# 3	Zyloric 1 × 1	
5	# 2, 3	Ketonal forte 3 × 1 pp	ob bolečinah
6	# 3	Cholchicin tbl	ob napadu putike
7	# 5	Apaurin 5 mg pred spanjem	

Slika 12. Prikaz izpolnjenega zbirnika oziroma seznama zdravstvenih težav: ŠIFRA – šifrirana zdravstvena težava: bolezen, stanje, hiba, razmere ipd., ŠT. – zaporedna številka zadeve, s katero si pomagamo tudi na vložnem listu in seznamu stalnega zdravljenja, kadar hočemo označiti, da obstaja povezava, zdravstvene težave – vnesemo diagnozo za bolezen, stanje, hibo, razmere ipd., ZAČETEK – datum začetka določene težave, stanja ali razmer in PRIPOMBE – prostor za opazke; s pridruženim seznamom zdravil (podatki so izmišljeni): ŠT. – zaporedna številka zdravila, ukrepa ali pripomočka, ŠT. # – zaporedna številka problema z zbirnika, na katerega se nanaša zdravljenje, ZDRAVILO – ime preparata in najboljše tudi generično ime, PRIPOMBE – prostor, kjer lahko zapišemo potrebno količino, vzporedno zdravilo, čas kontrole zaradi jemanja posameznega zdravila ipd.

VLOŽNI LIST

Št. 8

IME: Janez Kranjski

ŠT. KARTONA: 345

DATUM	SOAP	ZAPISKI
2.3.93	S	2 dni glavobol v zatilju, opustil zdravila
	O	RR = 210/130, nevrološko bp.
	A	# 1, 401.9 glavobol zaradi povečanega pritiska
	P	D/ Ekg, kontrola čez 2 dni
		E/ ponovno opozorilo o nujnosti rednega jemanja zdravil
		T/ ista naprej
		Št. 7 Apaurin 5 mg III, 1 zv.
4.3.93	S	glava še nekoliko boli, Aspirin pomaga
	O	RR = 130/80, Ekg bp.
	A	# 1
	P	T/ ista naprej
12.5.93	S	potrebuje zdravila za spanje
	A	# 5
	P	T/Št. 7 III, 1 zv.
15.5.93	S	15.5.93 ob 11.30 se je v službi urezal s pločevino v desni kazalec
	O	prst nevrocirkulatorno bp., kite niso prizadete,
	A	883.0 Vulnus scissum indicis dex.
	P	T/ toaleta, šivi v Oberstu, Ana-Te, preveza, stalež od 15.5. opornica za teden dni, kontrola čez dva dni za prevezo
17.5.93	S	brez težav
	O	rana se celi pp
	A	883.0
	P	22.5. odstranitev šivov
22.5.93	A	883.0
	P	T/ odstranitev šivov in opornice,
		E/ razgibavanje in kopeli
		stalež do 31.5.93
5.6.93	S	želi potrdilo za zavarovalnico
	A	883.0
	P	potrdilo
8.9.93	S	žena prihaja po zdravila
	A	# 5
	P	T/ Št. 7 III, 1 zv.

Slika 13. Primer izpolnjenega vložnega lista s problemsko usmerjenim zapisovanjem (SOAP) (podatki so izmišljeni). Prikazane so različne možnosti zapisovanja v SOAP obliki pri nekaj izbranih srečanjih med bolnikom in zdravnikom. Ni nujno, da uporabimo vedno vse sklope. DATUM – vpišemo datum srečanja z bolnikom, OBISK – šifriramo obliko obiska in obseg uslug za izstavitev obračuna, SOAP – posamezne črke vpišemo v tem stolpcu pred posameznim sklopom zapisa.

Sklep

Problemsko usmerjeno zapisovanje in urejanje podatkov je zanimiv pristop k urejanju medicinske dokumentacije. Uveljavilo se je tako v klinični kot tudi v družinski medicini. S kritičnim pristopom lahko vsak zdravnik sam izlušči tiste vzorce in oblike, ki mu najbolj ustrezajo in bodo služili boljši oskrbi bolnikov in lažjemu delu pri vodenju zdravstvenega kartona. Zbir dopolnilnih oblik zbiranja podatkov omogoča družinski pristop pri obravnavanju bolnika. Dobro voden zdravstveni karton omogoča kakovostni preskok s pomenja pomembnih podatkov v zdravnikovem spominu na hranjenje v dostopni obliki v zdravstvenem kartonu.

Zahvala

Za pomoč pri zbiranju literature, spodbudo pri pisanju in pripombe k prevodom strokovnih izrazov in vsebini članka se zahvaljujem asistentu dr. Igorju Švabu.

Za motivacijo pri pisanju pa se zlasti zahvaljujem enemu izmed vodij X. učne delavnice 1993 v Bovcu dr. Jamieju Correia de Sousa.

Za pripombe k dokončnemu oblikovanju prispevka se zahvaljujem tudi dr. Sandi Müllner.

Literatura

1. Hennen BK. Family structure and function. In: Shires DB, Hennen BK, Rice DI, eds. *Family medicine*. New York: McGraw, 1987: 8–15.
2. Smilkstein G. Assessment of family function. In: Taylor RB, ed. *Family medicine*. New York: Springer Verlag, 1983: 74–84.
3. Green J P, Jacobs A. Practice organization. In: Hall MS. *A GP training handbook*. Oxford: Blackwell sci, 1987: 132–43.
4. Kersnik J (ed.). *Menedžment v splošni medicini. Sklepi IX. učnih delavnic*. Bovec: Sekcija za splošno medicino Zveze zdravniških društev (v tisku).
5. Mc Whinney IR. Records. In: Mc Whinney IR. *Family medicine*. New York: Springer-Verlag. 1989: 324–32.
6. Antonin B. *Propedeutika interne medicine*. Zagreb: Jugoslavenska medicinska naklada, 1982: 31–181.
7. Smith HT. The medical record. In: Taylor RB, ed. *Family medicine*. New York: Springer-Verlag. 1983: 1789–802.
8. Weed LL. Medical records that guide and teach. *N Engl J Med* 1968; 278: 593–600.
9. Weed LL. Medical records that guide and teach. *N Engl J Med* 1968; 278: 652–93.
10. Shires DB. Office organisation. In: Taylor RB, ed. *Family medicine*. New York: Springer-Verlag, 1983: 546–73.
11. Goldfinger SE, Dineen JJ. Problem oriented medical record. In: Isselbacher KJ, Adams RD, Braunwald E, Petersdorf RG, Wilson JD, eds. *Harrison's principles of internal medicine*. Tokyo: McGraw, 1980: 9–11.
12. Horder J. *The future general practitioner*. London: The royal college of general practitioners. 1989: 44–5, 211–2.
13. Goldfinger SE. The problem oriented medical record: A critique from a believer. *N Engl J Med* 1973; 288: 606–8.
14. Kersnik J. *Zbiranje podatkov, vodenje zdravstvenega kartona in klasifikacije v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino Zveze zdravniških društev, 1993: 1–12.
15. Gervas J, Fernandez MP. Minimum basic data set in general practice: Definitions and coding. *Fam Pract* 1992; 42: 349–52.

16. Froom J. Classification systems. In: Taylor RB, ed. *Family medicine*. New York: Springer-Verlag, 1983: 1803–20.
17. Saultz JW. Incorporating a family sistem approach into clinical practice. In: McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB, eds. *Family oriented primary care*. New York: Springer-Verlag, 1989: 30–4.
18. Urlep F. Hišni obisk. In: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F, eds. *Splošna medicina*. Ljubljana, Sekcija za splošno medicino Zveze zdravniških društev – SZD, 1992: 133–9.
19. Jones T. Recording the consultation: model for assesement. *B M J* 1984; 288: 803–4.
20. Voljč B. *Model celostnega pristopa k zdravstvenemu problemu v splošni medicini*. Doktorska dizertacija. Ljubljana 1989.

Prispelo 27.12.1993