

Delo zdravnika družinske medicine

Doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.

OZG OE ZD Jesenice,
ZP Kranjska Gora,
Koroška ul. 2,
4280 Kranjska Gora.

Uvod

Družinsko medicino, ki se je do nedavnega imenovala splošna medicina, si večina ljudi predstavlja kot konglomerat ostalih medicinskih strok. Za delo zdravnika družinske medicine (ZDM) bi naj bilo potem dovolj, da znamo od vsake stroke po malo in ničesar v tako globino, kot specialisti drugih strok. Ker ta dilema ni bila prisotna samo v Sloveniji, temveč tudi drugje po Evropi, je Evropsko združenje učiteljev družinske medicine – EURACT – v sodelovanju z drugimi organizacijami na področju družinske medicine pripravilo definicijo družinske medicine (1) in nato še s tem povezane prednostne naloge poučevanja družinske medicine (2). Seveda je klinično znanje, ki ga študent pridobi pri ostalih predmetih in v praksi preveri pri predmetu Družinska medicina temelj, na katerem lahko gradi svoje poznavanje dela ZDM in si pridobi del za Družinsko medicino lastnih veščin, ki jih bo uporabljal pri svojem delu ne glede na svojo kasnejšo strokovno pot.

Družinska medicina je stroka z lastnim izobraževalnim programom, s svojim raziskovalnim poljem, z dokazi s svojega področja in opravlja zdravstveno dejavnost v osnovnem zdravstvu (1). Za družinsko medicino velja naslednjih 11 lastnosti:

1. Za bolnike predstavlja družinska medicina prvi stik (brez napotitve drugega zdravnika) ne glede na zdravstvene težave, ki jih imajo;
2. ZDM koordinira pot bolnika skozi zdravstveno službo.
3. V družinski medicini je bolnik v ospredju delovanja.
4. Pomembno je vzpostavljanje in vzdrževanje odnosa med zdravnikom in bolnikom.
5. ZDM, njegova ambulanta, zdravstvena dokumentacija in sodelavci zagotavljajo stalnost odnosa med bolnikom in tem delom zdravstvene službe.
6. Za odločanje je pomembno poznavanje prevalence bolezni.
7. ZDM se srečuje z akutno zbolelimi in s kroničnimi bolniki.
8. Bolniki v družinski medicini imajo navadno slabše izražene znake, ker obiščejo zdravnika v zgodnejših stopnjah razvoja bolezni.
9. Naloge ZDM so pospeševanje zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje bolezni, zdravljenje in rehabilitacija.
10. Delo ZDM mora biti povezano z delovanjem v svojem okolju.
11. Biomedicinski model v družinski medicini prerašča v biopsihosocialni model, ki upošteva bolnikovo kulturno in bivanjsko ozadje.

Številne naloge so enake ali zelo podobne drugim medicinskim strokam, le da se morajo v družinski medicini prepletati na tak način, da lahko bolnikom v sodelovanju z razširjenim timom lahko nudimo celostno oskrbo. To od ZDM zahteva usposobljenost pri reševanju zdravstvenih problemov svojih bolnikov (1):

1. osnovno zdravstveni pristop,
2. v bolnika usmerjen pristop,
3. usmerjen pristop k obravnavi zdravstvenih težav,
4. celovita oskrba,
5. usmerjenost v skupnost,
6. celosten pristop.

V nadaljevanju bom poskušal na videz zapletene koncepte usposobljenosti pojasniti na praktičnem primeru tegale bolnika:

45-letni poročen moški z dvema odraščajočima otrokoma, kadilec, s preveliko telesno težo, po pred pol leta prebolelem miokardnem infarktu pride v ambulanto zaradi slabega počutja, pomanjkanja energije, hitre utrudljivosti, kašlja, bolečin v žrelu, nahoda in vročine 37,5 stopinj. Potrebuje potrdilo o zdravniško upravičeni odsotnosti z dela, ker tega dne ni mogel na delo. Mimogrede bi še vprašal, kako je s spolnostjo v njegovem stanju.

Kdor bo absolvirал predmet Družinska medicina na MF UM naj bi poznal teoretične osnove naštetih konceptov in jih znal v nekaterih preprostejših primerih tudi uporabiti v praksi.

Osnovno zdravstveni pristop

Da bi se lotili reševanja tega primera, za katerega ima ZDM v povprečju 7 minut časa (3), mora ZDM poznati pogostost pojavljanja določenih bolezni v osnovnem zdravstvu, pristop k obravnavi neselekcijiranih zdravstvenih težav in organizacijo dela ambulante, kjer dela (1).

V opisanem primeru mora poznati epidemiologijo na ravni splošne, tj., kako pogoste so posamezne okužbe dihal, kako pogost je kronični bronhitis pri kadilcih, kako pogosta so poslabšanja kroničnega bronhitisa, kako pogoste so številne druge bolezni, ki jih spremljajo slabo počutje in druge naštete težave.

Vprašati se mora, kaj so poleg okužbe zgornjih dihal lahko razlogi za kašelj pri kadilcu. Vprašati se mora tudi, kaj so poleg okužbe zgornjih dihal, kroničnega bronhitisa oz. njegovega poslabšanja še razlogi za slabo počutje, pomanjkanje energije, hitro utrudljivost. Ali k temu lahko prispeva nedavno preboleli miokardni infarkt?

Odgovoriti mora na vprašanja, kaj je v tem primeru najverjetnejša diagnoza(e), ali gre za odvrnljiv nevarni potek (4), tj., ali je bolnik življenjsko ogrožen, ali gre za stanje, kjer se je z odprtim čakanjem ali zdravlilnim poskusom moč prikopati do diagnoze ali celo do izboljšanja, ali gre za samoomejeno bolezen, kjer zadošča nasvet ali odprto čakanje. V primeru možnosti nevarnega poteka bo moral pogosto ukrepati še pred postavitvijo dokončne diagnoze. Organizacija dela v ambulanti mora biti taka, da bo lahko ustrezno oskrbel take bolnike. Potrebna je ustrezna

medicinska oprema za diagnostiko in nujno zdravljenje, ustrezno vodenje medicinske dokumentacije, ki omogoča pregled nad preteklimi dogodki, kroničnimi boleznimi, stalnim zdravljenjem, alergijami in različnimi ukrepi.

Okužbe dihal so pogoste. Znaki niso alarmantni, zato moramo vedno pomisliti na predočeno težavo kot na vstopnico do ZDM. Neka običajna bolezen je bolniku lahko le dobrodošel izgovor, da nas obišče in nam v ugodnih okoliščinah posreduje tudi druge zanj hujše težave. Tu pride v poštev v bolnika usmerjen pristop.

O tem bodo študenti nekaj malega slišali na predavanju, prebrali v literaturi in opazovali med svojim bivanjem v splošnih ambulantah ob učitelju veččin. Zbrali bodo zapise bolnikov, ki jih bodo pregledali.

V bolnika usmerjen pristop

Noben bolnik ni zgolj primer ene bolezni. Vedno ga moramo opazovati kot človeka v določenih trenutnih okoliščinah. Pri tem je seveda tudi zdravnik zgolj človek v določenih trenutnih okoliščinah. Vsak od njiju je strokovnjak na svojem področju in med obiskom gre za srečanje spoznavnih poti obeh (5). Sporazumevanje je ena ključnih veččin, ki nam pomaga ugotoviti, kaj bolniki potrebujejo, pričakujejo in želijo.

Pri tem bolniku opazimo pomen stalnosti, ki jo mora nuditi družinska medicina. Stalnost lahko zagotavljamo na več načinov. Najstarejša oblika je stalnost zdravnika samega. V sodobni družbi takega romantičnega pristopa, ko je en zdravnik »obvladoval« vasi in dele mesta skozi celotno svoje delovno obdobje skozi celo leto dneve in noči, ni več. Kljub temu pa se stalnost zrcali v trajnem osebnem odnosu, ki ga razvijete bolnik in zdravnik. Dodatno k trajnosti osebnega odnosa med zdravnikom in bolnikom prispeva zakonska omejitev bolnika pri izbiri zdravnika za svoj prvi stik z zdravstveno službo, tj. z izbiro osebnega zdravnika.

Druga oblika stalnosti se kaže pri obravnavi posamezne epizode določene bolezni. Te oblike trajnega odnosa si ljudje želijo tudi v specialistični ambulantni oskrbi na sekundarni ravni. Pri kroničnih boleznih postane to razmerje resnično dolgotrajno. Ustrezno vodenje zdravstvenega kartona oz. medicinske dokumentacije je pri tem v veliko pomoč in pogosto predstavlja nadomestek osebni trajnosti. Stalnost omogoča tudi obiskovanje stalne am-

A	C
OBRAVNAVA TRENUTNIH TEŽAV	VPLIV NA NAVADE PRI ISKANJU ZDRAVNIŠKE POMOČI
B	D
VODENJE KRONIČNIH BOLEZNI	PRILOŽNOSTNO ZDRAVSTVENO PROSVETLJEVANJE

Slika 1. Štiri področja posveta med bolnikom in zdravnikom (7).

bulante in srečevanje istega osebja. Pri odločitvah je vedno treba upoštevati možnosti zagotavljanja stalnosti pri spremljanju in vodenju zdravstvenih težav.

Kljub trajnemu odnosu je potrebno vsakič znova ugotavljati bolnikova pričakovanja. Aktivno poslušanje nam razkrije številne iztočnice, ki nam jih bolnik ponudi. Pri tem se zdravniku pogosto porajajo negativna čustva, ob katerih je včasih težko obdržati neprizadeto distanco in ravnati strokovno.

Bolnik ima nezdravo razvado – kajenje, ki prispeva k njegovemu slabšemu zdravstvenemu stanju. Kljub miokardnemu infarktu ni opustil kajenja. Dodatno se kaže možnost kronične obstruktiven pljučne bolezni kot posledice te razvade. Zdravnika praviloma jezi, če ni uspešen pri svojih ukrepih. Nič nenavadnega ne bi bilo, če takemu bolniku ne bi »privoščil« kakšne majhne zdravstvene težave, da bi prej prišel do izteznitve. Kaj hitro bi lahko neutemeljeno nekatere težave lahko pripisali tej razvadi. Pri tem se rado zgodi, da pozabimo na druge podrobnosti pogovora. Bolnik je spraševal po razlogih za utrujenost. Očitno ga zanima tudi nekaj v zvezi s spolnostjo. Ali je prehlad edini razlog, da bi se rad izognil delu? Kako bomo poskrbeli za odvajanje od kajenja, kakšne možnosti imamo, kakšen uspeh lahko pričakujemo, kako bomo vodili kronično obstruktivno pljučno bolezen, kako bomo ravnali v zvezi z okužbo dihal, ker se jutri ravno odpravljamo na dvotedenski dopust?

Sporazumevanja se boste naučili z igranjem vlog ob simuliranih bolnikih in z neposrednim opazovanjem ob učiteljih veččin – mentorjih – v njihovih ambulantah, kjer boste najbolj neposredno lahko opazovali posebnosti pristop k obravnavi najpogostejših zdravstvenih težav v splošni ambulanti.

Usmerjen pristop k obravnavi zdravstvenih težav

Kdor je imel bežno priložnost opazovati ZDM pri delu, je dobil občutek, kot da dela za tekočim trakom. To ga sili v



Slika 2. Stopnje izkustvenega učenja.

smotno izrabo časa, ki ga porabi za sam stik z bolnikom in uporabo časa v diagnostične in zdravitelne namene – t.i. odprto čakanje (4). Stalnost odnosa med zdravnikom in bolnikom ter poznavanje epidemiologije omogoča postopnost pri načrtovanju pregledov in preiskav.

Ena najtežjih sestavin dela ZDM je pri tem shajanje z večjim tveganjem ob obravnavi slabše razvitih znakov bolezni, ki jih najpogosteje srečujemo pri bolnikih v splošnih ambulantah (6). Potrebno je treba pravo mero med tveganjem in odločitvami o preiskavah, pregledih in napotitvah. Vključevanje bolnikov in dogovor z njimi o načinu zdravljenja predstavlja pomembno razdelitev odgovornosti za sprejete odločitve, od zdravnika pa zahteva večšine sporočanja različnih sporočil.

Prvo nam pri opisanem primeru pride na misel možnost okužbe dihal. Tudi, če za opisanimi znaki tiči depresija, hipotiroza, ali kronični bronhitis, imamo dovolj časa, da našo ponovno razmišljanje o problemov prestavimo za en teden, ko naj bi se po našem pričakovanju znaki okužbe dihal umirili. V nobenem primeru ne pričakujemo nevarnega poteka, zato se odločimo za odprto čakanje. Bolniku razložimo svojo diferencialno diagnozo in pričakovane izide. Preverimo razumevanje in njegovo sposobnost spremljati pričakovano dinamiko spreminjanja znakov bolezni. Dogovorimo se za sodelovanje in načrtujemo ev. stike v vnaprej opisanih stanjih, ki bi predstavljali možne zaplete ali neuspeh ukrepanja. Kljub temu, da bolnik ni dobil recepta ali bil napoten drugam, je to v takih primerih tudi ustrezno ukrepanje in ne opustitev pomoči.

Študenti bodo pripravili prikaze primerov, sporočanja se bodo učili z igranjem vlog ob simuliranih bolnikih, ukrepanja preko reševanja problemov v virtualni ambulanti in v ambulanti ob učitelju veččin.

Celovita oskrba

Pojem celovita oskrba oz. integrirano zdravstveno varstvo je bil v preteklosti zlorabljen v cehovske namene in odstopa od osnovnega koncepta. Z njim so dolga leta zagovarjali fragmentacijo osnovnega zdravstva na številne specialnosti. V bistvu pa se je osnovno zdravstveno varstvo v polpreteklem obdobju osredotočalo na obravnavo tedaj ključnih problemov z organiziranjem posebnih ambulant, kjer so se bolj usmerjeno ukvarjali z določeno skupino bolnikov ali z določenim(i) zdravstvenimi problemi. Na podlagi socialnomedicinske filozofije aktivnega pristopa kot elementa dispanzerske metode dela so jih poimenovali dispanzerje (ang. clinics). Delo je kljub ideji o integriranosti potekalo strogo ločeno: en dan preventiva, drugi dan kurativa. Celovitost je bila deloma zadovoljena na ravni institucije.

Bolniki k vsakemu posvetu prinašajo v povprečju po tri in več zdravstvenih težav (3). Številni imajo več sočasnih bolezni. Zdravniki želimo ob zdravljenju znanih bolezni pospeševati zdravje, izvajati preventivne ukrepe, presejevati ogrožene skupine prebivalstva in jih usmerjati skozi rehabilitacijo. V vsakem posvetu z bolnikom moramo ZDM izpolniti štiri dopolnjujoče se naloge (slika 1). Poleg obravnave trenutnih težav (*okužba dihal*) in vodenja kronične bolezni (*po miokardnem infarktu*) lahko vsak stik izkoristimo za priložnostno preventivno dejavnost (*odsvetovanje kajenja, priložnostno merjenje krvnega tlaka, določitev ravni lipidov...*) in z *vzbujanjem zaupanja zaradi zanimanja za vse bolnikove težave, s spodbujanjem samozdravljenja ter aktivnega vključevanja bolnika v lastno zdravljenje vplivamo na ustrezno uporabo zdravstvenih službe v prihodnje* (7).

Pri tem moškem je poleg obravnave aktualne pritožbe o okužbi dihal potrebno proučiti vodenje po prebolelem miokardnem infarktu, proučiti možnosti sekundarne preventive z opustitvijo kajenja, preveriti stopnjo njegove telesne dejavnosti, raven lipidov, izmeriti krvni tlak, posvetiti se povečani telesni teži, preveriti pljučno funkcijo, opraviti kratek psihiatrični intervju, da bi preverili možnost prisotnosti depresije in anksioznosti, proučiti družinske odnose in spolnost. Bolnika bomo naročili na kontrolne pregled v ustrezni intervalih in ga spodbudili, da bo sam spremljal nekatere parametre.

Študenti bodo obravnavali in samostojno predstavili didaktične primere ter primere iz vsakdanjega dela splošnih ambulant. O njih bodo razpravljali v malih skupinah z asistentom in učitelji veččin.

Usmerjenost v skupnost

Nihče med nami ni osamljen otok v množici ljudi, zato mora ZDM razumeti zdravstvene potrebe širše in lokalne skupnosti. Poznati mora vplive družbenih dogajanj, revščine, etničnih razlik, verskih razlik, kulturnih razlik in znati prepoznati neenake možnosti različnih skupin prebivalstva. Privilegirani imajo praviloma boljše zdravstvene izvide, zato moramo biti še posebej pozorni do ogroženih skupin prebivalstva. Slovenska medicinska misel je zakrnela na stanju pred drugo svetovno vojno in v ogrožene skupine še vedno tlači celotno populacijo otrok in žensk. Znotraj teh dveh skupin so neizmerne razlike, ki jih sedanji pristop samo še potencira. Vsekakor so tudi v naši družbi številne skupine prebivalcev zdravstveno veliko bolj ogrožene od drugih, zato mora ZDM kljub svojemu zaščitniškemu odnosu do bolnika, ki ga ima pred seboj, upoštevati tudi interes širše skupnosti.

Do določene mere se to zrcali skozi upoštevanje zdravstvenih predpisov, ki določajo pravice bolnikov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in naloge zdravnika do družbe s poročanjem o določenih nalezljivih boleznih in poškodbah po tretji osebi. Še bolj pa skozi javno delovanje zdravnika v različnih organizacijah in pri različnih akcijah, ki so usmerjene v osveščanje laične javnosti. Sem sodi sodelovanje v karitativnih organizacijah, lokalnih akcijskih skupinah za boj proti odvisnosti, vodenje skupin kroničnih bolnikov, predavanja v skupnosti, nastopanje v javnih občilih ipd. Pri svojem delu bo pogosto naletel na etične dileme svojih odločitev (8).

Srčnožilne bolezni predstavljajo enega večjih javnozdravstvenih problemov zaradi velikih stroškov, večje invalidnosti in zgodnje umrljivosti. Z optimalnim zdravljenjem posameznika zmanjšamo breme za družbo in z obvladovanjem dejavnikov tveganja zmanjšujemo možnost za ponovni srčnožilni dogodek. Osveščen bolnik preko svoje socialne mreže vpliva tudi na druge v svoji okolici, ki so zaradi tega bolj osveščeni. Bolniška odsotnost predstavlja naslednji družbeni problem. Pogosto moramo njeno upravičenost tehtati med zdravstvenim stanjem in delovnim okoljem. Glede na izmerjeno aerobno zmogljivost bo potrebno proučiti, ali je delovna zmožnost tega bolnika trajno okrnjena in ga bo potrebno napotiti na invalidsko komisijo. Pri pregledu in šifriranju bolezni bo preveril, če le-ta sodi med bolezni, ki jih je potrebno prijaviti zavodu za zdravstveno varstvo.

Študenti bodo z učiteljem veččin proučili najpogostejše probleme okolja njihovih ambulant. V malih skupinah bodo razpravljali o povezanosti med družbo in zdravjem. Seznanili se bodo s predpisi s področja zdravnikovega dela. Pri prikazu bolnikov bodo pozorni na socialno in delovno anamnezo.

Celosten pristop

Na bolnišničnih oddelkih študent spozna podrobno obravnavo posameznega bolnikove zdravstvene težave, ali skupka zdravstvenih težav, s katerimi se ukvarja določena stroka. Ostali problemi ostanejo zapisani v eni od »anamnez«, niso pa ključni predmet obravnave. Hipertoničnik je enak hipertoničniku, sladkorni bolnik sladkornemu bolniku. Celostni (holistični) pristop pa upošteva bolnika kot celovito osebnost, z njemu lastnimi vrednotami, prepričanji in kulturnim ozadjem. Dva bolnik si nista popolnoma enaka. Biopsihosocialni model predstavlja temelj dela v družinski medicini. Človeka moramo umestiti v njegov osebni, delovni, okoljski, bivanjski in družinski svet (1).

Z bolnikom je potrebno najti skupne cilje ukrepov, izdelati načrt ukrepanja in preverjati doseženo. Pri tem se

moramo oddaljiti od retoričnega vprašanja, »Ali je bolnik jemal zdravila po navodilih?« in se osredotočiti, kako mu lahko pomagamo, da bo svojem sociokulturnem pojmovanju zdravja in bolezni razumel in izvajal načrtovane ukrepe (9). Sami ali v sodelovanju drugih institucij ali posameznikov mu moramo nuditi psihološko, čustveno in socialno podporo. Za večino ljudi je družina še vedno temeljna celica življenja, zato moramo tudi njo ustrezno vključiti v načrtovanje in izvajanje zdravstvenih ukrepov. Poleg zatočišča v primeru bolezni (10) lahko predstavlja tudi leglo zdravstvenih težav (11).

Pri opisanem bolniku se bomo pozanimali o odraščajočih otrocih. Tudi, če z otroki ni posebnih zdravstvenih ali vzgojnih težav, odraščajoči predstavljajo opozorilo, da družina prihaja v naslednjo fazo, ko bodo ptički poleteli iz gnezda in bosta partnerja ostala sama. Vsak prehod v družinskem ciklusu predstavlja krizo, ki lahko sproži zdravstvene težave. Pogovor o spolnosti bo dobra iztočnica za razjasnitev partnerskih odnosov, želja po odsotnosti z dela pa o delovnem mestu.

Študenti bodo pripravili poročila o družini, opazovali družine na hišnem obisku, reševali didaktične primere, opazovali učitelja veščin pri praktičnem delu in sami vadili z igranjem vlog s simuliranimi bolniki ter pod nadzorom učitelja veščin v ambulanti.

Namesto sklepa

Seveda je nerazumno pričakovati, da bi vsak primer v življenju obravnavali tako analitično. Po zadostnem številu ponovitev, tak pristop k reševanju problemov postane del rutinskega odločanja, kar delo pospeši, olajša in hkrati omogoči več časa za reševanje novih zapletenih problemov (6). Pri načrtovanju izobraževanja iz družinske medicine smo se poskušali čim bolj držati modela učenja odraslih, ki ga ponazarja slika 2 (12).

Koncept kroga dopušča vstopanje v izobraževalni proces na kateri koli stopnji. Študenti bodo k pouku prinesli svoje konkretne izkušnje ob lastnem zdravljenju in z drugih kliničnih vaj. Te bodo poleg sodelovanja v praktičnem delu in prisostvovanja demonstracijam omogočila razmišljanje. V povezavi s posredovanimi abstraktnimi

koncepti o družinski medicini bo pridobljeno znanje izhodišče za aktivno poizkušanje v splošnih ambulantah z učitelji veščin. S tem bodo pridobili nove izkušnje v obliki veščin.

Zavedamo se, da so študenti odrasle osebe, ki imajo svoja visoka pričakovanja, čas in kadri na razpolago za dober pouk pa so močno omejeni. Vsebina in oblika pouka se bosta prepletala in prilagajala našim zmožnostim na eni strani in voljnosti študentov na drugi strani. Pripravljamo navodila za vaje, ki bodo vodnik skozi pouk, in načrtujemo skripta, ki bodo ponudila osnovna poglavja družinske medicine. Kako dober bo pouk, pa bo pokazal čas skozi medsebojni odnos med kolegi različnih strok, ki bodo končali študij po tem programu in v njihovem odnosu do bolnikov.

Preverjanje znanja bo sprotno po pripravljenem protokolu, ki bo omogočal razvidno ocenjevanje opravljenih nalog. Verjamemo, da bo tudi to del izobraževanja in spodbuda za aktivno sodelovanje v celotnem učnem procesu.

Mnogi, ki so si že izbrali svoja ožja strokovna področja bodo morda nejevoljni, ker se bodo morali ukvarjati z vsebinami, ki navidez z njihovimi načrti nimajo veliko skupnega. Učni načrt predmeta Družinska medicina predvideva predvsem posredovanje tistih vsebin, ki bodo koristile prav vsakemu bodočemu zdravniku kot informacija o možnostih oskrbe družinski medicini, s katero bodo v stiku vsaj preko napotitev in odpustnih pisem in kot veščine, koristne za delo z bolniki na splošno.

Družinska medicina torej ni samo konglomerat drugih strok, temveč mozaik številnih znanj in veščin, ki se prepletajo z ostalimi strokami in jih dopolnjujejo. Skoraj 80 % zdravstvenih težav bolnikov mora ZDM oskrbeti sam in le okoli 20 % je takih, ki jih napoti h kliničnemu specialistu ali v bolnišnico (13) in se kasneje znova vračajo v splošno ambulanto.

Zahvala

Prof. dr. Igorju Švabu, dr. med., se zahvaljujem za idejo, kako prestaviti teoretični model družinske medicine.

Literatura

1. Allen J et al. *Evropska definicija družinske medicine*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2004. 48.
2. Heyrman J, editor. *The Educational Agenda of General Practice/Family Medicine*. Leuven: European Academy of Teachers in Family Practice EURACT, 2005.
3. Švab I, Petek-Šter M, Kersnik J, Živčec-Kalan G, Car J. *Presečna študija o delu zdravnikov splošne medicine v Sloveniji*. *Zdrav vars* 2005; 44: 183-92.
4. Kersnik J. *Odrpno čakanje*. *Med Razgl* 2004; 43(Suppl 1):137-41.
5. Kersnik J. *Okoliščine sporazumevanja med bolnikom in zdravnikom*. In: Švab I, editor. *Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom*. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995; 17-24.
6. Kersnik J. *Odločanje v družinski medicini*. In: Švab I, Rotar-Pavlič D, editors. *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2002; 37-52.
7. Švab I, Kersnik J. *Vsebina posveta v ambulanti*. In: Švab I, editor. *Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom*. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995; 25-32.
8. Kersnik J, editor. *Etika v družinski medicini*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2003.
9. Kersnik J, editor. *Družinska medicina na stičišču kultur*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2004.
10. Kravos A, Kersnik J. *Oskrba na domu*. In: Kersnik J, editor. *Zdravnikovo delo izven ambulante*. 18. učne delavnice za zdravnike družinske medicine; 2001; Ljubljana. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2001; 19-32. Medicinska fakulteta, Inštitut za socialno medicino, 1998; 7-15.
11. Kersnik J. *Družina in bolezen*. In: Švab I, Rotar-Pavlič D, editors. *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2002: 81-5.
12. Kersnik J. *Kakovost v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino – SZD, 1998:308.
13. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. *The ecology of medical care revisited*. *N Engl J Med*. 2001 Jun 28; 344: 2021-5.