

Sean Perera¹, Jera Grošelj², Marilyn Plant³

Spremembe na področju splošne medicine v Združenem kraljestvu Velike Britanije in Severne Irske – vidik velikih mest

*The Changing Times for General Practice in the
United Kingdom – A Metropolitan Perspective*

IZVLEČEK

KLJUČNE BESEDE: družinska medicina – trendi, družinska medicina – organizacija in vodenje, zdravnik – bolnik odnosi, Velika Britanija

Članek obravnava spremembe, ki so se pojavile v zadnjih dvajsetih letih na področju družinske medicine (angl. *general practice*) v Združenem kraljestvu Velike Britanije in Severne Irske (UK), s poudarkom na organizaciji zdravstva v velikih mestih. V njem analiziramo izzive, s katerimi se pri svojem delu srečujejo zdravniki družinske medicine v mestnih regijah v Združenem kraljestvu, še posebej v Londonu, da bi prispevali k njihovemu boljšemu razumevanju. Med bistvene obravnavane vidike sodijo organizacijske spremembe v državni zdravstveni službi (angl. *National Health Service – NHS*), izvajanje zdravstvenega varstva in spreminjajoča se strokovna vloga zdravnikov družinske medicine, partnerski odnos med zdravnikom in bolnikom, spreminjajoče se breme bolezni, raznolikost mestnega prebivalstva v Združenem kraljestvu, razlike v tem, kako posamezniki skrbijo za lastno zdravje, alternativni načini zdravstvene oskrbe, poklicne in delovne obremenitve zdravnikov ter vedno večja nagnjenost prebivalcev k tožbam in različni drugi, bolj tehnološki vidiki.

Pri zdravstveni oskrbi prebivalstva velikih mest se poleg običajnih težav, s katerimi se srečuje ta veja medicinske stroke, pojavljajo še dodatni izzivi, ki so posebej značilni za mestno okolje. Spreminjajoča se vloga zdravnikov družinske medicine odraža različne prehodne politične, socialne, pravne in medicinskostrukovne organizacijske spremembe, ki vnašajo vedno nove izzive v delo zdravnikov družinske medicine v Združenem kraljestvu. V sodobni družinski medicini v velikih mestih zdravniki ves čas uporabljajo nove pristope in se srečujejo z novimi pričakovanji in idejami, zato se njihovo delo nenehno spreminja. Omenjene spremembe imajo tako negativne kot pozitivne posledice, ki bodo bistveno vplivale na prihodnji razvoj te stroke.

ABSTRACT

KEY WORDS: family practice – trends, family practice – organization and administration, physician – patient relations, Great Britain

The article discusses the changes that have occurred in general practice in London, United Kingdom (UK) over the last twenty years. It examines and aims to enhance understanding of the challenges faced by urban general practitioners (GPs) in the UK, specifically those in

¹ Sean Perera, štud. med., Division of Epidemiology, Public Health and Primary Care, Faculty of Medicine, Imperial College London, SW7 2AZ, United Kingdom.

² Jera Grošelj, abs. med., Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Korytkova 2, 1000 Ljubljana.

³ Marilyn Plant, dr. med, Division of Epidemiology, Public Health and Primary Care, Faculty of Medicine, Imperial College London, SW7 2AZ, United Kingdom.

London. Key aspects explored include: organizational changes in the National Health Service (NHS); delivery of healthcare and the changing professional role of GPs; the doctor-patient partnership; changing disease burden; the diversity of UK city populations and health seeking behaviour; alternative care; occupational stress and litigation culture; and technology.

The metropolitan dimension presents challenges specific to a large, city environment and these are embedded alongside those facing the discipline as a whole. The evolving role of GPs reflects transient political, social, legal and medical organizational changes and such influences present general practice in the UK with the constant challenge of change. New approaches, expectations and ideas are continually addressed by modern metropolitan general practice, which in response is changing fast. There are both negative and positive outcomes of change that will be pivotal to future development of the discipline.

Jera Grošelj¹, Janko Kersnik²

Družinska medicina v Sloveniji in Angliji, poskusi in zmote za boljšo oskrbo bolnikov³

UVOD

Kot študentka na izmenjavi sem več mesecev opravljala vaje iz družinske medicine na Imperial College-u v Londonu. Moja glavna naloga je bila ovrednotenje ambulante za glavobole, ki jo vodi specialist družinske medicine, subspecializiran za nevrologijo. Poleg vpogleda v omenjeno ambulanto sem imela tudi priložnost spoznati ambulantno delo zdravnika družinske medicine v različnih ambulantah po Londonu. Zaznala sem številne razlike med slovensko in angleško družinsko medicino, te so mi v marsikaterem pogledu nakazovale, da Slovenija na tem področju še zaostaja za zahodom.

ORGANIZIRANOST OSNOVNE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Osnovna zdravstvena dejavnost je v Angliji organizirana nekoliko drugače kot v Sloveniji. V posameznem zdravstvenem centru (analogija našega zdravstvenega doma) dela običajno

nekaj zdravnikov družinske medicine in medicinskih sester, poleg njih so tu še babice, patronažne sestre in vrsta drugih zdravstvenih delavcev, denimo fizioterapevti in delovni terapevti. Zdravnik družinske medicine v Angliji pokriva našo družinsko medicino, pediatrično, šolsko in ginekološko dejavnost na primarnem nivoju, poleg tega pa izvaja tudi lažje kirurške posege (na primer izrez pigmentnega znamenja). Administrativno področje dela naše medicinske sestre (žigovanje receptov, naročanje bolnikov, ponovno predpisovanje receptov s seznama kroničnega zdravljenja s pomočjo računalniškega programa) je v Angliji v celoti prepuščeno administratorkam za sprejemnim pultom poleg čakalnice. Od tam vodi pot do ambulanta zdravnikov in medicinskih sester, ki so v Angliji povsem avtonomne in vodijo prilagojene ambulante vzporedno z zdravniki (na primer ambulante za astmatike, alergološke, ginekološke ambulante – med drugim tam bolnicam jemljejo redne brise materničnega vratu, kar je pri nas v domeni ginekologa). Sestre tako v celoti opravljajo le delo, ki ustre-

¹ Jera Grošelj, abs. med., Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Korytkova 2, 1000 Ljubljana.

² Prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, Ljubljana.

³ Besedilo predstavlja predgovor k članku Spremembe na področju splošne medicine v Združenem kraljestvu Velike Britanije in Severne Irske – vidik velikih mest.

za njihovi izobrazbi. Medicinsko osebje skrbi tudi za nasvete in zdravstveno izobraževanje (kajenje, hujšanje, cepljenja). Lahko bi rekli, da v Angliji ideja Andrije Štamparja o dispanzerski metodi dela živi v praksi, medtem ko je v Sloveniji zaradi neodločne zdravstvene politike in pritiska določenih lobijev dožive-la preobrazbo v neželeno smer.

Vsak posameznik, ki zakonito in stalno biva v Angliji, ima pravico do vpisa v praviloma regionalnem zdravstvenem centru. Obiski v ambulanti so brezplačni, prav tako obiski na domu, v kolikor bolnik ni sposoben priti v ambulanto.

IZBIRA ZDRAVNIKA

Bolnik je vpisan v pristojnem zdravstvenem centru, kjer dela več zdravnikov. Izbira osebnega zdravnika ni v navadi. Ponekod se za osebno izbiro zdravnika sicer odločijo, vendar imajo bolniki možnost obiskati drugega zdravnika znotraj zdravstvenega centra. Poleg tega ima vsak pravico brez navedbe razloga kadar koli zamenjati lečečega zdravnika ali center. Novega zdravnika lahko poišče povsem preprosto kar preko spleta (<http://www.nhs.uk/Pages/homepage.aspx>). Vsi zdravniki v timu so običajno specialisti družinske medicine, pogosto tudi subspecializirani za različna področja medicine. Administratorica po pogovoru z bolnikom z na primer dermatološkim problemom tega naroči k zdravniku, ki ima na tem področju nekaj več izkušenj. Prav tako si bolnik lahko sam izbere zdravnika, za katerega smatra, da bo njegovemu problemu najboljše prisluhnil. Za nujne primere so zdravniki na voljo tudi izven uradnih ur. Večina ordinacij ima na avtomatskem telefonskem odzivniku sporočilo, ki bolnike z nujnimi primeri usmeri na »številke izven uradnih ur« ali pa na *NHS direct*, 24 ur na dan odprto linijo z zdravstvenimi nasveti, ki jih nudijo medicinske sestre in za to usposobljeni svetovalci.

AMBULANTA IN DELO ZDRAVNIKA

Zdravniki imajo običajno tedensko ambulanto razdeljeno na nekaj sklopov: od redno naročenih bolnikov do hišnih obiskov, na katere se bolniki lahko naročijo le kakšen dan prej,

in telefonske ambulante (bolnik pusti številko in čaka na zdravnikov klic). Čas, ki je namenjen posameznemu bolniku, je nekoliko daljši kot v Sloveniji (15 minut). Če bolnikovo zdravstveno stanje ni ogroženo, lahko pričakuje, da bo prišel do zdravnika v roku 2 delovnih dni in do kakega drugega zdravstvenega delavca v roku enega dneva. V primeru ogroženosti ima bolnik možnost priti do zdravnika še isti ali naslednji dan (odvisno od problema).

RAČUNALNIŠKI SISTEM

V Angliji zdravniki skoraj ne držijo pisala v roki. V računalniški bazi podatkov je celoten bolnikov dosje, ki je dostopen vsem zdravnikom, v omejenem obsegu tudi ostalim v zdravstveni skupini. Sistem je zelo dovršen. Med kopico pozitivnih plati pa se skriva tudi kakšna negativna, kot na primer neprestano bolščanje v ekran stran od bolnika in stalno tipkanje ter brskanje za podatki, kar lahko bolniku pusti občutek, da se mu zdravnik premalo posveča. Kljub temu pa je tak računalniški sistem optimalen. V njem je zabeleženo prav vse, od zdravil, ki so bila bolniku kdajkoli predpisana, do popisa vseh obiskov in problemov. Rezultati izvidov, ki jih zdravnik naroči, so sistematično shranjeni in prikazani. Program nudi tudi podporo pri odločanju, za kronične in pogostejše boleznii so v datoteko vstavljeni algoritmi. Nihanja izmerjenih kliničnih vrednosti v časovnem razdobju (na primer sladkorja) so ponazorjena z grafi, ki jih računalnik avtomatsko izriše, in jih zdravnik lahko takoj pokaže bolniku ter mu tako nazorneje predstavi problem. Vsi izvidi specialistov, odpustnice, ostali izvidi itd. so skenirani in shranjeni v bazo podatkov. V Sloveniji si nove tehnologije žal le počasi utirajo pot in najbrž bo minilo še kar nekaj časa, preden bomo na tem področju Anglijo ujeli.

SPECIALIZIRANE AMBULANTE ZDRAVNIKOV DRUŽINSKE MEDICINE (GPWSI)

Nadvse odlična in uporabna se mi je zdela predvsem ideja o specializiranih ambulantah, ki jih od leta 2002 v Angliji vodijo specialisti družinske medicine, subspecializirani za določeno področje (angl. *General Practitioners with*

Special Interest). Predstavljajo nekakšno sito med zdravnikom družinske medicine in specialistom, ki preprečuje nepotrebno napotitev manj zapletenih primerov, ko je diagnoza lahko postavljena in zdravljenje uvedeno že na primarni ravni. Tak bolnik je tako obravnavan hitreje, saj so čakalne vrste na tem nivoju bistveno krajše. Prav tako se s tem viša možnost dosega in krajša čakalna vrsta za specialista za bolnike, ki tega dejansko potrebujejo. S tem je zmanjšano tako individualno kot tudi socialno breme boleznih (denimo bolniški stalež in cena storitve).

Specializirane ambulante so velik napredek tako v smislu pomiritve bolnika samega («zdravnik kot zdravilo») kot tudi zdravnika družinske medicine, kateremu posvet pri specializiranem kolegu zagotovo nudi občutek strokovne varnosti. Čas, ki je predviden za obravnavo posameznega bolnika, je v takih ambulantah daljši in bolnik je tako deležen temeljitejše obravnave in večje pozornosti. Zaskrbljenost bolnika se ponavadi zmanjša tudi že ob dejstvu, da ga je pregledal zdravnik, ki nekoliko več ve o področju njegovega problema. Pa vendar pregled v tovrstni ambulanti vseeno zveni manj stresno kot pri specialistu v bolnišnici («zdravnik bi me napotil v bolnišnico, če bi bil moj problem zadosti zaskrbljujoč...»). Bolniki so s takim sistemom zelo zadovoljni.

Ideja je stara več kot 70 let in se je po drugi svetovni vojni začela tudi pri nas, ko so se v takratnih zdravstvenih domovih s perečimi problemi populacije na področju umrljivosti mater, otrok in razširjene tuberkuloze ukvarjali posamezni zdravniki bolj usmerjeno, na dispanzerski način. To pa se je pri nas kasneje sprevrglo v ločene samostojne enote s popolno specializacijo na posameznem strokovnem področju in ni ostalo zgolj pri «večjem interesu». Tako so na višku te stranpoti, t. i. polikliničnega sistema, v zdravstvenih domovih delovali pediatri, ginekologi, dermatologi, ortopedi, okulist, pulmologi, fizioteri itn.

Eksperiment v Angliji kaže predvsem na to, da nobena rešitev ni edino pravilna in da vsi sistemi zdravstvenega varstva stalno iščejo spremembe, ki naj bi rešile konkretne pereče probleme. V Angliji je to zagotovo rast povpraševanja po zdravstvenih storitvah, ki jo skušajo zaježiti na vse mogoče finančno-organizacijske načine.

Zdravniki družinske medicine so razpeti med dve skrajnosti – na eni strani odgovornost do bolnika, da ne spregledajo boleznih ali resnosti problema, na drugi pa finančni proračun in omejene kapacitete specialistov. Obisk v tovrstnih ambulantah se je izkazal za cenejšega kot pri specialistu. Res je pri potrebnih napotitvah k specialistu obisk v subspecializirani ambulanti dodatni časovni in finančni strošek, vendar je zato nepotrebnih napotitev k specialistu veliko manj.

Pomembna je tudi izobraževalna vloga specializiranih zdravnikov družinske medicine. Po obravnavi bolnika v tovrstni ambulanti njegov družinski zdravnik prejme napotke glede terapije in obravnave boleznih ter se tako nauči, kako v prihodnje prepoznati in voditi bolezni. Poleg tega pa angleško združenje zdravnikov družinske medicine izda tudi veliko smernic za vodenje in obravnavo določenih boleznih na primarnem nivoju.

VELEMESTNO OKOLJE

V Sloveniji problemov z velemestnim okoljem v takšnem obsegu kot v drugih evropskih državah še nimamo. Čuti pa se migracija s podeželja v večja središča, ki postajajo vedno bolj urbanizirana. Na srečo pa nimamo tipične razdelitve mest na dele z revnejšimi sloji prebivalstva in dele z izključno bogatimi. Razlike se čutijo predvsem po posameznih regijah Slovenije, kjer je tudi značilno več boleznih, povezanih s slabšim ekonomskim in izobrazbenim stanjem.

TEKMOVALNOST IN TRŽNI MEHANIZMI

Kljub zametkom v slovenski osnovni zdravstveni dejavnosti, o tekmovalnosti ali tržnih mehanizmih dejansko še ne moremo govoriti. Finančnih skladov še nimamo, imamo pa vsakoletno sklepanje pogodb med izvajalci in ZZS na podlagi prej sprejetega področnega dogovora. Zdravstveni zavodi in zasebni izvajalci morajo z evidentiranjem vpisanih bolnikov in evidentiranjem zdravstvenih storitev redno izkazovati doseganje plana in doseganja zastavljenih ciljev glede izvedenih preventivnih pregledov in omejenega števila napotitev na sekundarno raven. Zasebna zdravstvena

dejavnost je vsekakor vnesla nekaj elementov tekmovalnosti, vendar predvsem glede prevzemanja bolnikov, ki v teh pogodbah predstavljajo obračunski element, saj število registriranih bolnikov določa višino proračuna. Število registriranih bolnikov je smiselno le do določene meje, nad to zavarovalnica storitev več ne plača. Uvajanje zasebnega dela je hkrati pokazalo na številne slabe rešitve organizacije celotnega zdravstvenega sistema pri nas. Katedra za družinsko medicino je dala pobude, da bi delo boljših zdravnikov dodatno stimulirali, vendar te niso bile sprejete, ker zavarovalnica ni bila zainteresirana za nagrajevanje višje kakovosti obravnave. Pri nagrajevanju še vedno vlada uravnilovka.

SKLEP

Britanski in slovenski zdravstveni sistem na osnovni zdravstveni ravni sta si v marsičem podobna, a sta hkrati tudi precej različna. Dobre skupne plati so prost dostop do zdravnika družinske medicine v vlogi vratarja v sistemu zdravstvenega varstva, širok spekter obravnavanih zdravstvenih problemov,

kontinuiteta obravnave in timsko delo. Pritotnost pediatrov in ginekologov na primarni ravni je v Sloveniji zgodovinskega izvora.

V obeh sistemih razvoj kaže stalno težnjo za izboljševanje kakovosti dela in vgradnje mehanizmov za čim večji nadzor stroškov. V Angliji kaže dinamično prilagajanje s ciljem, da bo delo čim bolj učinkovito in kakovostno, nima birokratsko zabetonirane razdelitve zdravstvene dejavnosti med posamezne specialiste, kakor je to pri nas. Velika prednost Anglije je tudi to, da se o tem pogovarjajo, prepirajo, se dogovorijo in dogovorjeno financirajo. Pri nas pa se mnogi zatekajo v stare okope.

Zdravstveno varstvo je dinamično dogajanje, ne vemo, kakšne bodo potrebe jutri, zato moramo biti dojemljivi za učinkovite rešitve, ki bodo z omejenimi kadrovskimi in finančnimi viri ljudem nudile tisto, kar najbolj potrebujejo, in bodo njim ter družbi prinesle največje dolgoročne koristi. Zaradi tega je treba biti pripravljen na stalno razpravo o problemih in na dogovore o učinkovitih oblikah organizacije zdravstvene službe. Osnovno prizadevanje mora biti usmerjeno v izboljšanje kakovosti storitev.

UVOD

S težavami glede opredelitve družinske medicine se srečujejo po vsem svetu (1). Ob nastanku skupine Leeuwenhorst leta 1974, ki deluje kot delavnica za zbiranje novih idej za poučevanje splošne medicine, je bila podana tudi nova definicija vloge zdravnika družinske medicine, ki je pogosto citirana: »Zdravnik družinske medicine je diplomant medicinske fakultete z zdravniško licenco, ki nudi neprekinjeno, osebno primarno zdravstveno oskrbo posameznikom in družinam, to je celotni skupini prebivalstva, ki jo zajema njegova praksa, ne glede na starost, spol ali vrsto bolezni. Prav sinteza teh funkcij je edinstvena in nepovnljiva.« (2) Akademsko družinska medicina je uveljavljena v vseh razvitih državah in je vedno bolj priznana kot specialistično področje, ki je enako pomembno kot druga in ki ta specialistična področja dopolnjuje. Po novejši definiciji pa je družinska medicina »akademsko znanstvena stroka, ki ima lastne izobraževal-

ne vsebine, raziskave, bazo izsledkov in klinične dejavnosti, ter klinično specialistično področje, ki je usmerjeno v primarno zdravstveno varstvo« (3). V Združenem kraljestvu je družinska medicina obsežna stroka, ki zahteva najmanj osnovno poznavanje vseh specialističnih področij. Upoštevati pa je treba, da se osrednje vsebine družinske medicine razlikujejo med posameznimi državami. V Sloveniji na primer porodništvo in ginekologija nista vključena v okvir družinske medicine, medtem ko v Združenem kraljestvu predstavlja velik delež delovnih obremenitev zdravnikov družinske medicine. Olesen in sodelavci navajajo, da bi morali v morebitni prihodnji definiciji opisati osrednje vsebine in funkcije družinske medicine ter dopolniti opis te veje medicine kot univerzalne discipline in ne poudarjati posebnosti tega področja v posameznih državah. Zagotoviti bi morali tudi okvir za učenje in usposabljanje ter navesti, kje je mogoče najti podatke za dopolnjevanje kliničnega dela z znanstvenimi izsledki (4).

V Angliji imajo zdravniki družinske medicine še vedno osrednjo vlogo v zdravstveni službi, saj delujejo kot primarni izvajalci zdravstvenega varstva in so nekakšni »medicinski vratarji« za storitve sekundarnega zdravstvenega varstva. Njihova vloga pa odraža tudi različne prehodne politične, socialne, pravne in medicinskostrokovne organizacijske spremembe. Opisani vplivi vnašajo stalne izzive in spremembe v delo zdravnikov družinske medicine v Združenem kraljestvu.

Zdravniki družinske medicine v Londonu se ne soočajo le s težavami, ki so značilne za to vejo medicine, ampak tudi z izzivi, ki se nanašajo predvsem na okolje velikih mest. Spremembe na področju organizacije, določil in zdravstvenega varstva v zadnjih 20 letih, poleg tega pa tudi socialno-ekonomski in kulturni pogoji ter pogoji v okolju so prispevali k hitremu spreminjanju situacije na tem področju (5). Sestava populacije bolnikov v velikih mestih predstavlja svojevrsten izziv v družinski medicini. Velika socialna raznolikost se kaže v etnični pripadnosti, nacionalnosti, starosti, družbeno-ekonomskem statusu, spolni usmerjenosti, poleg tega pa so med bolniki tudi priseljenci in popotniki. V družini pogosto živi ena sama generacija, mnogokrat bolniki živijo sami ali čutijo pomanjkanje podpore skupnosti. Vse to zahteva večdisciplinarni pristop znotraj zdravstvenih in socialnih služb, ki šele omogoča zadovoljitev posameznikovih osnovnih zdravstvenih potreb. Tudi v okviru družinske medicine v mestnih območjih so vidne razlike v posebnih demografskih značilnostih populacije bolnikov, ki jih ti zdravniki oskrbujejo, ter v logistiki posameznih ponujenih storitev, kar dodatno vpliva na težavnost izzivov, s katerimi se zdravniki družinske medicine srečujejo pri svojem delu.

ORGANIZACIJSKE SPREMEMBE V NHS

Razvoj zdravstvenega varstva v Združenem kraljestvu in spremembe v NHS vodijo do številnih sprememb na področju družinske medicine. Osnovne vzroke za sedanje spremembe lahko zasledimo v dokumentu NHS z naslovom Delamo za bolnike (angl. *Working for Patients, White Paper*) iz leta 1989, ki je bil pripravljen kot odgovor na ravnanje radikal-

ne konzervativne vlade, ki je končno priznala obstoj potencialne krize v financiranju NHS. Spremembe so bile uvedene hitro ob ponovnih pogajanjih za pogodbe zdravnikov družinske medicine z NHS kljub nasprotovanju Britanskega zdravniškega združenja in sindikatov NHS. S to pogodbo so dosegli reformo na področju družinske medicine in spodbudili konkurenco med posameznimi zdravniki družinske medicine, saj so se morali le-ti soočiti z nadzorstvom na področju vodenja in upravljanja ter bolnikom posredovati več informacij o storitvah, ki jih ponujajo. Prvič do tedaj je bilo plačilo za delo zdravnikov družinske medicine vezano na doseganje zastavljenih ciljev vlade v tej dejavnosti in zbranih je bilo več sredstev od glavarine, da bi spodbudili zdravnike družinske medicine k učinkovitejšemu varovanju zdravja svojih bolnikov. Spodbudili so jih tudi k boljšemu obvladovanju stroškov za zdravila. Zdravniki, ki so nagnjeni k večjemu predpisovanju zdravil (angl. *high-prescribers*), pa so bili deležni svetovanja o tem, kako lahko stroške zmanjšujejo, ne da bi zato ogrozili zdravstveno oskrbo bolnikov (6).

Aprila leta 1991 so v okviru NHS uvedli notranji trg in tako ločili naloge uporabnikov od nalog izvajalcev, da bi s postopnim razvojem konkurence izboljšali stanje na tem področju. Uvedba notranjega trga je temeljito spremenila delovanje NHS in pomaknila ravnovesje moči z bolnišnic na zdravnike družinske medicine. Večje ambulantne družinske medicine so postale »imetniki skladov družinske medicine« (angl. *GP fundholders*), ki so prevzeli nadzor nad lastnim proračunom za neurgentno, bolnišnično-ambulantno, diagnostično in farmacevtsko zdravstveno varstvo bolnikov na svojih seznamih (6).

V sklade družinske medicine pa niso bili vključeni vsi zdravniki družinske medicine, zato je njihova uvedba vodila do določenih neenakosti pri zagotavljanju zdravstvenega varstva. To so reševali z naslednjo reformo leta 1997, v kateri je prišlo do oblikovanja lokalnih komisijskih skupin za zdravnike družinske medicine, ki lahko skupaj vplivajo na lokalne službe. Vlada je naročila tudi izdelavo nacionalnih okvirov za te službe na podlagi izsledkov o poglavitnih boleznih in področjih zdravstvenega varstva, da bi ugotovila, kakšna je najboljša delovna praksa na

tem področju in katera je optimalna oblika službe, ki bi jo lahko uporabljali lokalni uporabniki in izvajalci storitev (6) pri reševanju naraščajočega problema neenakosti v dostopu do zdravstvenih storitev.

IZVAJANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA IN SPREMEMBE V STROKOVNI VLOGI ZDRAVNIKOV DRUŽINSKE MEDICINE

Izboljšanje dostopa do primarnega zdravstvenega varstva je postalo ena od ključnih prioritetenih nalog NHS. V svojem sistematičnem pregledu te teme so Chapman in sodelavci opisali nekatere nove storitve. S telefonskimi posveti z zdravnikom družinske medicine ali medicinsko sestro se lahko zmanjša število nepotrebnih osebnih obiskov pri zdravniku, z oskrbo, ki jo nudijo medicinske sestre, pa bi lahko izboljšali dostop do teh storitev v ogroženih območjih in ob tem zmanjšali delovne obremenitve zdravnikov družinske medicine ob manj pomembnih motnjah ali boleznih. Ambulante odprtega tipa (angl. *walk-in*) zagotavljajo lažji dostop do zdravstvenih storitev, ki je bolj usmerjen v izpolnjevanje potreb lokalnega prebivalstva, v okviru programa angl. *NHS-Direct* pa deluje nacionalna telefonska linija za pomoč bolnikom. Nenazadnje so tudi pobude farmacevtov pomagale zagotoviti več oskrbe za bolnike z manj pomembnimi motnjami in boleznimi (7). Omenjene spremembe so spremenile tudi vrste in obseg delovnih obremenitev zdravnikov družinske medicine v Londonu in na splošno v Združenem kraljestvu.

Pred kratkim je pobuda Zdravniki družinske medicine s posebnimi interesi (GPwSI) ponudila možnost za izvajanje subspecialističnih storitev že v okviru primarnega zdravstvenega varstva. Zdravniki, vključeni v program GPwSI, so deležni dodatnega usposabljanja in strokovnega izpopolnjevanja, zato lahko drugi zdravniki družinske medicine pošiljajo svoje bolnike na pregled k njim (8). Število članov tega programa ves čas narašča in leta 2005 jih je bilo v Angliji približno 4.500 (9). Cilj te interesne skupine je predstaviti čim več posegov in postopkov, na primer diagnostičnih postopkov in manjših kirurških posegov, s področ-

ja sekundarnega zdravstvenega varstva v okviru primarnega zdravstvenega varstva. To pa pomeni nove načine organizacije in izvajanja primarnega zdravstvenega varstva in je izziv zdravnikom družinske medicine, da ponudijo dostopne zdravstvene storitve v okviru skupnosti.

Cilji najnovejšega vladnega programa reform z naslovom Uvedba NHS glede na potrebe bolnikov so: zagotavljati 24-urni dostop do zdravnikov družinske medicine po vzoru delovnega časa »nonstop supermarket«, pri čemer bi bile ambulate odprte 7 dni na teden, bolniki pa bi lahko obiskovali več kot enega zdravnika družinske medicine (10). V tem primeru bi zasebni sektor lahko zagotavljal veliko večji delež zdravstvene oskrbe. Poglavitni namen teh načrtov je predvsem spodbuditi konkurenco in predstaviti določene storitve iz sekundarnega v primarno zdravstveno varstvo s ciljem, da bi delovanje NHS temeljilo predvsem na primarnem zdravstvenem varstvu. Posledica najnovejših reform je tudi možnost, da se zdravniki družinske medicine pogajajo o dodatnem plačilu zaradi povečanih delovnih obremenitev (11) in da dobijo večji vpliv pri odločanju o napotitvah na specialistične obravnave. Scott in Wordsworth sta proučila mnenja zdravnikov družinske medicine o tem, koliko so se njihove delovne obremenitve spremenile zaradi načrtovanih in nenačrtovanih sprememb v obsegu primarnega in sekundarnega zdravstvenega varstva. Trdita, da je kljub številnim anekdotičnim poročilom o povečanih obremenitvah zdravnikov v primarnem zdravstvenem varstvu na voljo le malo empiričnih dokazov o obsegu teh sprememb (11). Kljub vsemu pa sta na koncu raziskave sklenila, da so se delovne obremenitve povečale, kar povzroča stres in zmanjšuje zadovoljstvo zdravnikov z delom ter znižuje njihovo delovno moralo. 85 % zdravnikov pripisuje povečane delovne obremenitve predvsem staranju prebivalstva, zgodnejšemu odpustu bolnikov iz bolnišnic in povečanemu poudarku na psihiatričnih in psiholoških storitvah. Scott in Vale pa opozarjata, da v omenjenih študijah niso upoštevali zapletenih spremenljivk, na primer stresa, porabe časa zdravnikov družinske medicine in administrativnih obremenitev, in da je bil zato vpliv na delovne obremenitve zdravnikov družinske

medicine podcenjen (12). V programu Partnersko sodelovanje (angl. *Working in Partnership*) to tudi priznavajo in ugotavljajo, da obstaja potreba po »pripravi in uvedbi strategije za splošno medicino, s katero bi rešili vprašanje učinkovitejše uporabe časa zdravnikov in ob tem povečali razpoložljivost storitev za bolnike« (13).

PARTNERSKI ODNOS MED ZDRAVNIKOM IN BOLNIKOM

Vse večji obseg družinske medicine (14) in vedno večja stopnja udeležbe drugih zdravstvenih delavcev v nudenju zdravstvenih storitev, na primer medicinskih sester, svetovalcev in patronažne službe, vplivajo na kontinuiteto odnosa med zdravnikom in bolnikom. Guthrie in Wyke navajata, da so vse večje reorganizacije NHS, katerih namen je bil spodbuditi razvoj družinske medicine, verjetno povzročile slabšo kontinuiteto osebnih odnosov (»občutek, da zate ves čas skrbi isti zdravnik ... je glavna prednost družinske medicine v Združenem kraljestvu« (15)), kar je vodilo do nezadovoljstva tako med bolniki kot med zdravniki. Ta korelacija je močna, stalna in potrjena.

Parsonov model (1951) opisuje tradicionalno in vedno bolj zastarelo pojmovanje odnosa med zdravnikom in bolnikom, v katerem je zdravnik očetovsko usmerjal bolnika in je imel v tem odnosu veliko stopnjo kontrole in vpliva, bolnik pa majhno (16). Zadnje čase je za običajne obiske pri zdravniku v Združenem kraljestvu značilnejši duh vzajemnega sodelovanja med zdravnikom in bolnikom, pri katerem ima lahko bolnik celo večji vpliv (»potrošniški odnos«). Tovrstne izzive v medosebnih odnosih med zdravniki in bolniki, do katerih prihaja zaradi skupnega odločanja o zdravljenju, in dejstva, da se je zdravstvena oskrba bolj osredotočila na bolnike, skušajo ublažiti z usposabljanjem in strokovnim izpopolnjevanjem zdravnikov, katerega namen je povečati zdravnikove spretnosti pri spodbujanju takšnega sloga medsebojnih odnosov z bolniki.

SPREMINJAJOČE SE BREME BOLEZNI

Obdobje zadnjih 20 let je bilo prehodno, kar zadeva breme bolezni v Združenem kraljes-

tvu. Te spremembe so še posebej opazne v velikih družinskih ambulantah v večjih mestih. V zadnji kolektivni pogodbi z zdravniki družinske medicine iz leta 2003 je bil velik poudarek na vodenju in zdravljenju bolnikov s kroničnimi boleznimi, poleg tega pa vodi zmanjšana umrljivost v zaporednih generacijah do staranja prebivalstva in vedno bolj zapletenih zdravstvenih potreb bolnikov.

Dandanes v Združenem kraljestvu kar eden od treh prebivalcev najmanj enkrat v življenju zbolí za rakom (17). V obdobju med letoma 1971 in 2003 se je starostno standardizirana pojavnost raka povečala za 17 % pri moških in za 40 % pri ženskah, vendar je v obdobju od leta 1996 do 2001 pri večini vrst raka pri obeh spolih narasla tudi stopnja preživetja po rakavih obolenjih. Kar eden od šestih odraslih bolnikov v ambulanti zdravnika družinske medicine, starejših od 65 let, je verjetno preživel rakavo obolenje (18). Anкета med rakavimi bolniki v ZDA, ki so trenutno v remisiji, je pokazala, da niso izpolnjene njihove različne telesne, psihološke in gospodarske potrebe, na primer potreba po zdravljenju depresije in reševanju težav pri zaposlovanju (19). Zdravniki družinske medicine bodo morali biti vedno bolj vključeni v oskrbo bolnikov z rakom, saj le-ta ne vključuje samo zdravljenja in paliativne nege, ampak zadeva tudi vprašanje preživetja, kar je pozitiven izziv in ga bodo po trditvah Grunfielda morali reševati prav zdravniki družinske medicine (20), zdaj pa je predvsem razvidna iz stimulacij pri plači na podlagi obsega dela.

Fleming in sodelavci so proučevali spremembe v pogostnosti bolezni v obdobju med letoma 1991 in 2001 na podlagi populacijske analize oseb, ki pridejo na pregled k zdravniku družinske medicine. Ugotovili so splošno zmanjšanje pogostnosti infekcijskih bolezni in povečanje pogostnosti degenerativnih bolezni in motenj. Pri tem so opazili predvsem povečanje pogostnosti hipotireoze in sladkorne bolezni ob zmanjšanju pogostnosti bolezni veznice, okužb srednjega ušesa, akutnega infarkta srčne mišice in srčnega popuščanja ter okužb dihal in poškodb (21). Razmerje obolevnosti za različne bolezni se hitro spreminja in kljub temu, da je še vedno v ospredju vodenje in zdravljenje kroničnih bolezni, zdravniki družinske medicine dandanes veli-

ko pogosteje pomagajo bolnikom pri doseganju nove ravni ravnovesja z okoljem pri zdravljenju kroničnih boleznih in soočanju z invalidnostjo (22).

Zdravstveno varstvo postaja vedno bolj specializirano in zdravniki družinske medicine se srečujejo z naraščajočimi zahtevami bolnikov in kolegov, naj si pridobijo čimbolj obsežno in široko znanje, ki je potrebno za zagotavljanje visoke kakovosti zdravstvene oskrbe, še posebej ob kroničnih boleznih (23). Načrt javnega zdravstva v Evropski uniji za obdobje od leta 2001 do 2006 tako določa zahteve za zdravnike družinske medicine, ki dejansko sestavljajo prvo bojno črto zdravstvenega varstva za preprečevanje boleznih s prevzemanjem odgovornosti za učinkovito preventivno zdravstveno svetovanje in dejavnosti (23).

RAZNOLIKOST MESTNEGA PREBIVALSTVA V ZDRUŽENEM KRALJESTVU IN NAČINI SKRBI BOLNIKOV ZA ZDRAVJE

V vladni nacionalni politiki za področje javnega zdravstva je opazen večji poudarek na prepoznavanju zdravstvenih potreb narodnostnih manjšin in reševanju problema neenakosti (24). Med pomembne cilje NHS sodita ugotavljanje razlik ter zagotavljanje enakopravnosti in dostojanstva narodnostnih manjšin na področju zdravstvenega varstva (25). Večina narodnostnih manjšin se naseli v večjih mestih in v njihovi okolici (17) in velik odstotek jih živi v Londonu. Spremembe v selitveni politiki Združenega kraljestva v zadnjih 20 letih so zdravnikom družinske medicine v velikih mestih prinesle izziv, kako zagotavljati ustrezne in dovolj dostopne zdravstvene storitve tako raznolikemu prebivalstvu. Ambulante in službe družinske medicine so se na to odzvale z izboljšanim komuniciranjem in s ponujanjem prevajalskih storitev ter z natančnejšimi specialističnimi storitvami ob določeni boleznih, ki prevladujejo pri posameznih narodnostnih manjšinah (25) (na primer večja pogostnost ishemične srčne bolezni med prebivalci indijskega, bangladeškega in irskega rodu) (26), in z učinkovitejšim ugotavljanjem zdravstvenih potreb narodnostnih manjšin prek neposrednega stika z njimi.

Pri prebivalcih mestnih regij ugotavljamo večjo raznolikost njihovega socialno-ekonomskega ozadja in zdravstvenih potreb. Na primer: večja pogostnost nosečnosti med najstnicami je povezana z večjo stopnjo depriacije in z nižjim socialno-ekonomskim statusom (27). Značilen profil zdravstvenega varstva v mestih prinaša specifične in vedno večje zahteve za družinsko medicino, na primer večjo pogostnost zasvojenosti z drogami, različne težave s področja mentalnega zdravja in zdravstvene težave pri brezdomcih. Poleg tega so ambulate družinske medicine odigrale ključno vlogo pri izpolnjevanju spreminjajočih se potreb prebivalstva in pri zagotavljanju učinkovitih in ustreznih storitev, na primer t. i. 'ambulante za mlade' za reševanje zdravstvenih problemov, vezanih na spolnost pri najstnikih, in ambulate za jesensko cepljenje ogroženih skupin prebivalstva proti gripi. Prilagajanje storitev povpraševanju in potrebam je temeljnega pomena za zagotavljanje uspešnih in učinkovitih storitev v kriznih časih, s kakršnimi bi se lahko na primer soočili v primeru pandemije ptičje gripe.

Pogledi na zdravje in bolezen se razlikujejo glede na kulturo, religijo in socialno-ekonomsko ozadje in vse to določa načine lastne skrbi za zdravje med prebivalci. Pionirska študija Zborovskega iz leta 1952 je pokazala, da imajo bolniki staroameriškega ali irskega izvora stoičen in precej stvaren odnos do bolečine, medtem ko so bolniki italijanskega ali židovskega izvora zahtevnejši in od drugih pričakujejo sočustvovanje (28). Nekateri raziskovalci pa trdijo, da vedenje ob boleznih ne odraža le kulturno pogojenih odzivov, ampak je pri tem pomemben tudi status priseljence. Obremenitve zaradi prilagajanja večinski kulturi igrajo pomembno vlogo pri obravnavi razlik v vedenju prebivalcev, kadar zbolijo (29). Zdravniki družinske medicine v Združenem kraljestvu se postopoma učijo ustrezno odzivati na zdravstvene potrebe svojih bolnikov in na njihove specifične načine obnašanja in odzivanja v času bolezni.

ALTERNATIVNI NAČINI ZDRAVLJENJA

V zadnjih 20 letih sta alternativna in komplementarna medicina vedno bolj sprejeti med prebivalstvom in v eni od študij so poročali,

da se kar 10 % prebivalstva v Združenem kraljestvu poslužuje teh storitev vsako leto, 47 % pa vsaj enkrat v življenju (30). V nekaterih študijah so poročali tudi, da je bolnikom v okviru NHS na voljo vedno večje število manipulacijskih terapij, na primer osteopati-ja, in da približno 50 % zdravnikov družinske medicine svoje bolnike spodbuja, naj poskusijo s komplementarnimi terapijami (31). Zdravniki družinske medicine se srečujejo s povpraševanjem po storitvah alternativne in komplementarne medicine, hkrati pa tudi z nevarnostjo tožb za plačilo odškodnine ob težavah. K povečanemu zanimanju za alternativne in komplementarne metode je verjetno prispevalo naraščajoče zanimanje medijev, velika izpostavljenost ob škandalih in upadanje zaupanja v medicinsko stroko med vedno bolj potrošniško usmerjenim prebivalstvom, to pa je vodilo tudi do premikov v odnosih med zdravniki družinske medicine in prebivalstvom.

POKLICNE OBREMITIVNE IN KULTURA TOŽB

Še en zaskrbljujoč pojav je naraščanje števila tožb. Schattner in Coman sta s svojo opisno pošteno študijo, ki je zajela celotno državo, ugotavljala obremenjujoče dejavnike oziroma stresorje pri delu zdravnikov družinske medicine v velikih avstralskih mestih. Najpogosteje so ti poročali o stiski s časom pri pregledovanju bolnikov, medtem ko je bila izpostavljenost tožbam navedena kot najhujši stresor. Izmed desetih navedenih najhujših stresorjev jih je sedem sodilo med prvih deset po pogostnosti. 50 % vprašanih zdravnikov je že razmišljalo o tem, da bi zapustili svoje delovno mesto, 53 % pa jih je razmišljalo o odhodu iz družinske medicine zaradi prehudih poklicnih obremenitev (32). Družinska medicina, še posebej v velikih mestih, je precej stresen poklic in jasno je, da ima lahko nezmožnost zdravnikov za prenašanje takšnih obremenitev resne posledice v smislu morebitnih psihičnih motenj (32) in velikega nezadovoljstva s službo, to pa lahko vodi celo do odpovedi.

MEDICINSKA TEHNOLOGIJA

Medicinska tehnologija, ki vključuje informacijsko (na primer sisteme za računalniško

vodenje podatkov in svetovni splet) in diagnostično tehnologijo, bi lahko izboljšala zdravstveno oskrbo bolnikov v družinski medicini, vendar Ebell in Frame trdita, da morajo tudi zdravniki družinske medicine nujno sodelovati pri razvoju teh tehnologij, da bi lahko izboljšali družinsko medicino. V Združenem kraljestvu je prišlo do velikih sprememb v sistemu zdravstvenega varstva po sklenitvi nove kolektivne pogodbe z zdravniki družinske medicine leta 2003, saj je bila uvedena nova nacionalna podatkovna baza pogostnosti bolezni (prva doslej) z elektronskim vodenjem zdravstvene dokumentacije na enotnih obrazcih za zbiranje podatkov za vsako posamezno bolezen, elektronskimi sistemi naročanja in ponovnega klicanja bolnikov na preglede in ambicioznim nacionalnim razvojnim programom. Elektronsko vodenje naročanja na preglede pri specialistih je eden od ključnih nacionalnih ciljev za uveljavljanje izbire bolnikov in zahteva izredno veliko stopnjo sodelovanja in integriranja programskih rešitev. Ta priložnost za izboljšanje kakovosti zdravstvenega varstva pa morda ne bo popolnoma izrabljena, ker imajo nekateri zdravniki družinske medicine odpor do novih tehnologij (33) in zelo malo prostega časa za dodatno usposabljanje.

Tudi javni dostop do tehnologije je povečal dostopnost virov informacij, ki so na voljo bolnikom. Po letu 1993 je uporaba svetovnega spleta naraščala eksponentno (34) in bolniki lahko danes na njem najdejo številne informacije o boleznih, ki jih imajo ali sumijo, da jih imajo, čeprav je njihova zanesljivost lahko različna (23). Tudi zdravniki družinske medicine se vedno bolj poslužujejo svetovnega spleta za dostop do diagnostičnih informacij med pregledi bolnikov, tako da je postal računalnik neizogiben spremljevalec dela v ambulantah.

ZAKLJUČKI

Sodobna družinska medicina v velikih mestih se hitro spreminja in mora odgovarjati splošnim izzivom stroke kot tudi tistim, značilnim za okolja velikih mest. Novi pristopi, pričakovanja in ideje na področju družinske medicine in družbe kot take so spremenili izzive, s katerimi se srečujejo zdravniki v družinski medicini. Myllymäki v svojem članku Izzivi

v finskem primarnem zdravstvu navaja, da so težave v sistemih zdravstvenega varstva v zahodnih državah povsod enake in zadevajo predvsem dostop, kakovost in obvladovanje stroškov (35). Kakor je razvidno iz članka, je v enačbi zdravstvenega varstva za 21. stoletje torej treba upoštevati spreminjajoče se demografske razmere in vzorce obolenosti, nove tehnologije, spremembe v izvajanju zdravstvenega varstva, vedno večjo nagnje-

nost prebivalstva k potrošništvu, avtonomijo in usposobljenost bolnikov, poudarek na učinkovitosti in izkoristku ter spreminjajoče se strokovne naloge zdravstvenih delavcev (36). V tej enačbi so torej prisotne tako negativne kot pozitivne spremenljivke, oboje pa so ključnega pomena za preoblikovanje družinske medicine v območjih velikih mest in bodo pozitivno vplivale na njen razvoj v prihodnje.

LITERATURA

1. Wun YT. 'What is general/family practice?' Let us define it. *HK Pract* 2002; 24: 498-502.
2. Allen J, Gay B, Crebolder H, et al. The European Definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe. 2002. Dosegljivo na: <http://www.euract.org/page03f.html>
3. Allen J, Gay B, Crebolder H, et al. The European Definitions of the Key Features of the Discipline of General Practice: the role of the GP and core competencies. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 526-7.
4. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice - time for a new definition. *BMJ* 2000; 320: 354-7.
5. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW. Primary care in the driver's seat. Organizational reform in European primary care. 1st ed. Open University press; 2006. Dosegljivo na: <http://www.euro.who.int/Document/E87932.pdf>
6. Mays N. Origins and Development of the National Health Service. In: Scambler G, ed. *Sociology as Applied to Medicine*. 5th ed. WB Saunders Company Limited; 2003. p. 205-34.
7. Chapman JL, Zechel A, Carter YH, et al. Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 374-81.
8. COGPED, Committee of General Practice Education Directors Position Paper. GPs with Special Interest - what Role for GP Deaneries? Oxford Deanery Postgraduate Medical and Dental Education, 2004. Dosegljivo na: http://www.oxford-pgmde.co.uk/gp/gpws/position_paper.html
9. NatPaCT, National Primary and Care Trust Development Programme, NHS Modernisation Agency (2005). Practitioners with special interests, A step-by-step guide to setting up a general practitioner with a special interest (GPwSI) service. Dosegljivo na: www.natpact.nhs.uk/special_interests
10. DOH, Department of Health, 'Your Health, Your Care, Your Say'-national deliberative event (29/10/2005). Patricia Hewitt MP recorded interview. Dosegljivo na: <http://events.ctn.co.uk/ec/doh/103/unprotected/interviews.asp>
11. Scott A, Wordsworth S. The effects of shifts in the balance of care on general practice workload. *Fam Pract* 1998; 16: 12-7.
12. Scott A, Vale L. Increased general practice workload due to primary care led National Health Service: the need for evidence to support rhetoric. *Brit J Gen Pract* 1998; 48: 1085-8.
13. WiPP, Working in Partnership Programme, Creating capacity in general practice (2005). Dosegljivo na: <http://www.workloadmanagement.nhs.uk/>
14. RCGP, Royal College of General Practitioners Information Sheets. Profile of UK General Practices, Information Sheet Number 2 (August 2005). Dosegljivo na: www.rcgp.org.uk/information/publications/information/infosheettitles_index.asp
15. Guthrie B, Wyke S. Controversy in primary care - Does continuity in general practice really matter? *BMJ* 2000; 321: 734-6.
16. Morgan M. The Doctor-Patient Relationship. In: Scambler G, ed. *Sociology as Applied to Medicine*. 5th ed. WB Saunders Company Limited; 2003. p. 37-48.
17. ONS, Office for National Statistics (2005). Health and Care statistics & Migration statistics. Dosegljivo na: <http://www.statistics.gov.uk/ci/nugget.asp?id=915> in <http://www.statistics.gov.uk/ci/nugget.asp?id=915>
18. Taylor A, Hawkins M, Griffiths A, et al. Long-term follow-up of survivors of childhood cancer in UK. *Pediatr Blood Cancer* 2004; 42: 161-8.
19. Anonymous. (2004). Cancer survivors: living longer, and now, better. *Lancet* 2004; 364: 2153-4.
20. Grunfield E. Cancer survivorship: a challenge for primary care physicians. *Brit J Gen Pract* 2005; 55: 741-2.
21. Fleming DM, Cross KW, Barley MA. Recent changes in the prevalence of diseases presenting for health care. *Brit J Gen Pract* 2005; 55: 589-95.
22. McWhinney IR. The Origins of Family Medicine. In: McWhinney IR, ed. *A textbook of Family Medicine*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1997. p. 3-12.
23. Fabian C. The Future General Practitioner/Family Doctor in Europe - A Specialist. A Challenge for the European Union of General Practitioners (UEMO), 2002. Dosegljivo na: <http://www.uemo.org/index.htm>

24. Tackling Health Inequalities, A Programme for Action (2003). Department of Health. Dosegljivo na: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/93/62/04019362.pdf>
25. Hillier S. The Health and Health Care of Ethnic Minority Groups. In: Scambler G, ed. *Sociology as Applied to Medicine*. 5th ed. WB Saunders Company Limited; 2003. p. 146–66.
26. HSE, Health Survey for England 2003. Volume 1: Cardiovascular Disease & Volume 2: Risk Factors for Cardiovascular Disease. Department of Health Publications. Dosegljivo na: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/09/89/10/04098910.pdf>
27. Brunton G, Harden A, Oakley A. Young people, pregnancy and social exclusion: A systematic synthesis of research evidence to identify effective, appropriate and promising approaches for prevention and support. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, 2004.
28. Zborowski M. Cultural components in response to pain. *J Soc Issues* 1952; 8: 16–30.
29. Scambler G. Health and Illness Behaviour. In: Scambler G, ed. *Sociology as Applied to Medicine*. 5th ed. WB Saunders Company Limited; 2003; 37–48.
30. Thomas K, Nicholl JP, Coleman P. Use and expenditure on complementary medicine in England. *Complement Ther Med* 2001; 9: 2–11.
31. Wilkinson J, Peters D, Donaldson J. Clinical Governance for Complementary and Alternative Medicine in Primary Care. Final Report to the Department of Health and the King's Fund; 2004. Dosegljivo na: <http://www.wmin.ac.uk/sih/pdf/FinalReportUniWminOct2004%202.pdf>
32. Schattner PL, Coman GJ. The stress of metropolitan general practice. *Med J Aust* 1998; 169: 133–7.
33. Ebell MH, Frame P. What can technology do to, and for, family medicine? *Fam Med* 2001; 33: 311–9.
34. U. S. Department of Labor. Department of Labor statistics 2005, Publications and Research Papers. Technological Timeline. Dosegljivo na: <http://www.bls.gov./opub/rtaw/pdf/ttime.pdf>
35. Myllymäki K. Challenges in Finnish primary health care. *Scandinavian J Prim Health Care* 2004; 22: 195.
36. Towle A. Continuing medical education: Changes in health care and continuing medical education for the 21st century. *BMJ* 1998; 316: 301–4.

Prispelo 1. 4. 2006