

# MOŽNI VZROKI OBREMENJENOSTI ZDRAVNIKOV DRUŽINSKE MEDICINE V SLOVENIJI

## POSSIBLE CAUSES OF FAMILY PRACTITIONERS' OVERWORK IN SLOVENIA

Gordana Živčec-Kalan<sup>1</sup>, Igor Švab<sup>2</sup>, Josip Car<sup>3</sup>

Prispelo: 12.5.2003 - Sprejeto: 10.9.2003

Pregledni znanstveni članek  
UDK 613.62:614

### Izveček

*Večina zahodnih držav, med njimi tudi Slovenija, je postavila težišče zdravstvenega varstva na osnovno zdravstvo. To sooča družinske zdravnike z naraščajočimi zahtevami, tako v kakovosti kot količini dela, ki ga morajo opraviti. Dodatno se primarna zdravstvena dejavnost sooča z veliko spremembami; te izhajajo iz spremenjenih epidemioloških in demografskih okoliščin (kot recimo: vedno večje število bolnikov s kroničnimi boleznimi), vse starejša populacija in tudi vse večja kompleksnost medicine same. Številni varčevalni ukrepi v zdravstvenem varstvu (npr. skrajševanje časa bolnišnične oskrbe) povzročajo nadaljnji dodatni pritisk na družinskega zdravnika. Vsi ti izzivi in spremembe dodatno povečujejo stres izvajalcev in posledično slabšajo oskrbo. Potrebne so dodatne raziskave, kje so meje obremenitev družinskih zdravnikov in kako jih ustrezno usposobiti, da bodo lahko zagotavljali sodobno primarno zdravstveno varstvo.*

**Ključne besede:** obremenitve, delovni stres, družinska medicina, zdravstveni sistemi

Review article  
UDC 613.62:614

### Abstract

*Health care systems in most West European countries, including Slovenia, place great emphasis on primary health care. Family practitioners are confronted with an ever-growing demand in terms of quality and quantity of health services they provide. In addition, primary health care is facing multiple epidemiological and demographical changes (e.g. a growing number of patients with multiple chronic conditions), ageing of the population and an ever-greater complexity of medicine. Numerous rationalization processes in the delivery of health care, such as shortening of hospital stay, have increased pressure on family practitioners. All these challenges and changes add to stress and lead to poorer performance of family practitioners. Further research will be needed to determine the amount of work-load that family practitioners are still able to cope with, and to find ways to best equip them for the provision of modern primary health care.*

**Key words:** Work load, work stress, family medicine, health systems

### Uvod

Obremenitev zdravnikov v osnovni zdravstveni dejavnosti je postala ena najbolj perečih tem v večini razvitih držav, tudi v Sloveniji (1, 2, 3). Razlogi za to so številni, a še posebej k temu prispevajo spremembe

zdravstvenih sistemov v zadnjih desetih letih, ki so jih spremljale še številnejše administrativne novosti (4, 5). V vseh (zahodnih) državah, tudi v Sloveniji, je poudarek na osnovni zdravstveni dejavnosti; težišče zdravstvenih sistemov se prelaga s sekundarne na primarno raven (6, 7). Tudi v državah, ki so tradicionalno

<sup>1</sup>Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana

<sup>2</sup>Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

<sup>3</sup>Inštitut za varovanje zdravja, Trubarjeva 1, 1000 Ljubljana

Kontaktni naslov: e-mail: gordana.zivcec@ri.hinet.hr

utemeljile zdravstveni sistem na močni osnovni zdravstveni dejavnosti, se daje sedaj le-tej še večji pomen (8, 9). Razlogi za ta, marsikje (pre)nagli premik v zdravstvenih sistemih, so številni. Predvsem pa je bistveno, da se danes kot edina možnost za zagotavljanje ustrezne zdravstvene oskrbe prebivalstva in rešitev za obvladovanje nezaustavljive rasti stroškov zdravstva kaže prav v kakovostni osnovni zdravstveni dejavnosti (10, 11).

Definicija pojma "obremenjenost" je izjemno težka sama zase. Če jo prevzamemo iz slovarja knjižnega jezika ("obremenjenost": dejstvo, da je kdo obremenjen) je suhoparna in ne povzema bistvenih značilnosti. Stanje je namreč lahko individualno ali v sistemu splošno. Ni nujno povezano samo s časom in količino ali vsebino opravljenega dela. Nekatere objektivne dejavnike lahko merimo; npr. število pregledov na posameznega zdravnika, število opredeljenih bolnikov na posameznega zdravnika in povezave med njimi. Vendar je to le eden od elementov. Posameznik lahko obvladuje objektivne dejavnike, pa vendarle poroča o obremenjenosti zaradi spremenjenih pogojev dela; npr.: naraščajoča zahtevnost dela, nezaupanje v zdravništvo, večja zahtevnost bolnikov. Torej lahko obremenjenost opredelimo kot psihološki dejavnik občutka skrajnega duševnega stresa, ko posameznik ne zmore več naloženih delovnih obremenitev. *Obremenjenost* predstavlja torej skupek objektivnih in subjektivnih elementov, ko sistem deluje na meji zmogljivosti in vsaka nova obremenitev v sistemu lahko pomeni njegovo porušenje, oz. pri posamezniku izzove posledice skrajnega stresa.

Večino sprememb slovenskega zdravstvenega sistema so uvedli brez ustreznega pilotskega testiranja brez preverjanja, ali je mogoče doseči tako velike spremembe v delovanju zdravstvenega sistema, jih uresničiti tako hitro (12) - in pri tem ne porušiti občutljivega razmerja med pričakovanji bolnikov in zdravstvenega osebja ter med dejanskimi možnostmi za uresničitev pričakovanega.

Vsak zdravnik družinske medicine opravi letno izjemno veliko število pregledov. V letu 2001 je bilo opravljenih 10.038.172 obiskov na primarni ravni (13). Potrebna bi bila natančna analiza, kako so ti obiski razporejeni med zdravniki na primarni ravni. Zdravniki družinske medicine so navajeni tolikšnih obremenitev. Ravno zaradi velikega števila srečanj z bolniki in raznolikosti dela so izbrali ta poklic (14, 15). Pa vendar danes vse manj zdravnikov družinske medicine, tako pri nas kot po svetu, (16, 17) zmore prenašati vedno bolj naraščajoče obremenitve. Prinašajo jih vedno nove 'spremembe konteksta' in naraščajoča kompleksnost (18) osnovne zdravstvene dejavnosti.

## Razlogi za naraščanje obremenitev v osnovni zdravstveni dejavnosti

- **Pritiski zaradi neučinkovitosti/počasnosti zdravstvenega sistema**

Ko morajo bolniki dolgo čakati na operacije ali na pregled pri kliničnem specialistu (ali ko se denimo predstavijo roki, določeni za preglede), zdravnik družinske medicine medtem, ki skrbi za bolnike in vzdržuje njihovo zdravstveno stanje.

V Sloveniji so čakalne dobe za posege na odprtem srcu nesprejemljivo dolge, celo z vidika preživetja. Žal se jim ni mogoče izogniti, ker ni zagotovljenih zadostnih zmogljivosti za diagnostiko in pooperativno nego. Država poskuša stanje ublažiti z dodatnimi sredstvi v okviru Splošnega dogovora. V Dogovoru 2002 je bilo namenjenih 700 milijonov tolarjev za program zdravljenja srčno-žilnih bolezni (19). Temu se zelo hitro približuje oskrba rakavih bolezni, kjer postaja nesprejemljivo dolg vsak korak - od diagnostike do zdravljenja. Z vidika kakovosti življenja so izredno dolge čakalne dobe za operativne posege na kolkih ali na očeh. Zaradi staranja prebivalstva pa je prav tu mogoče pričakovati še dodatno podaljševanje čakanja.

- **Oskrba po odpustu iz bolnišničnega zdravljenja ali obravnave**

Danes je prisoten zelo močan trend zmanjševanja števila bolniških postelj v bolnišnicah, uvajanje 'dnevniških bolnišnic' in skrajševanje hospitalizacij - z namenom zmanjševati stroške, pa tudi zato, ker se enako kakovostna oskrba lahko pogosto zagotovi tudi v zunajbolnišničnem okolju. Bolniki so prepuščeni v oskrbo zdravniku družinske medicine oziroma v "celostno" oskrbo, (20) številni že dan po operaciji, po kakršni so denimo še pred letom dni ostajali v bolnišnici tudi po štirinajst dni. Zmanjševanje zmogljivosti bolnišnic in števila postelj neposredno povečuje obremenitev osnovne zdravstvene dejavnosti. Tako so na primer številni bolniki po možganski kapi zelo zgodaj odpuščeni v domačo oskrbo. Tu pa se zaradi nezagotavljenih ustreznih pogojev za oskrbo neredko zgodi, da padejo in si zlomijo še kolk (ter si s tem 'zapečatijo usodo'). Za vse bolnike po odpustu iz bolnišnice prevzame skrb zdravnik družinske medicine s svojim timom.

Podobno velja za bolnike z rakavo boleznijo, ki so v vse večjem številu zdravljeni ambulantno. Vse neugodnosti, povezane s stranskimi pojavi ob tem zdravljenju, oskrbi osebni zdravnik. Prav tako zagotovi strokovno negovanje in lajšanje bolečin terminalnim bolnikom tudi na domu.

Soočeni smo s prelaganjem oskrbe za vse več kroničnih bolezni s sekundarne na osnovno zdravstveno raven in s tem tudi s spremenjenimi pričakovanji bolnikov (21). Vse večja strokovna usposobljenost zdravnikov družinske medicine jim je omogočila, da strokovno ustrezno obravnavajo sladkorno bolezen, povišani krvni tlak, kronične bolezni dihal in gibal itd. Vse to je bilo še do nedavnega prepuščeno kliničnim specialistom. Bolniki kljub temu navajajo visoko stopnjo zadovoljstva z organizacijo zdravstvenega varstva in z možnostjo izbire osebne zdravnika (22).

#### • **Stalne spremembe**

Ob zelo zahtevnem spremljanju razvoja medicine, ki je zaradi širine stroke najzahtevnejše prav v družinski medicini, je za številne zdravnike družinske medicine stalen pritisk nenehnih sprememb eno izmed najtežjih bremen. Dnevno se soočamo s pravo poplavo navodil, pravilnikov, strokovnih smernic, pojasnil, inšpekcijskih nadzorov, razsodišč, sprememb zakonodaje. Postavlja se vprašanje normativov in odnosov, presojanje, koliko in kaj je zdravnik dolžan in upravičen narediti, kot tudi spraševanje, česa ne sme storiti.

Ob tem se spreminja tudi odnos med zdravnikom in bolnikom. Zdravnik je že tradicionalno navajen, da je bolnik, ki ga zdravi, njegov zaveznik. Danes pa zdravnik vse bolj zgrožen ugotavlja, da se bo morda naslednjic s svojim varovancem srečal na sodišču. Na učni delavnici "Zdravstvene napake" so kolegi poročali o naraščajočem številu tožb, ki so bile pred leti nekaj neznanega. Ob medicinskem znanju tako zdravniki danes potrebujejo tudi védenje o kopici pravnih predpisov (23).

#### • **Administrativno delo**

Uvajanje računalnikov stanja kljub pričakovanjem nikakor ni izboljšalo. Zgodilo se je ravno nasprotno, saj se z uvedbo računalnikov zahteva beleženje dodatnega števila podatkov, ki jih prej ni bilo potrebno popisovati. Ker sistem še ni povsem avtomatiziran, to neredko vodi v podvajanje dela, saj se obrazci izpolnijo najprej ročno in se nato prepisujejo v računalnik. Prihaja tudi do takšnih nesmislov, da zdravnik, ki zdravi otroka, obvešča zdravnika otrokovih staršev, naj tistemu od staršev, ki je otroka spremljal na pregled, izstavi obrazec opravičene odsotnosti z dela. Tako sta v preprosto administrativno opravilo vključena dva zdravnika. Po drugi strani pa še vedno ni računalniške podpore za izpisovanje receptov, kar bi poenostavilo in kakovostno izboljšalo njihovo izpisovanje (24).

#### • **Pomanjkanje zdravnikov družinske medicine**

Posledice pomanjkanja zdravnikov družinske medicine v številnih regijah se le redko lahko takoj opazi. Breme se namreč prenese na ostale zdravnike in, kar je še pomembnejše, kakovost zdravstvene oskrbe je ogrožena. Učinki so opazni šele na daljši rok. Mreža uravnotežene primarne zdravstvene službe je v pripravi od ustanovitve Slovenije. Že sedaj pa se je na nekaterih področjih glede na slovensko povprečje preskrbljenost z zdravniki zmanjšala za več kot 10 odstotkov (npr. Ptuj, Brežice, Radlje ob Dravi; vir: delovno gradivo mreže primarnega zdravstva). Ob tem je starostna struktura zaposlenih zdravnikov vse bolj neugodna, ker je večina zdravnikov starejših od 45 let (vir: register ZZS).

Po letih stagnacije in celo zmanjševanja vpisa na Medicinsko fakulteto v Ljubljani je šele v šolskem letu 2001/2002 moč opaziti povečan vpis. Učinek le-tega bo, glede na trajanje študija in potrebnega podiplomskega izobraževanja viden šele po desetih do štirinajstih letih. Z osamosvojitvijo Slovenije so se spremenili tudi pogoji za prihod zdravnikov iz nekdanjih republik Jugoslavije. Slovenija je namreč do osamosvojitve potrebo po zdravnikih dopolnjevala z diplomanti fakultet iz nekdanje Jugoslavije. Ti primeri so danes le sporadični.

#### • **Celosten pristop, promocija zdravja, presejanje prebivalstva**

Tradicionalni obiski pri zdravniku so bili kratki (2). Bolnik je prišel s simptomi in zdravnik je predpisal zdravilo. Od leta 1980 se je začel uveljavljati nov pristop, ki je vključeval ne le obravnavo trenutnega problema pri bolniku, ampak tudi promocijo zdravja (25) in izobraževanje bolnika o uporabi zdravstvenega sistema. V zadnjem desetletju je trend poudarjanja vloge bolnikov pri skrbi za lastno zdravje ter s tem povezanega skupnega odločanja in razvijanja partnerstva med zdravnikom in bolnikom (shared decision making) vse bolj izrazit (26). Ena izmed nalog zdravnika družinske medicine tako postaja tudi pomoč bolniku pri oblikovanju stvarnih pričakovanj do zdravstvenega sistema in medicine nasploh (27).

V zadnjih letih je postala ena izmed pglavitnih nalog zdravnikov družinske medicine presejanje prebivalstva - da bi preprečili ali zgodaj odkrili bolezni (28). Kakovostno presejanje zahteva veliko časa in pozornosti ter predstavlja novo breme. Leta 2001 je bil v Sloveniji vpeljan projekt ugotavljanja ogroženosti za bolezni srca in ožilja pri populaciji moških med 35. in 65. letom in žensk med 40. in 70. letom starosti. Ob tem se je obremenitev za kurativno delo zmanjšala samo

administrativno, ker v sistemu kljub novi vsebini dela ni prišlo do novih zaposlitev. Obremenitve pa so se zaradi preventivnega dela povečale.

- **Epidemiološki premik od nalezljivih bolezni h kroničnim**

Ključna in najbolj kontroverzna razlika med zbolevanjem v preteklosti in danes je v zbolevanju zaradi nalezljivih in kroničnih bolezni. Nalezljive bolezni se lahko pozdravijo ali celo izkoreninijo in premagajo. Kronične bolezni pa so, razen redkih izjem, neozdravljive in predstavljajo dosmrtno breme za posameznika, ki je zbolel.

Večina kroničnih bolezni (rak, srčne bolezni, kronične pljučne bolezni, mišično-skeletne bolezni, duševne in nevrološke bolezni) zahtevajo temeljito spremljanje, stalno poučevanje bolnika in skrben nadzor zdravljenja (npr. srčno popuščanje - spremljanje stranskih učinkov ali sprememb), kar zahteva tudi do 30 minut za posameznega bolnika - čeprav je 'standardni' čas, namenjen posameznemu bolniku v ordinaciji družinskega zdravnika, omejen na 10 minut.

Večina bolnikov s kroničnimi boleznimi, ki so bili še do nedavnega 'vodeni' na sekundarni ravni, zahteva kompleksne ukrepe in ne le odločitev o izbiri zdravila. Bolniki s sladkorno boleznijo (prevalenca bolezni je okrog 7%) lahko na primer s skrbnim, a tako za bolnika kot zdravnika zahtevnim vodenjem bolezni, preprečijo (drage!) zaplete, ki skrajšujejo bolnikovo življenje, pa tudi zmanjšujejo kakovost življenja (29).

- **Duševne bolezni**

V zadnjih desetletjih smo soočeni z nezadržnim naraščanjem števila duševnih motenj, predvsem anksioznosti in depresije. Po ocenah je prevalenca depresivnih simptomov do 20% in prevalenca depresije

okrog 5% (30). V populaciji starejših od 65 let (najpogostejših obiskovalcev družinskega zdravnika) je prevalenca nad 25% (31). Vodenje in nadzor bolnikov s kroničnimi duševnimi boleznimi predstavlja veliko breme za zdravnika družinske medicine; ne le, da so ti bolniki posebno zahtevni, ampak jim je treba posvetiti tudi več časa kot bolnikom 'pogosti obiskovalci' s specifičnimi zahtevami (33, 34).

- **Vodenje odvisnikov od (ne)dozvojenih drog in bolnikov na metadonu**

Kljub temu, da v Sloveniji poteka projekt zdravljenja odvisnikov, ki je dodatno financiran in kadrovsko podprt, je treba upoštevati, da ima vsak odvisnik tudi družino, na katero njegova odvisnost vpliva. Družinski zdravnik to breme zdravljenja pogosto prevzame kot koordinator med "običajnim" življenjem in med procesom zdravljenja odvisnosti.

- **Staranje prebivalstva**

S staranjem prebivalstva narašča tudi delež prebivalstva s kroničnimi boleznimi. Ena od posledic te spremembe so povečane zahteve bolnikov z bolj resnimi ter manj stabilnimi težavami in boleznimi (12). Ob tem trendu staranja prebivalstva pa ni prišlo do premika kadra, ki je bil prej namenjen izključno otrokom (pediatrov in specialistov šolske medicine), med kadre, ki oskrbujejo tudi starejšo populacijo. Na zdravnika je bilo v letu 1991 otrok, starih od 0 do 6 let, **968**, v letu 2000 pa le še **760**. Podobno velja za število mladih, starih od 7 do 19 let. V letu 1991 je bilo **2.393** mladih na zdravnika, v letu 2000 pa le **1.976** (13) Statistični letopis RS pa kaže premik prebivalstva v obdobje po 50. letu starosti, z izrazito veliko skupino po 65. letu starosti.

- **Naročanje bolnikov**

St.struk. / Age group	>1	1-3	4-6	7-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65+
Št.preb. / Population	17531	54227	56652	59938	118373	132727	299756	300875	315974	245862	103663	288548

V osnovni zdravstveni dejavnosti je vpeljan sistem naročanja bolnikov. Čeprav je bil ta sistem uveden predvsem zato, da bi se izboljšala kakovost dela in skrajšalo čakanje na obisk pri zdravniku, je postal tudi ovira v dostopnosti do zdravnika in s tem sredstvo za umetno zmanjševanje pritiska na osnovno zdravstveno dejavnost (35).

Ob tem ne moremo govoriti o čakalnih dobah, temveč o dogovorjenemu čakanju na pregled. V osnovni dejavnosti je vsak bolnik pregledan na dan, ko oceni, da pregled potrebuje. Če želi biti naročen v terminu, ki odgovarja tudi njegovim ostalim obveznostim, se z izbranim zdravnikom dogovori za dan in čas pregleda. Vendar ne moremo zaključiti, da bo naročanje bolnikov na pregled zmanjšalo število pregledanih bolnikov. Ti

se namreč samostojno odločajo in naročajo za pregled pri družinskem zdravniku brez sistemskih omejitev.

- **Daljši obiski pri zdravniku**

Da bi zagotovili ustrezno kakovost zdravstvene oskrbe, so potrebni daljši posamezni obiski pri zdravniku, pa tudi večja prilagodljivost dolžine le-teh (36). Prihaja namreč do izenačevanja dolžine obiska pri osebnem zdravniku in obiska pri kliničnem specialistu, kar izhaja iz novih vsebin, ki jih obravnava družinski zdravnik. Za ustrezno obravnavo kroničnih bolezni družinski zdravnik ne potrebuje nič manj časa za pregled kot klinični specialist. Ob tem so obiski pri družinskem zdravniku pogostejši zaradi tradicionalno prostega dostopa in zato, ker bolniki prihajajo spontano.

- **Kakovost dela**

Danes je prisoten naraščajoči pritisk na zdravnike družinske medicine s strani vlade, zavarovalnic(e), delodajalcev in bolnikov, s pričakovanji po večji kakovosti in učinkovitosti njihovega dela. S tem pritiskom na kakovost in 'produktivnost' pa se povečuje obremenjenost zdravnikov, tako v smislu časovne obremenitve, pa tudi naraščajoče kompleksnosti dela. Večina zdravnikov družinske medicine redno dela še v dežurni službi in v t. i. pripravljenosti, kar obremenitve dodatno povečuje.

- **Zadovoljstvo zdravnikov s poklicem in delom**

Večja pestrost in kakovost dela vodita do večjega zadovoljstva z delom in do zmanjšanja stresa (16). V razpravah na strokovnih srečanjih je mogoče zaznati, da se ena od večjih frustracij za družinskega zdravnika skriva v dejstvu, da zaradi različnih sistemskih omejitev (čas, denar, organizacija dela, preveliko število obravnav in podobno) ne more izraziti in uporabiti vsega znanja, ki ga ima. To lahko delno kompenzira z raznolikostjo dela, na katero lahko sam vpliva.

Prisotna je vse večja želja (in tudi možnost) po akademski karieri, ki dviguje samozavest posameznika kot tudi stroke v celoti. Povečan je interes zdravnikov družinske medicine za magistrski in doktorski študij doma in v tujini.

## Zaključek

Pojem obremenjenosti ima v zdravstvu dva pomena. Objektivno bi obremenjenost lahko opredelili z merljivo količino dela (npr. številom pregledov na posameznega zdravnika ali številom opredeljenih bolnikov na

posameznega zdravnika), ki ga mora zdravnik opraviti. Subjektivni občutek obremenjenosti je povezan s stresom na delovnem mestu (angl. "job stress"). Ta je razen z objektivnimi kazalci obremenitve povezan z drugimi, bistveno težje merljivimi dejavniki, ki so npr. rastoča zahtevnost dela, rastoče nezaupanje v zdravništvo in večja zahtevnost bolnikov. Obremenjenost je pomembna zato, ker se kaže s težavami pri izvajanju dela, v skrajni obliki lahko privede v izgorelost.

Obremenitve zdravnikov družinske medicine so pereč problem pri organizaciji zdravstvene službe. Zaradi hitrega razvoja medicine in družbenih sprememb se zdravniki soočajo s spremembo v organiziranosti zdravstvene službe (prenos obravnav s sekundarne ravni), z novimi zahtevami zakonodajalca in zavarovalnice ter z novimi pričakovanji vse bolj poučenih zavarovancev. Zdravnik družinske medicine je tisti, ki mora praktično enakovredno spremljati razvoj vseh strokovnih (medicinskih in pravnih) področij, da bi lahko zagotovil kakovostno in celostno obravnavo svojih bolnikov. Ob tem se je spremenila vsebina in struktura obravnavanih bolnikov. Zaradi staranja prebivalstva zdravnik družinske medicine obravnava vse več bolnikov s kroničnimi boleznimi, kar podaljšuje čas za posamezno obravnavo in tudi skupne obremenitve posameznega zdravnika. Število družinskih zdravnikov se ob tem ni ustrezno povečalo. Povečuje se tudi obseg znanja in širi pristojnost družinskih zdravnikov, ki pa tega znanja zaradi sistemskih omejitev (visoke glavarine, časovne in finančne omejitve) ne morejo v celoti uporabiti. Načrtovalci razvoja sistema zdravstvenega varstva morajo narediti natančno analizo stanja, preden družinskemu zdravniku naložijo nove obveznosti ali vsebine dela. Učinki neuravnotežene mreže in prekomernih obremenitev zdravnikov se bodo namreč pokazali šele na daljši rok, ker se bo posledično zmanjšala kakovost obravnave in s tem spremenili kazalniki zdravja prebivalstva. Ogroženo pa je tudi zdravje zdravnikov družinske medicine v Sloveniji. Pred izvajanjem kakršnih koli sprememb v sistemu je torej potrebno narediti natančno analizo stanja, z raziskavo izmeriti objektivne (ovrednotiti delovno obremenjenosti) in subjektivne (stres in njegove izrazne oblike) elemente obremenjenosti in na osnovi teh podatkov načrtovati nadaljnjo organizacijo primarnega zdravstvenega varstva.

## Literatura

1. Freeman GK, Horder JP, Howie JGR, Hungin AP, Hill AP, Shah NC et al. Evolving general practice consultation in Britain: issues of length and context. *BMJ* 2002;324:880-2.
2. Mechanic D. How should hamsters run? Some observations about sufficient patient time in primary care. *BMJ* 2001;323:266-8.
3. Šelb J, Albreht T. Umrljivost zdravnikov s Sloveniji v letih 1985 do 1999 = Mortality rate of medical doctors in Slovenia in 1985 to 1999. *Zdrav Vestn*, 2000, letn. 69, supp. 1, str. 47-53.
4. Svab I, Progar IV, Vegnuti M. Private practice in Slovenia after the health care reform. *European Journal of Public Health* 11(4):407-12, 2001.
5. Svab I. Primary health care reform in Slovenia: first results. *Social Science & Medicine* 1995;41:141-4.
6. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;344:1129-33.
7. World Health Organization. World health report 1998 life in the 21st century, a vision for all. 1998.
8. Great B, Department of Health. The NHS plan a plan for investment, a plan for reform. London: Stationery Office, 2000.
9. World Health Organization. The world health report 1997 conquering suffering, enriching humanity. 1997.
10. World Health Organization. The world health report 2000 health systems : improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000.
11. Institute of Medicine. Primary Care: America's Health in a New Era. Washington,DC: National Academy Press, 1996.
12. McWilliam CL, Stewart M, Sangster J, Cohen I, Mitchell J, Sutherland C et al. Work in progress. Integrating physicians' services in the home. *Canadian Family Physician* 47:2502-9, 2001.
13. Zdravstveni statistični letopis 2001, Institut za varovanje zdravja RS, 2003
14. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. *British Journal of General Practice* 52(479):526-7, 2002.
15. Svab I. General practitioners for the new age. *World Health Forum* 1996;17:266-7.
16. Huby G, Gerry M, McKinstry B, Porter M, Shaw J, Wrate R. Morale among general practitioners: qualitative study exploring relations between partnership arrangements, personal style, and workload. *BMJ* 2002;325:140.
17. Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ* 2002;324:835-8.
18. Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ* 2001;323:625-8.
19. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Občasnik. Dogovor 2002; 3/2002;
20. Pencheon D. Intermediate care. *BMJ* 2002; 324:1347-8.
21. Burkey Y, Black M, Reeve H. Patients' views on their discharge from follow up in outpatient clinics: qualitative study. *BMJ* 1997;315:1138-41.
22. Živčec-Kalan G, Kersnik J, Švab I. Kakovost v zdravstvu: predpisi in praksa. *Zdrav vestn* december 2002;71:743-9.
23. Živčec-Kalan G, Dobnikar B. Pravne podlage za odgovornost zdravnika s pojasnili in primeri iz prakse. V: Kersnik J. ur. Zdravstvene napake, (Zbirka Pip). Ljubljana, Združenje zdravnikov družinske medicine SZD 2002: 17-42.
24. Sheikh A, Car J. Varna uporaba zdravil. V: Kersnik J. ur. Zdravstvene napake, (Zbirka PiP). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD 2002: 143-146.
25. Garner MP, Lumpkin TR. Nutrition counseling: guidelines for the practicing physician. *Ala Med* 1990;60:34, 36-7, 51.
26. Deber RB. Physicians in health care management: 8. The patient-physician partnership: decision making, problem solving and the desire to participate. *CMAJ* 1994;151:423-7.
27. Coulter A. Editorial: Promoting realistic expectations. *Health Expect* 2000;3:159-60.
28. Rotar-Pavlič D, Živčec-Kalan G, Car J. Dokazi o preventivi malignih bolezni. V: Kersnik J. ur. Znanstveno utemeljena medicina, (Zbirka PiP). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, Slovensko zdravniško društvo; 2000: 69-82.)
29. Helseth LD, Susman JL, Crabtree BF, O'Connor PJ. Primary care physicians' perceptions of diabetes management. A balancing act. *J Fam Pract* 1999;48:37-42.
30. Burvill PW. Recent progress in the epidemiology of major depression. *Epidemiol Rev* 1995; 17:21-31.
31. Macdonald AJ. ABC of mental health. Mental health in old age. See comments. Č. ŠReviewČ Š0 refsČ. *BMJ* 1997;315:413-7.
32. Kendrick T, Burns T, Freeling P. Randomised controlled trial of teaching general practitioners to carry out structured assessments of their long term mentally ill patients. *BMJ* 1995;311:93-7.
33. Kersnik J, Švab I, Vegnuti M. Frequent attenders in general practice: quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics. *Scandinavian Journal of Primary Health Care - Supplement* 1919;174-7.
34. Švab I, Zaletel-Kragelj L. Frequent attenders in general practice: a study from Slovenia. *Scandinavian Journal of Primary Health Care - Supplement* 1993; 11:38-43.
35. Arber S, Sawyer L. Do appointment systems work? *Br Med J* 1982;284:478-80.