

Projekt referenčnih ambulant družinske medicine v Sloveniji

The project of model practices in family medicine in Slovenia

Tonka Poplas Susič,^{1,2} Igor Švab,² Janko Kersnik^{2,3}

¹ Zdravstveni dom Ljubljana, Metelkova 9, 1000 Ljubljana

² Katedra za družinsko medicino MF Ljubljana, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

³ Katedra za družinsko medicino MF Maribor

Korespondenca/ Correspondence:

doc. dr. Tonka Poplas Susič, dr. med., spec. druž. med., Zdravstveni dom Ljubljana, Metelkova 9, 1000 Ljubljana
e: tonka.poplas-susic@mf.uni-lj.si

Ključne besede:

družinska medicina, referenčne ambulante, kakovost, preventiva, registri kroničnih bolnikov

Key words:

family medicine, model practices, quality, prevention, registers of chronic patients

Citirajte kot/Cite as:

Zdrav Vestn 2013; 82: 635–47

Izvilleček

Izhodišča: V osnovni zdravstveni dejavnosti so zelo velike obremenitve, ki so posledica demografskih sprememb, večje ozaveščenosti ljudi in tudi organizacijskih sprememb v zdravstvu. Ob pomanjkanju zdravnikov in njihovi sedanjí obremenitvi je bilo potrebno najti model, kako s pomočjo diplomirane medicinske sestre vzpostaviti tak timski pristop do bolnika, v katerem so dejavnosti in pristojnosti pri obravnavi bolnikov jasno opredeljene in razdeljene in tako vodí k višji kakovosti.

Namen članka je opisati projekt referenčnih ambulant v Sloveniji in prikazati nekaj rezultatov.

Metode: Referenčne ambulante uvajajo nov koncept dela na področju družinske medicine: prinašajo kadrovske okrepitve (timu se priključi diplomirana medicinska sestra za polovico delovnega časa), nadgrajeno vsebino dela (v delo se uvedejo protokoli obravnave kroničnih bolnikov, razširijo se področja preventivnega dela, vzpostavijo se registri kroničnih bolnikov in meri se kakovost s pomočjo kazalnikov kakovosti). Tak način pomeni spremenjeno organizacijo dela (spremenjena struktura tima, spremenjena delitev dela), s čimer se opredeljuje aktivni timski pristop k bolniku.

Rezultati: V letu 2011 in 2012 je z delom pričelo 271 referenčnih ambulant, ki so po regijah enakomerno razporejene. V teh ambulantah so vzpostavljeni registri bolnikov z astmo, KOPB in sladkorno boleznijo. Tekom preventivnih pregledov vsaka RADM mesečno odkrije v povprečju 2 nova kronična bolnika in 15 bolnikov z dejavniki tveganja. Bolniki so obravnavani aktivno v skladu z njihovimi potrebami in ne željami.

Zaključek: S postopnim dodatnim uvajanjem referenčnih ambulant predvidevamo, da bodo zdravniki izboljšali kakovost oskrbe bolnikov v Sloveniji. Dolgoročno pričakujemo razbremenitev sekundarne ravni in racionalnejšo porabo zdravil.

Abstract

Background: Primary health care has undergone great changes as a consequence of demographic changes, growing patients' awareness and organizational changes in the healthcare system. Declining interest in family medicine specialization further worsens the situation. In the period of lack of GPs and their overloading, it is necessary to include a diploma graduate nurse in the team of GPs and to define competencies and activities in such a way that encourage more active approach to the patients, meeting the indicators of quality.

The purpose of the article is to describe the project of model practice in Slovenia and to present some results.

Methods: A model practice introduces a new concept in the areas of human resource standards (to existing team, a diploma graduate nurse is included on a part-time basis); work competences (use of protocols for the treatment of chronic patients, extended and well-defined preventive screenings, establishing registers of chronic patients and assessing quality by means of quality indicators) and work management (redistribution of workload).

Results: Due to great interest of general practitioners, a total of 271 model practices were introduced in 2011 and 2012. MPs have been distributed evenly through different regions in

Prispelo: 18. nov. 2012,
Sprejeto: 12. maj 2013

Slovenia. Registers of patients with chronic diseases (COPD, asthma and diabetes) have been established and during the preventive screening, on average 2 patients with a chronic disease and 15 patients with risk factors have been detected. Patients are treated actively according to their needs rather than their preferences.

Conclusions: The project of MPs enables a high quality and cost effectiveness of patients' treatment in family medicine. With a gradual introducing of new MPs, a well planned and monitored patients' care will be implemented in the practice. In a long run, disburdening of a secondary care level and more rational consumption of drugs are expected.

Uvod

Pomen osnovne zdravstvene dejavnosti

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) v svojih priporočilih poziva države, da osnovni zdravstveni dejavnosti posvetijo večjo pozornost in da svojo zdravstveno politiko preusmerijo k zagotavljanju zdravstvenega varstva na osnovni ravni, ker je najučinkovitejše in najcenejše.^{1,2} Danes naprednejše države, kar se zdravstvene oskrbe tiče, so temu sledile, ostale ne: slednje so svoje moči usmerjale v posamezne specialnosti, kjer bolnikom opravljajo številne diagnostične in terapevtske postopke (drobljenje zdravstvene oskrbe), s tem pa izgubljajo celovit pristop do bolnikov, ki je učinkovitejši in bolniku prijaznejši.³ Financiranje zdravstvenih sistemov, ki daje prednost specialistični oskrbi pred osnovno, je odraz takega gledanja na zdravstveno oskrbo.^{3,4,5}

Razlogi, ki zahtevajo spremembe v osnovni zdravstveni dejavnosti

Demografske spremembe prebivalstva, hiter razvoj medicinske znanosti in večja ozaveščenost ter znanje ljudi zahtevajo drugačen pristop k obravnavi bolnikov povsod po svetu. V Sloveniji trenutna organizacija zdravstvenega sistema in njegovo financiranje vplivata na to, da so bolniki hitreje odpuščeni in da se del obravnave prenaša s sekundarne ravni na raven družinske medicine. Neprestano višanje števila oseb na zdravnika (glavarina) pa predstavlja dodatni razlog za potrebne spremembe.

Demografske spremembe

S staranjem prebivalstva se srečujemo z vse večjo obolevnostjo, ko pridejo do izra-

za kronične bolezni (bolezni srca in ožilja, kostno-mišične bolezni, sladkorna bolezen, rakave bolezni, bolezni dihal itd).

V ambulate prihaja vedno več ljudi, ki potrebujejo pomoč zaradi poslabšanja kroničnih bolezni ali pa potrebujejo zgolj kontrolo parametrov kronične bolezni in predpis zdravil.

Večja izobraženost in zahtevnost bolnikov

Bolniki postajajo vse bolj obveščeni o svoji bolezni. Zato so tudi zahtevnejši, saj želijo vedeti še več, želijo vplivati na zdravljenje in želijo skupaj z zdravnikom sodelovati pri zdravljenju.⁶ Konzultacije med bolnikom in zdravnikom so tako daljše.

Hiter razvoj medicinskih smernic in priporočil

Hitremu razvoju medicinskih strok sledi tudi hiter razvoj novih priporočil za zdravljenje in tudi novih smernic, kar ponavadi poveča število obiskov pri osebem zdravniku in sproža obsežnejši nabor preiskav.

Veliko število opredeljenih bolnikov na zdravnika

Slovenija spada po podatkih OECD v isto skupino držav, ki imajo najmanjše število družinskih zdravnikov na 1000 prebivalcev. To podatek ostaja kar konstanten in se v primerjavi z letom 2002 v letu 2008 ni izboljšal. Znaša 0,6 zdravnika na 1000 prebivalcev. Hkrati je po podatkih Zdravniške zbornice Slovenije opazen trend nezanimanja za specializacijo iz družinske medicine, tako da v naslednjem desetletju ne moremo pričakovati izboljšanja stanja. Veliko opredelje-

nih bolnikov si mora razdeliti zdravnikovo razpoložljivost med ordinacijskim časom v skromneje odmerjeni minutaži, kot če bi bilo število bolnikov v ambulanti manjše.⁷

Prenos dela s sekundarne na primarno raven v Sloveniji

Po letu 2000, predvsem pa po letu 2005, se zaradi finančnih razmer v zdravstveni blagajni vse več dela prenaša z bolnišničnega na osnovno zdravstvo. Razlogov za to je več.

- Čas ležanja v bolnišnicah se krajša, ne pa tudi čas zdravljenja. Tako obravnava bolnikov na sekundarni ravni obsega tiste postopke, ki morajo biti nujno izvedeni/nadzorovani v bolnišnicah, ko pa to ni več potrebno, bolnika nemudoma prestavijo v domače okolje. Tam prevzame skrb zanj izbrani zdravnik s svojim timom.
- S sekundarne na primarno raven se prenaša tudi zahteva po vbrizgavanju določenih zdravil v veno in odvzem krvi iz ven.
- Pooperativna skrb za bolnike se je prenesla v osnovno zdravstvo: bolniki se vračajo iz bolnišnic takoj po operacijah, še z dreni, s svežimi ranami, ki jih morajo redno oskrbovati pri izbranem zdravniku.

Oddaljevanje od osnovnih načel celovite skrbi za populacijo v Sloveniji

Zaradi vsega naštetega zdravniki družinske medicine ne morejo več celovito skrbeti za populacijo, temveč se odzivajo na zahteve bolnikov. Na tak način pada kakovost dela, ne izkoristi se potencial osnovne zdravstvene dejavnosti.⁸⁻¹²

Zato so potrebne spremembe, ki bodo omogočile družinski medicini in osnovni zdravstveni dejavnosti tako kakovost, ki jo je sposobna zagotoviti. Potrebno je spremeniti organizacijo dela in uveljaviti timski pristop, ki omogoča, da člani tima vsak s svojim znanjem pristopajo do bolnika in se pri tem dopolnjujejo.^{13,14} Treba je tudi uveljaviti standardne poti obravnav kroničnega bolnika med osnovno in sekundarno zdravstveno

dejavnostjo in nenazadnje prilagoditi financiranje.¹⁵

Zaradi tega je bil v Sloveniji leta 2011 uveden projekt, ki bi rešil te probleme. Poimenovali smo ga »projekt referenčnih ambulant«.

Namen članka je prikazati, kako se je projekt uvajal in kakšni so prvi rezultati na področju področju obravnave stabilnih kroničnih bolnikov in preventive, prikazati vodenje kroničnih bolnikov v skladu s protokoli in postopno vzpostavljanje registrov ter uvajanje kazalnikov kakovosti v delo tima družinskega zdravnika.

Metode

Nova definicija vsebine dela in tima družinskega zdravnika

Pobuda za projekt referenčnih ambulant družinske medicine sega v leto 2008, ko se je vabilu po nadgradnji dela v ambulantah družinske medicine odzvala večina najvidnejših predstavnikov stroke. Na organiziranih okroglih mizah je bilo potrebno odgovoriti na vprašanje, kako razbremeniti zdravnika, ki ima za bolnika premalo časa.⁷ Izoblikovala so se tri osnovna izhodišča: potrebna je administrativna razbremenitev zdravnika družinske medicine, kadrovska okrepitev in timski pristop k celoviti obravnavi bolnikov ter prenos vodenja bolniških staležev na kolege medicine dela, prometa in športa.

Glede na dejstvo, da zdravnikov primanjuje, diplomiranih medicinskih sester, ki so po rezultatih študij iz tuujine kompetentne prevzeti določene segmante dela v osnovnem zdravstvu, pa je zadosti, se je ponudila možnost, da bi s pomočjo diplomiranih medicinskih sester, ki do uvajanja referenčnih ambulant niso bile članice tima, razbremenili zdravnike in dvignili kakovost dela, zlasti na področju vodenja kroničnih bolnikov in preventive.¹⁶⁻¹⁹

Ker je bilo zaradi delitve dela med zdravnikom in medicinsko sestro potrebno natančno opredeliti proces dela, so nastali protokoli, pripravljeni s konsenzom strokovnjakov primarne in sekundarne ravni. Ti so natančno opredelili pristojnosti zdravni-

ka in diplomirane medicinske sestre ter stopenjski pristop k bolniku.^{20,21}

Projekt je bil predstavljen Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Ministrstvu za zdravje. Obe instituciji sta ga podprli. Po vzpostavitvi akcijskega plana na Ministrstvu za zdravje so bili leta 2011 izpolnjeni pogoji, da se projekt začne izvajati v praksi. Planirali smo, da z delom začne 40 ambulant, ki so bile enakomerno porazdeljene po Sloveniji.

Organizacija vodenja projekta

Na Ministrstvu za zdravje (MZ) je bil decembra 2010 ustanovljen projektni svet, ki ima nalogo usmerjati razvoj in potrjevati usmeritve in odločitve stroke, povezane s projektom. Projektnemu svetu predseduje minister za zdravje, vodi ga vodja projekta, sestavljajo pa ga člani projekta, ki so predstavniki inštitucij, vpletenih v delo primarne ravni. Trije člani znotraj projektne sveta so dodatno odgovorni za vodenje področja, kot je edukacija, kakovost in informacijska podpora. Projektno vodenje in podporo projektu je prevzela projektna pisarna.

Merila za izbor nosilcev referenčnih ambulant

Samoocena ambulante

Nosilci ambulant so lahko zdravniki, ki ustrezajo merilom kakovosti ambulante na osnovi vprašalnika o samooceni ambulante. Vprašalnik je priredba Visotool inštrumenta in želi zajeti čim več kriterijev poslovne odličnosti. Model je narejen po vzoru evropskega modela poslovne odličnosti EFQM (http://www.usm.mzt.si/PRSP0/projekt_efqm.html, dostopen 27.1.2003) in ocenjuje vsebine organizacije ambulante na področju infrastrukture, informacij, človeških virov, načrtovanja/planiranja ter kakovosti in varnosti.

Regijska zastopanost

Enakomerna regijska razporeditev po Sloveniji je ena bistvenih zahtev po pridobitvi statusa referenčnih ambulant. Tako so slednje uvajajo v najrazličnejša okolja, ki s

specifičnimi geografskimi pogoji različno opredeljujejo zdravnikovo delo.

Ustrezna specializacija

Da je zdravnik lahko nosilec referenčne ambulante, mora imeti nosilec tima specializacijo iz splošne oziroma družinske medicine. Če je nima in ima opredeljeno odraslo populacijo, pa mora imeti zadostno število opredeljenih odraslih bolnikov, v praksi mora delati vsaj 20 let in prvo leto dela v referenčni ambulanti mora imeti svojega mentorja, ki je specialist.

Vsebinska nadgradnja dela v referenčni ambulanti

Aktivni pristop k preventivi

Referenčne ambulante v družinski medicini so tudi razširile področje preventivne dejavnosti še na odkrivanje dejavnikov tveganja, KOPB, astme/alergičnega rinitisa, sladkorne bolezni in depresije. Spremenila oziroma znižala se je starostna meja populacije, ki je vključena v preventivne programe, in sicer na 30 let.

Protokoli obravnav kroničnih bolnikov

Stopenjsko jasno določena obravnava bolnika z določeno kronično boleznijo je natančno opisana v protokolih vodenja kroničnih bolnikov. Opredeljene dejavnosti in ukrepi v primeru stabilne bolezni oziroma v primeru poslabšanja so na podlagi strokovnih priporočil nastale kot dogovor primarne in sekundarne ravni in so prilagojene izvedljivosti v praksi v kateri koli regiji v Sloveniji. Protokoli so tako pripravljene za bolnike z astmo in KOPB, sladkorno boleznijo ter arterijsko hipertenzijo.

Kazalniki kakovosti

V referenčnih ambulantah zdravniki in DMS delajo v skladu z kazalniki kakovosti, kot je:

- spremljanje kakovosti kliničnega dela,
- spremljanje kakovosti preventivnega dela,

- spremljanje kakovosti organizacije.

Tako je potrebo enkrat letno spremljati zadovoljstvo zaposlenih in bolnikov z validiranimi vprašalniki o zadovoljstvu. Mesečno je potrebno poročati o registrih bolnikov za sladkorno bolezen, astmo in KOPB, vsaj 1-krat letno pa je potrebno:

1. izmeriti krvni tlak pri registriranih kroničnih bolnikih;
2. preveriti kadilski status pri registriranih kroničnih bolnikih;
3. preveriti stranske učinke zdravil za zdravljenje astme (hripavost ob inhalacijskih glukokortikoidih) pri bolnikih z astmo;
4. izvesti spirometrijo pri bolnikih s KOPB ter
5. preveriti stranske učinke zdravil za zdravljenje KOPB (hripavost ob inhalacijskih glukokortikoidih) pri bolnikih s KOPB.

Organizacijski vidik nadgradnje dela v RADM

Med zdravnikom in diplomirano medicinsko sestro (DMS) pride v referenčni ambulanti do delitve dela v skladu s pristojnostmi obeh: DMS prevzame vodenje parametrov stabilne kronične bolezni in celotno preventivno dejavnost ter na nek način izboljša učinkovitost dela, kar opisujejo tudi druge študije.^{22,23,24} Novo odkriti kronični bolniki ali tisti s poslabšanjem ter seveda vsi bolniki z akutno boleznijo pa so v domeni zdravnika.

Tabela 1: Delitev dela med zdravnikom in DMS.

Področje dela	DMS	Zdravnik
Zdravljenje (predpisovanje zdravil, diagnostika, napotitve)		✓
Preventivno presejanje in edukacija	✓	
Spremljanje parametrov urejenosti kronične bolezni	✓	
Kronični bolnik v poslabšanju		✓
Akutna bolezen		✓

Izobraževanje

Po končani fakulteti je sicer DMS v celoti pristojna za suvereno sodelovanje pri delu tima.²⁰ Za potrebe širokega poznavanja dela in obravnave bolnikov v referenčni ambulanti pa naj opravi še izobraževalne module, da teoretično znanje nadgradi s praktičnim.

Za izobraževanje je s sklepom Ministrstva za zdravje pooblaščen katedra za družinsko medicino MF Ljubljana, ki skupaj s kliničnimi inštitucijami, IVZ in Zbornico za zdravstveno nego pripravi vsebine izobraževanja za posamezni modul: organizacija dela in preventiva, astma in KOPB, sladkorna bolezen ter hipertenzija. Moduli so sestavljeni iz teoretičnega in praktičnega dela (usposabljanje v okviru klinik) ter trajajo največ do 5 dni, skupina pa ne more biti večja od 30 oseb zaradi učinkovitosti poučevanja. Na koncu modula poteka evalvacija. S potrdilom o opravljenem modulu postanejo diplomirane sestre teoretično usposobljene za ustrezno obravnavo bolnikov.

Organizacija modulov je v domeni ministrstva za zdravje oziroma projektne pisarne. V izobraževanje vstopajo sestre glede na datum, ko so začele delati v referenčni ambulanti: najprej tiste, ki so pričele najprej, nato sledijo ostale glede na datum vstopa v referenčno ambulanto.

Projektne svet je na predlog skupine za edukacijo določil termine izvajanja izobraževanja za posamezni modul. Diplomirane medicinske sestre so v aprilu 2011 začele s prvim modulom o organizaciji dela, nadaljevale z modulom astma in KOPB ter končale z modulom sladkorna bolezen v oktobru 2011. Po istem vrstnem redu so vstopale naslednje skupine. V letu 2012 je bil organiziran dodatni modul za arterijsko hipertenzijo.

Fakulteta za elektrotehniko je vse začetne module posnela in objavila na spletni strani referenčnih ambulant, kjer so vidna tudi predavanja in kjer lahko vsaka diplomirana sestra izpolni evalvacijski vprašalnik.

Storitve in profesionalna kartica za diplomirane medicinske sestre

Diplomirane medicinske sestre imajo za beleženje storitev šifrant storitev z njihovim

Tabela 2: Število referenčnih ambulant (RA) v letu 2011 in 2012 po območnih enotah ZZS.

	April 2011	September 2011	Marec 2012	Junij 2012	September 2012	December 2012	
Območna enota ZZS	Število referenčnih ambulant	Število referenčnih ambulant	Število referenčnih ambulant	Število referenčnih ambulant	Število referenčnih ambulant	Število referenčnih ambulant	Skupaj
Celje	7	3	5	4	5	5	29
Koper	4	5	0	0	3	3	15
Kranj	7	9	3	3	6	4	32
Krško	3	0	1	1	2	4	11
Maribor	10	8	7	5	7	5	42
Murska Sobota	3	3	4	2	1	3	16
Nova Gorica	5	2	2	2	4	3	18
Novo mesto	3	2	2	4	4	5	20
Ravne na Koroškem	2	0	0	0	4	3	9
Ljubljana	16	15	15	22	5	6	79
Skupaj	60	47	39	43	41	41	271

opisom, ki jih je vnesel v nabor storitev tudi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in so osnova za poročanje o delu. V pripravi je tudi profesionalna kartica za diplomirane medicinske sestre z razširjenim naborom vpogledov, in sicer v t. i. kronično terapijo bolnika in v predpisane medicinsko tehnične pripomočke.

Medijska dejavnost

Referenčne ambulante so bile v juniju in juliju 2011 načrtno predstavljene v vseh regijah tako, da so lokalni nosilci referenčnih ambulant skupaj z diplomirano medicinsko sestro odgovarjali na vprašanja vabljenih predstavnikov medijskih hiš. Lokalne predstavitve je organizirala projektna pisarna, ki je poskrbela tudi za evidentiranje vseh me-

dijskih objav. Ključno sporočilo dogodkov je bilo, da referenčne ambulante odlično poskrbijo za bolnike in s preventivno dejavnostjo vzdržujejo zdravje in ne zdravljenje, zato so naložba v zdravje prebivalcev Slovenije.

Informacijska podpora

Obstoječo informacijsko podporo je bilo potrebno nadgraditi za vodenje urejenih kroničnih bolnikov in za preventivno presejanje. To je pomenilo dopolnitev že obstoječih informacijskih sistemov. Ministrstvo za zdravje je strokovna izhodišča za prenovu, ki so nastala s soglasjem stroke, predstavilo vsem informacijskim hišam in jim dalo enovito osnovo, na podlagi katere so morali nadgraditi vsak svoj informacijski sistem za potrebe dela referenčne ambulante.

Ministrstvo za zdravje je pripravilo tudi razpis za omogočanje spletnega poročanja, kar pomeni, da se bodo vsi kazalci dela posamezne referenčne ambulante lahko sproti zbirali na skupnem mestu z definiranim dostopom do podatkov. Ta del projekta je še v teku, rešitev pa se pričakuje v letu 2013.

Projekt podpira aktivna spletna stran (www.referenca-ambulanta.si), ki vsebu-

Tabela 3: Število in rezultati preventivnih presejanj za prvih 107 referenčnih ambulant od aprila 2011 do februarja 2012 (april 60 + september 47 referenčnih ambulant).

Število opravljenih presejanj	Število odkritih 'zdravih'	Število presejanj, kjer so odkrili dejavnike tveganja	Število odkritih kroničnih bolnikov
16.766	3.857	8.289	4.201

je ključne vsebine, ki so pomembne za delo tima v RADM. Poleg naštetega pa na spletni strani najdemo tudi seznam vseh RADM, merila za preverjanje, projektno pisarno in forum, v katerem na vprašanja odgovarjajo strokovnjaki s področja družinske medicine.

Tabela 4: Število bolnikov v registru za astmo na dan 31.12.2012 po posameznih območnih enotah ZZS.

Ime območne enote	Število bolnikov
Celje	957
Koper	426
Kranj	1.735
Krško	550
Ljubljana	3.941
Maribor	1.589
Murska Sobota	531
Nova Gorica	530
Novo mesto	717
Ravne na Koroškem	136
Skupaj bolnikov	11.112

Tabela 5: Število bolnikov v registru za KOPB na dan 31.12.2012 po posameznih območnih enotah ZZS.

Ime območne enote	Število bolnikov
Celje	525
Koper	256
Kranj	969
Krško	185
Ljubljana	1.911
Maribor	1.086
Murska Sobota	322
Nova Gorica	262
Novo mesto	246
Ravne na Koroškem	78
Skupaj bolnikov	5.840

Rezultati

Uvajanje referenčnih ambulant

Projekt referenčnih ambulant je bil predstavljen zainteresiranim zdravnikom januarja 2011. Predstavitve se je udeležilo 122 zdravnikov in zdravnic, kar 115 od njih pa se je odločilo in izpolnilo ter oddalo vprašalnik o oceni odličnosti ambulante. Sedem vprašalnikov ni bilo izpolnjenih v celoti in so bili uvrščene med neveljavne, eden pa ni dosegal potrebnih 60 % ocene odličnosti ambulante, kar pomeni da je ostalo za preverjanje 107 kandidatov.

Od 1. 4. 2011 do 31. 12. 2011 je delovalo 107 referenčnih ambulant. V letu 2012 se je pridružilo 164 novih referenčnih ambulant. Tako je konec leta 2012 delovalo skupaj 271 referenčnih ambulant (Tabela 1).

Pred vsakim vstopanjem nove skupine nosilcev je organiziran uvodni seminar, ki vse nosilce še enkrat opozori na vsebino in organizacijo dela ter seveda na dolžnost poročanja in evidentiranja dela.

Preventiva

Pri 203.590 opredeljenih bolnikov v 107 referenčnih ambulantah je bilo do konca februarja 2012 opravljenih 16.766 preventivnih presejanj. Rezultati so prikazani v Tabeli 2.

Tabela 6: Število bolnikov v registru za sladkorno bolezen na dan 31.12.2012 po posameznih območnih enotah ZZS.

Ime območne enote	Število bolnikov
Celje	2.454
Koper	899
Kranj	3.371
Krško	1.324
Ljubljana	6.875
Maribor	3.445
Murska Sobota	1.687
Nova Gorica	1.467
Novo mesto	1.625
Ravne na Koroškem	290
Skupaj bolnikov	23.437

Registri kroničnih bolnikov

Za vsako izbrano skupino kroničnih bolnikov zdravnik vzpostavlja register kroničnih bolnikov. V letu 2011 so timi referenčnih ambulant vzpostavili registra za bolnike z astmo in KOPB, od februarja 2012 še dodatno za sladkorno bolezen, po sklepu Projektnega sveta bo v letu 2013 dodan register za bolnike s hipertenzijo. Konec februarja 2012 je bilo tako pri 107 zdravnikih, nosilcih referenčnih ambulant, registriranih 203.590 bolnikov. V registrih za astmo je bilo 5.016 bolnikov, v registrih za KOPB 2.673 in v registru sladkornih bolnikov je bilo po enem mesecu evidentiranja registriranih 7.296 bolnikov. Konec leta 2012 je bilo število opredeljenih bolnikov v 271 referenčnih ambulantah 501.196. Število bolnikov v registru z astmo se je povečalo na 11.112, v registru za KOPB na 5.840 in v registru za sladkorno na 23.437 bolnikov.

Tabele prikazujejo število bolnikov v registru po kroničnih boleznih in območnih enotah ZZS na dan 31.12.2012.

Kazalniki kakovosti

Kazalniki kakovosti, ki jih je doslej določil Projektni svet, spremljajo delo v referenčnih ambulantah na področju zadovoljstva, vzpostavljanja registrov in preverjanja zdravstvenih parametrov.

Izobraževanje

Do konca leta 2012 so zaključile vse module izobraževanja diplomirane sestre, ki so pričele z delom v referenčnih ambulantah v letu 2011, ter del sester, ki so pričele z delom v letu 2012, medtem ko preostale še opravljajo modularni del izobraževanja.

Odziv javnosti

Bolniki so referenčne ambulante odlično sprejeli in so navdušeni nad dejavnim pristopom in nad časom, ki jim ga da na razpolago diplomirana medicinska sestra, ko jih seznanja predvsem z ukrepi, kako izboljšati svoje zdravstveno stanje. Z večjim dvomom so referenčne ambulante pričakali v društvu diabetičnih bolnikov, kjer so bili

po skupnem sestanku v jeseni 2012 ustrezno informirani in so uvideli, da skrb za sladkorne bolnike ni nič drugačna v referenčnih ambulantah kot v diabetoloških ambulantah na primarni ravni.

Razpravljanje

Model referenčnih ambulant

Pri omejenih finančnih sredstvih in dobrem poznavanju konceptov osnovnega zdravstva ter ob pomanjkanju zdravnikov je družinska medicina pripravila nadgrajeni model obravnave bolnikov, ki ni kopija drugih modelov in posledica rezultatov drugih študij, pač pa lastni koncept, prilagojen zdravstvenemu sistemu, kadru in finančnim zmožnostim. Na podlagi dobre organizacije dela v ambulanti, proaktivnosti ter timskega pristopa izboljša obravnavo bolnikov.^{17,25,26} Model je potreboval nekaj let, da je zaživel, saj politika dolgo ni razumela vsebine, ki jo referenčne ambulante ponujajo.

Nejasnost predstavljanja predlagateljev, kako bodo referenčne ambulante sprejeli zdravniki, nosilci referenčnih ambulant, se ni odpravila po prvih predstavitev direktorjem zdravstvenih zavodov in predstavnikom zasebnikov koncesionarjev. Skrb, da se za pilotni projekt ne bo odločilo potrebnih 40 kandidatov, je bila tako prisotna vse do prve predstavitve projekta zdravnikom, ki bodo nosilci referenčnih ambulant. Na uvodni predstavitvi projekta 12.1.2011 se je od prisotnih 122 kandidatov za referenčno ambulanto prijavilo 107. Precejšnja udeležba je pokazala, da bi znal projekt pritegniti, število interesentov na uvodni predstavitvi pa je doseglo skoraj trikratno razpoložljivost števil prostih mest za referenčno ambulanto.

Čeprav je bilo prvotno mišljeno, da bodo referenčne ambulante pričele delati v okviru pilotnega projekta 40 ambulant, je velik interes kandidatov zahteval prilagoditev projekta. Tako se je bilo potrebno ukvarjati ne z dejstvom, kako pritegniti zadostno število kandidatov, pač pa s stvarnostjo, kako vsem kandidatom omogočiti referenčno ambulanto. Z razdelitvijo kandidatov v skupine s kasnejšim začetkom dela je bila dana možnost vsem 107 kandidatom, da so v letu 2011

začeli z referenčno ambulanto. Zainteresiranih kandidatov je bilo iz meseca v mesec več, zato so določili dinamiko nadaljnjega uvajanja, ki predvideva vsako leto uvedbo 164 novih referenčnih ambulant. Tako bi lahko vsi zdravniki v družinski medicini pričeli z novim konceptom dela do leta 2018.

Število zainteresiranih kandidatov vsekar preseneča zaradi razloga, ker so zdravniki vsaj v začetku uvajanja referenčne ambulante bolj obremenjeni kot sicer, saj morajo precej časa posvetiti organizaciji dela novega tima, usklajevanju dejavnosti in predstavljanju DMS bolnikom. Prav tako so zahteve do zdravnikov večje: bolnike morajo voditi v skladu s protokoli, opravljati obsežnejšo preventivo in poleg vsega spremljati še kazalnike kakovosti. Obremenitev zdravnika se s tem ni zmanjšala, pač pa spremenila.

Merila, ki so določena za izbor kandidatov, so pokazala, da so postavljena stvarno in omogočajo večini kandidatov pridobitev referenčne ambulante. Med vsemi zainteresiranimi le dva nista dosegala zahtevane odličnosti ambulante, nekaj kandidatov, specialistov šolske medicine, pa ni imelo ustrezne specializacije, čeprav skrbijo za opredeljeno odraslo populacijo. Kandidati se večkrat pritožujejo, da že več mesecev ali celo leto čakajo v vrsti za referenčno ambulanto. Vzrok je v tem, da imajo prednost tisti kandidati, ki prihajajo iz regij z majhnim številom referenčnih ambulant in iz ruralnih področij, ter tisti, ki imajo v regiji več opredeljenih bolnikov (glavarina) ne glede na datum, kdaj so vlogo oddali.

Zahteva ministrstva po enakomerni regijski razpršenosti nosilcev referenčnih ambulant naj bi omogočala obravnavo bolnikov v skladu s protokoli po različnih koncih Slovenije, vendar se število referenčnih ambulant po regijah razlikuje. Verjetno je to posledica slabšega informiranja in slabšega poznavanja projekta pri vodstvenem kadru, in hkrati pri zdravnikih samih. Zagotovo pa na razporeditve referenčnih ambulant vpliva število zdravnikov v regiji in velikost regije, saj daleč prednjači Ljubljanska regija, ki je največja po velikosti in ima tudi največ zdravnikov. Ker je v osnovnem zdravstvu približno tretjina zasebnikov s koncesijo, je tudi razmerje med nosilci referenčnih am-

bulant $2/3 : 1/3$ v korist javnih zdravstvenih zavodov.

Diplomirana medicinska sestra (DMS) kot nov-dodatni član tima

V času, ko primanjkuje zdravnikov, še posebej na področju družinske medicine, in je dovolj diplomiranih medicinskih sester, je bilo njihovo uvajanje v tim zdravnika družinske medicine, ki jih edini na osnovni zdravstveni ravni še ni imel, takoj izvedljivo. DMS je kot nova članica tima takojšnja možna rešitev pri prerazporeditvi obremenitve zdravnika.²⁷ DMS je prispevala dodatne vsebine dela v ambulanto, kot so se tam izvajale do njenega prihoda.^{23,28} Z dodatnim izobraževanjem so postale suverene nosilke preventivne dejavnosti in ustrezno spremljajo parametre kroničnih bolezni pri urejenih bolnikih, ob tem pa postajajo svestovalke, edukatorice in povezovalke v timu, kar kažejo tudi študije drugje.^{16,29}

Diplomirane sestre se z zdravnikom o bolnikih pogovarjajo in posvetujejo ter na tak način osvetlijo težave bolnika z druge strani, saj jim bolniki povedo kaj, česar zdravniku ne. Bolniku namenijo zadosti časa, kar je bistvenega pomena, da lahko posameznik razume bolezensko dogajanje in spozna ukrepe, kako ga izboljšati.^{18,30}

Bolniki so do uvedbe referenčnih ambulant hodili na tri mesece po recepte za zdravila in ob pozitivnem odgovoru na vprašanje, če so v redu, zdravila tudi dobili. Ob precejšnjem številu takih bolnikov pa je njihova preusmeritev k diplomirani medicinski sestri razkrila, da bolniki niso vsi brez težav. Z obravnavo bolnikov po protokolih ugotovijo neurejene parametre: slabe rezultate spirometrije, neurejen krvni tlak ali ustrezno neugodne laboratorijske izvide. Taki bolniki so takoj napoteni nazaj do zdravnika, da jim uredi zdravljenje. Na tak način ukrepamo prej, preden bolniki sami opazijo poslabšanje, s tem pa dosežemo boljši zdravstveni izid kronične bolezni za posameznega bolnika.^{22,31,32}

Izobraževanje

Izobraževanje za diplomirane medicinske sestre je dalo udeleženkam dodatno

znanje o astmi, KOPB, sladkorni bolezni, hipertenziji ter preventivi, predvsem na področju praktičnega pristopa do bolnika, vrednotenja dobljenih podatkov in izvajanja nekaterih storitev (spirometrija, snemanje EKG, merjenje gleženjskega indeksa in 24 urnega krvnega tlaka, pregled stopal, bronhodilatacijski test, merjenje RR). Zaradi sprotne evaluacije kakovosti modulov je bilo potrebno v letu 2012 prilagoditi in izboljšati modul sladkorna bolezen ter vzpostaviti modul preventiva. Najbolj zadovoljne so udeleženske z moduloma astma in KOPB, katerih praktični del se izvaja na Golniku, saj jim nudi zadosti praktičnega znanja za učinkovit pristop k bolniku. Tudi evaluacija njihovega znanja kaže zelo dobre rezultate. Pulmologi se verjetno zavedajo dejstva, da dobro izobražen kader na primarni ravni bistveno prispeva k hitrejšemu odkrivanju in boljšemu zdravljenju bolnikov z astmo in KOPB.³²

Zaradi hitre širitve projekta in vstopanja vedno novih nosilcev v sistem je število izobraževanj naraslo bolj, kot je bilo načrtovano, zato modulov ne financira več v celoti ministrstvo za zdravje, pač pa nosilci sami oz njihovi delodajalci.

Protokoli in registri kroničnih bolnikov

Poti obravnave bolnikov je bilo nujno opredeliti tako, da so lahko izvedljive v kateri koli geografski regiji v Sloveniji. Predvsem je bilo potrebno poenotiti obseg laboratorijskih preiskav na primarni ravni in pogostost njihovega izvajanja ter nabor dodatnih diagnostičnih postopkov, ki so lahko v ruralnih regijah popolnoma drugače dostopni kot v urbanih.³²

Za astmo, KOPB in arterijsko hipertenzijo je bil konsenz za protokol hitro dosežen, nekoliko več razhajanj je bilo med primarno in sekundarno ravni glede obravnave sladkornih bolnikov. Del diabetologov je menil, da bo obravnava teh bolnikov pri izbranem zdravniku manj kakovostna, del pa, da ne bo razlike. Poenotenje stališč diabetologov je omogočilo, da se je obravnava sladkornih bolnikov preselila tudi v referenčne ambulante, saj študije dokazujejo lepe uspehe tim-

ske obravnave v družinski medicini tudi po svetu.³³

Hkrati z vodenjem bolnikov v skladu s protokoli vsi nosilci referenčnih ambulant vzpostavljajo registre kroničnih bolezni. Glede na dejstvo, da se bolniki vračajo po zdravljenju vsake 3 mesece in ima mnogo bolnikov več bolezni, pričakujemo urejene registre za izbrane kronične bolezni v enem letu po začetku dela referenčnih ambulant.

Registri omogočajo preglednost nad obolevnostjo opredeljenih bolnikov glede na posamezno kronično bolezen in omogočajo dejaven pristop k zdravljenju in načrtovanje obravnave zdravstvenovzgojnih in terapevtskih postopkov.³⁴⁻³⁷ Ti bolniki se na primarni ravni nadzorovano vodijo, datume kontrolnih pregledov jim določi zdravstveni tim, sami pa morajo dejavno sodelovati in spremljati svoje bolezensko dogajanje. Praviloma jih ne napotijo h kliničnemu specialistu, dokler njihovo zdravstveno stanje tega ne zahteva, zato se dolgoročno pričakuje zmanjšano napotovanje na sekundarno raven. O vzpostavljanju registrov vsak izvajalec mesečno poroča projektni pisarni in ZZZS, če pa izvajalec ne poroča kljub opominjanju, ostane brez plačila ZZZS.

Preventiva

Dispanzerski način dela na področju preventive in razvrščanje bolnikov glede na rezultate presejanja v 3 skupine (zdravi, z dejavniki tveganja, kronični bolniki) omogoča njihovo načrtno in sistematično spremljanje v skladu s strokovnimi priporočili in ne v skladu z zahtevami bolnikov. Preseneča dejstvo, da se med zdravo populacijo najde kar nekaj ljudi, pri katerih se odkrije kronična bolezen, pa se dotlej sploh niso zavedali, da so bolniki. Prednjačita sladkorna bolezen in arterijska hipertenzija. Taki bolniki takoj vstopijo v proces zdravljenja, s čimer se prepreči pojav zapletov kroničnih bolezni oziroma se pojavnost odmakne v čim kasnejše obdobje.

Pri več kot polovici primerov preventivnih presejanj so odkrili dejavnike tveganja, zato bi lahko sklepali, da smo Slovenci precej ogroženi. V teh primerih ni tako zelo pomembno dejstvo, da so odkrili dejavnik

tveganja, kot to, da je oseba poučena, da so ji predstavljeni načini, kako izboljša svoje zdravje. Po določenem času pa so spet povabljeni na kontrolno presejanje, da se ugotovi učinek ukrepov. Kronične bolezni se bodo pojavile v kasnejšem življenjskem obdobju ali pa se celo ne bodo. Bolniki se proaktivno vodijo in obravnavajo in v tem procesu postanejo partnerji.^{5,27}

Informacijska podpora in kazalniki kakovosti

Doseganje in spremljanje kazalnikov kakovosti bo pokazalo dejansko kakovost dela tima v referenčni ambulanti. Ministrstvo za zdravje se je v ta namen odločilo za aplikacijo za centralno poročanje, ki je trenutno v fazi razpisa. Vsak podatek se bo prenesel v spletno aplikacijo, kjer bosta dostop pooblaščenim in varnost podatkov zelo natančno in jasno določena.

Spremljanje projekta

Referenčne ambulante kažejo pomanjkljivosti novo nastajajočega modela v tem, da se pojavljajo nejasnosti, ki jih ni mogoče predvideti vnaprej. Največ vprašanj je organizacijske narave (kako vabiti udeležence, kje se prekrivata vlogi zdravstvenega tehnika in diplomirane medicinske sestre), vsebinske narave (postavljanje diagnoze kronične bolezni, beleženje storitev, naročanje laboratorijskih testov) in finančne narave (kaj je plačano). Vprašanja so naslovljena na projektno pisarno, odgovarjajo pa člani projektno skupine, ki so vsi zdravniki družinske medicine in v praksi tudi delajo. Dodatna naloga referenčnih ambulant je tudi v tem, da želijo vzpostaviti model financiranja, ki ni odvisen od pogostosti obiskov bolnika in s tem števila storitev, temveč od tega, kako zdrav je bolnik – to je od kakovosti njegove obravnave.

Referenčne ambulante imajo na spletni strani tudi forum, ki naj bi sproti razreševal dileme nosilcev v referenčnih ambulantah. Obiskujejo ga manj, kot smo pričakovali glede na število vprašanj, ki pridejo v projektno pisarno. Najbrž zato, ker ob aktiviranju foruma niso poimensko določili zdravnikov,

ki bi odgovarjali na vprašanja, kasneje pa ni bilo projektne pisarne, da bi skrbela za ažurnost odgovorov. Oboje se je zdaj vzpostavilo in število obiskovalcev se večja.

Referenčne ambulante so prestale tudi že prve nadzore ZZZS: ob ugotavljanju, ali se spremlja izvajanje protokolov in ustrezno vodenje preventivnih pregledov ter beleženje storitev, niso odkrili nepravilnosti. ZZZS je izrazil zadovoljstvo z njihovim delom.

Referenčne ambulante imajo na voljo skoraj še dvakrat toliko laboratorijskih sredstev kot ambulanta družinske medicine. Ker je ključno orodje za diagnosticiranje, ki je na voljo v ambulantah na osnovni ravni, laboratorij, se je izjemno olajšalo delo zdravnika, ko se lahko brez omejitev odloča za laboratorijske preiskave, ki jih bolnik v skladu s smernicami potrebuje.

Odziv ljudi je zelo dober: mnogokrat se zgodi, da bolniki, registrirani pri zdravniku, ki nima referenčne ambulante, sprašujejo, kako lahko pridejo v referenčno ambulanto. Bolniki cenijo, da lahko dobijo številne koristne informacije pri diplomirani medicinski sestri in se obrnejo na zdravnika takrat, ko se slabše počutijo ali ko kako drugače zbolijo. Ne ločujejo med tem, ali so bili obravnavani pri zdravniku ali pri diplomirani medicinski sestri, ki jih seveda obravnava v skladu s svojo pristojnostjo. Pomembno jim je, da so svojo težavo uspešno rešili in da se počutijo varne med obrnavo. Tako obrnavo bolnikov je lahko doseči, ker tim deluje enovito in si pomaga ter bolnik pravzaprav vidi, da se vse usmerja v to, da bo njegov zdravstveni izid čim boljši. Težje bi bilo, če naveza med srednjo sestro, diplomirano sestro in zdravnikom ne bi delovala.

Zaključek

Razvoj modela referenčnih ambulant pomeni nadgradnjo dela ambulant družinske medicine v vsebinskem in organizacijskem smislu ter prinaša drugačno obrnavo bolnikov. Timsko delo in dispanzerski pristop na področju družinske medicine nista nekaj novega, referenčne ambulante pa so le praktična aplikacija teh metod v medicini. Projekt je dokazal, da se lahko obravnava bolnikov poenoti med primarno in sekun-

darno ravnijo, dejavni pristop do populacije pa omogoča odkrivanje bolnikov v zgodnji fazi in prepreči ali prestavi na kasneje pojav kroničnih zapletov. Zdravnik družinske medicine ima v referenčni ambulanti možnost za poglobljeno delo, med katerim lahko več časa posveti bolnikom, ki ga potrebujejo (akutno oboleli, bolniki s poslabšano kronično boleznijo). Zato lahko pričakuje dolgoročnojšo prerazporeditev obremenitve kljub začetnim dodatnim obremenitvam.

Projekt referenčnih ambulant zaradi jasne vizije in podpore Ministrstva za zdravje ter konstruktivnega sodelovanja vseh inštitucij in strokovnih teles stoji na trdnih temeljih. Zaradi velikega zanimanja zdravnikov dobiti referenčno ambulanto in želje sodelovati v tem projektu, se za prihodnje leto, dve ali več postavljajo drugačni temelji dela v družinski medicini. Projekt je v razvoju in razvoj kaže njegovo lastno nadaljnjo usmeritev.

Literatura

1. The World Health Report 2008: Primary Health care Now more than ever. World Health Organization; 2008.
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly* 2005; 83: 457–502.
3. Starfield B. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 2002; 60: 201–18.
4. Rawaf S, DeMaeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *Lancet* 2008; 372: 1365–7.
5. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health expenditures. *Health Affairs* 2007; 6: 972–83.
6. Lacroix A, Assal JP. Therapeutic Education of Patients. New approaches to chronic illness. Paris: Editions Vigot; 2000.
7. Švab I, Petek-Šter M, Kersnik J, Živčec-Kalan G, Car J. Presečna študija o delu zdravnikov družinske medicine v Sloveniji. *Zdrav Vars* 2005; 44: 183–92.
8. Kersnik J. Osnove družinske medicine. Maribor: Medicinska fakulteta; 2007.
9. Donovan EF et al. Intensive home visiting is associated with decreased risk of infant death. *Pediatrics* 2007; 119: 1145–51.
10. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney I, Oates J, Weston W. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000; 49: 796–804.
11. Stange KC. The paradox of the parts and the whole in understanding and improving general practice. *International Journal for Quality in Health Care* 2002; 14: 267–8.
12. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract* 2004; 53: 974–80.
13. Zwarenstein M, Reeves S. Knowledge Translation and Interprofessional Collaboration: Where the Rubber of Evidence-Based Care Hits the Road of Teamwork *The Journal of Continuing Education in the Health Professions* 2006; 26: 46–54.
14. Bower P, Campbell S, Bojke C, Sibbald B. Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 273–279.
15. Grol R, Rooijackers-Lemmers N, van Kaathoven L, Wollersheim H, Mokkink H. Communication at the interface: do better referral letters produce better consultant replies? *British Journal of General Practice* 2003; 53: 217–219.
16. Cooper RA. New directions for nurse practitioners and physician assistants in the era of physician shortages. *Acad Med* 2007; 82: 827–8.
17. Sargen M, Hooker RS, Cooper RA. Gaps in the supply of physicians, advance practice nurses, and physician assistants. *J Am Coll Surg* 2011; 212: 991–9.
18. Phillips CB, Pearce C, Hall S, Kljakovic M, Sibbald B, Dwan K, Porritt J, Yates R. Enhancing care, improving quality: the six roles of the general practice nurse. *Med J Aust* 2009; 191: 92–7.
19. Savič B, Kydd A. Nursing knowledge as a response to societal needs: a framework for promoting nursing as a profession. *Slovenian Journal of Public Health* 2011; 50: 286–296.
20. Poplas Susič T, Vodopivec Jamšek V, Košnik M, Živčec Kalan G, Šuškovič S. Astma – protokol vodenja kroničnega bolnika in ukrepanje ob zapletih/poslabšanjih. *Isis* 2010; 19: 52–6. Dosegljivo na : <http://www.zdravniskazbornica.si/f/2311/isis-2-2010>.
21. Poplas Susič T, Vodopivec Jamšek V, Košnik M, Šuškovič S, Živčec Kalan G. Kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB). Protokol vodenja kroničnega bolnika na primarnem nivoju in ukrepanje ob zapletih/poslabšanjih. *Isis* 2010; 19: 59–62. Dosegljivo na: <http://www.zdravniskazbornica.si/f/2394/isis-3-2010>.
22. Crabtree BF, Miller WL, Tallia AF, Cohen DJ, DiCicco-Bloom B, McIlvain HE, Aita VA, Scott JG, Gregory PB, Stange KC, McDaniel RR. Delivery of Clinical Preventive Services in Family Medicine Offices. *Ann Fam Med* 2005; 3: 430–5.
23. Laurant M, Hermens R, Braspenning J, Sibbald B, Grol R. Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 328: 927–33.
24. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije-Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Aktivnosti zdravstvene nege za DMS in tehnike zdravstvene nege v ambulanti družinske medicine. Ljubljana; 2011.
25. Taggart J, Schwartz A, Harris MF, Perkins D, Powell Davies G, Proudfoot J, Fanaian M, Crookes P. Facilitating teamwork in general practice: mo-

- ving from theory to practice. *Australian Journal of Primary Health* 2009; 15: 24–28.
26. Pearce C, Hall S, Phillips C. When policy meets the personal: general practice nurses in Australia. *J Health Serv Res Policy* 2010; 15 Suppl 2: 26–34.
 27. Pearce C, Hall S, Phillips C, Dwan K, Yates R, Sibbald B. A spatial analysis of the expanding roles of nurses in general practice. *BMC Nurs* 2012; 11: 13.
 28. Wilson A, Pearson D in Hassey A. Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care—the GP perspective. *Family Practice* 2002; 19: 641–6.
 29. Charles-Jones H, Latimer J, May C. Transforming general practice: the redistribution of medical work in primary care. *Sociol Health Illn* 2003; 25: 71–92.
 30. Soklaridis S, Oandasan I, Kimpton S. Family health teams: can health professionals learn to work together? *Can Fam Physician* 2007; 53: 1198–9.
 31. Pearce C, Phillips C, Hall S, Sibbald B, Porritt J, Yates R. Contributions from the lifeworld: quality, caring and the general practice nurse. *Qual Prim Care* 2009; 17: 5–13.
 32. Farmer J, West C, Whyte B, Maclean M. Primary health-care teams as adaptive organizations: exploring and explaining work variation using case studies in rural and urban Scotland. *Health Serv Manage Res* 2005; 18: 151–64.
 33. Mousquès J, Bourgueila Y, Le Fura P, Yilmaz E. Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. *Health Policy* 2010; 98: 131–143.
 34. Kavčič M, Hrast M, Hlebec V. Older people and their strategies for coping with health risks. *Slovenian Journal of Public Health* 2012; 51: 163–172.
 35. Softič N, Smogavec M, Klemenc-Ketiš Z, Kersnik J. Prevalence of chronic diseases among adult Slovene population. *Slovenian Journal of Public Health* 2011; 50: 185–190.
 36. Bahun M, Savič B. Peer support in patients with type 2 diabetes. *Slovenian Journal of Public Health* 2011; 50: 191–200.
 37. Rumboldt M, Kuzmanić M, Petrič D, Rumboldt Z. Unsatisfactory cardiovascular risk control—opportunities for family medicine. *Slovenian Journal of Public Health* 2011; 50: 75–81.