

## Protokol za vodenje kroničnega bolnika v referenčni ambulanti družinske medicine

The protocol of chronic patient management in a family medicine practice

Vlasta Vodopivec Jamšek

Zdravstveni dom Nova Gorica, Rejčeva 4, 5000 Nova Gorica

### Korespondenca/ Correspondence:

prim. dr. Vlasta Vodopivec Jamšek, dr. med., spec. družinske medicine  
Zdravstveni dom Nova Gorica, Rejčeva 4, 5000 Nova Gorica

### Ključne besede:

družinska medicina, referenčna ambulanta, kakovost, protokol, vodenje kroničnega bolnika

### Key words:

family medicine, model practice, quality, protocol, chronic patient management

### Citirajte kot/Cite as:

Zdrav Vestn 2013; 82: page 711–7

Prispelo: 6. nov. 2012,  
Sprejeto: 3. mar. 2013

### Izvleček

Zdravstveno varstvo za bolnike s kroničnimi boleznimi je poseben izziv za zdravstvene sisteme širom po svetu. Osnovno zdravstveno varstvo lahko nudi kakovostno oskrbo za številne kronične bolezni, ob tem pa zagotavlja stalnost oskrbe ter uspešno obvladuje sočasne akutne in kronične zdravstvene probleme. V Sloveniji se osnovno zdravstveno varstvo zaradi pomanjkanja zdravnikov srečuje z izzivi, kako zadovoljiti vse večja pričakovanja na področjih akutne, kronične in preventivne obravnave opredeljenih bolnikov. Potrebujemo nove modele zdravstvene oskrbe, ki bodo izboljšali zdravstveno oskrbo bolnikov predvsem na področju preventivne in kroničnih bolezni. V letu 2011 so pričele z delom referenčne ambulante družinske medicine. V teh ambulantah je del preventivne zdravstvene oskrbe in del oskrbe kroničnih bolnikov prevzela diplomirana medicinska sestra, ki se je za polovični delovni čas priključila delovni skupini zdravnika družinske medicine. Zdravstvena oskrba se izvaja v skladu s protokoli obravnave kroničnih bolnikov, ki vsebujejo klinična in organizacijska priporočila. Protokoli dajejo velik poudarek usposabljanju bolnika, da postane dejaven partner pri vodenju svoje bolezni.

### Abstract

Health care of patients with chronic diseases is a major challenge faced by health care systems worldwide. Primary care can offer good quality care for a range of chronic diseases, at the same time providing continuity of care and management of comorbidity. In Slovenia, the primary care faces a dilemma of how to provide the recommended acute, chronic and preventive care, considering the shortage of primary care physicians. New models of primary care teams are thus necessary for redesigning health care delivery systems to improve the care for patients with chronic conditions. In 2011, new model practices were implemented in our county. In these practices, a part of preventive and chronic care services are delegated to the new members of family physicians' teams – specially trained nurses who deliver care according to newly introduced protocols for the management of chronic diseases. The protocols provide guidelines for primary health care teams in terms of clinical care and organisational aspects of practice. Much emphasis is also given to self-management support for patients, which is essential for extending health care outside the doctor's office into patient's daily life.

---

### Uvod

Zdravstveno varstvo za bolnike s kroničnimi boleznimi je poseben izziv za zdra-

vstvene sisteme, saj so kronične nenalezljive bolezni vodilni vzrok obolevnosti in umr-

ljivosti širom po svetu. Poročilo Svetovne zdravstvene organizacije navaja, da je bilo v letu 2008 kar dve tretjini od 57 milijonov smrti moč pripisati nenalezljivim boleznim, kot so srčno-žilne bolezni, rak, sladkorna bolezen in kronične pljučne bolezni.<sup>1</sup> Poleg preventivnih ukrepov za celotno populacijo, ki so usmerjeni v zmanjševanje dejavnikov tveganja, kot so kajenje, nezdrava prehrana, telesna nedejavnost in tvegana ali škodljiva raba alkohola, je tudi izboljševanje zdravstvene oskrbe kroničnih bolnikov učinkovit pristop za zmanjševanje škodljivih učinkov epidemije nenalezljivih bolezni.

Vsak dan se na vseh ravneh zdravstvenega varstva srečujemo s povečanim povpraševanjem prebivalstva po zdravstvenih storitvah. Staranje prebivalstva, razvoj medicinske stroke, povečane potrebe in pričakovanja bolnikov so dejavniki, ki odločilno vplivajo na ta porast. Mednarodna dognanja kažejo, da sistemi zdravstvenega varstva, zasnovani na učinkoviti osnovni zdravstveni obravnavi, zagotavljajo večjo strokovno in klinično učinkovitost kot sistemi, v katerih osnovno zdravstvo ni tako razvito.<sup>2-4</sup> Družinska medicina kot stroka vodi osnovno zdravstveno oskrbo, se osredinja na osebo in njeno družino, ponuja možnost reševanja specifičnih problemov, nudi celostni pristop in ob tem ohranja usmerjenost v skupnost.<sup>5</sup> Zdravnik družinske medicine tako lahko nudi kakovostno oskrbo za številne kronične bolezni, ker zagotavlja stalno oskrbo in sočasno obvladuje akutne in kronične probleme posameznih bolnikov. Večina kroničnih bolnikov ima več kot le eno kronično bolezen, zato je oskrba urejene kronične bolezni na osnovni ravni tudi stroškovno bolj učinkovita.<sup>6</sup> Naraščajoče potrebe po zdravstveni oskrbi od zdravstvene politike terjajo ustrezno prilagajanje in zagotavljanje kakovosti na vseh ravneh zdravstvenih sistemov.<sup>7</sup> Pri zagotavljanju in izboljševanju kakovosti zdravstvene oskrbe so nam v pomoč sistematično razviti kazalniki kakovosti. V Sloveniji sta bila v dveh mednarodnih raziskavah razvita niza kazalnikov kakovosti, ki omogočata ocenjevanje tega področja.<sup>8,9</sup>

## Referenčne ambulante družinske medicine

Iz raziskav razvitega sveta je znano, da oskrba kroničnih bolnikov kljub uveljavljenim kliničnim smernicam ne dosega želenih rezultatov.<sup>10</sup> Tako ima le 34 % ameriških bolnikov z arterijsko hipertenzijo uravnan krvni tlak in le 37 % bolnikov s sladkorno boleznijo vrednosti glikiranega hemoglobina v priporočenem območju.<sup>11,12</sup> Ovire pri nudenju zdravstvene oskrbe za kronične bolnike predstavljajo zmanjšana usmerjenost v vodenje kroničnih bolezni in pomanjkanje ustreznih organizacijskih in tehnoloških rešitev za kronično oskrbo.<sup>13</sup> Sedanji zdravstveni sistemi so večinoma organizirani tako, da kar se da hitro in učinkovito odgovorijo na zahteve akutnih bolezni in poškodb. Težišče je na hitri opredelitvi zdravstvenega problema, izključitvi najresnejših alternativnih diagnoz in začetku zdravljenja. Bolnikova vloga je pri tem bolj ali manj pasivna. Naraščajočih bremen, ki jih prinašajo kronične bolezni, sedanji zdravstveni sistemi ne bodo zmogli, če se ne bodo ustrezno prilagodili.<sup>14</sup> Podobno kot v svetu je tudi pri nas. Presečna raziskava med slovenskimi zdravniki družinske medicine je z izsledki, da je bilo 47 % obiskov bolnikov v ambulantah zaradi akutnih zdravstvenih problemov, 30,5 % obiskov pa zaradi kroničnih zdravstvenih problemov, potrdila usmerjenost v akutne obravnave.<sup>15,16</sup>

Obremenitve zdravnikov družinske medicine naraščajo glede na vsebino dela in glede na število obiskov bolnikov na dan. Zdravnikom primanjkuje časa za ustrezno oskrbo kroničnih bolnikov, preventivne dejavnosti in akutno oskrbo bolnikov. Ugotavljajo, da bolniki zapuščajo ambulanto, ne da bi prav dobro razumeli zdravnikova navodila, zato ne presenečajo podatki o slabem sodelovanju kroničnih bolnikov v procesu zdravljenja.<sup>17</sup> Zanimiva je raziskava, ki ugotavlja, da bi bil zdravnikov delovni čas v ambulanti dolg kar 10,6 ur dnevno, če bi pri svojem delu sledil le 10 smernicam za vodenje kroničnih bolnikov in bi ob tem čas posveta trajal 15 minut.<sup>18</sup> Ameriški znanstveniki so izračunali, da bi zdravnik družinske medicine, ki ima 2500 opredeljenih

bolnikov, dnevno potreboval 21,7 ur, da bi svojim bolnikom zagotovil priporočeno oskrbo za akutne, kronične in preventivne potrebe.<sup>19</sup> Potreben čas za optimalno oskrbo takega števila bolnikov je torej trikrat daljši od razpoložljivega, zato ni čudno, da so zdravniki bolj usmerjeni v reševanje akutnih problemov, ker jim pač za druge aktivnosti ne ostane veliko časa. V Sloveniji znaša stopnja preskrbljenosti prebivalstva, starega 20 let in več, z zdravniki splošne/družinske medicine: 1 zdravnik na 1766 prebivalcev.<sup>20</sup> Ob tem pa je pri nas pomembno še dejstvo, da imamo zdravniki na osnovni ravni vlogo vratarja za sekundarno in terciarno raven zdravstvenega varstva, kar še povečuje delovne obremenitve. Ob povečevanju obsega dela se povprečni čas posveta v ambulanti krajša.<sup>21,22</sup> V Sloveniji pa je ta čas med najkrajšimi v Evropi in znaša le 6,9 minut.<sup>23</sup>

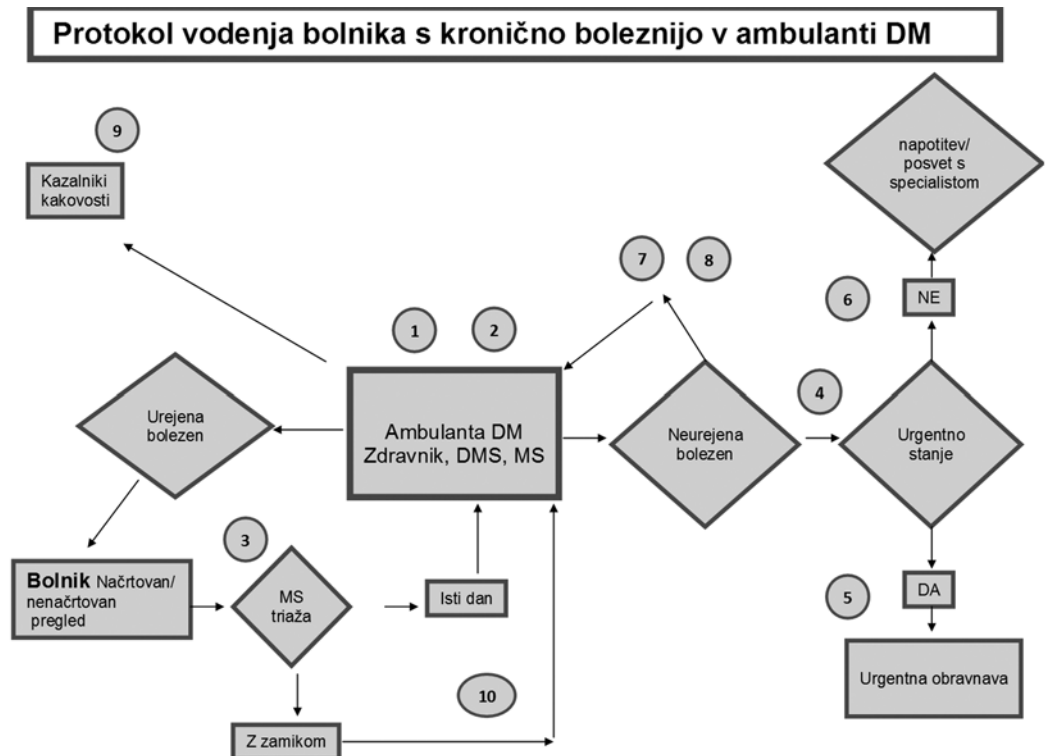
V razvitem svetu strokovnjaki razvijajo nove modele za delovno skupino na osnovni ravni zdravstvene oskrbe, ki bi zadostila vse večjim zahtevam pri oskrbi kroničnih bolnikov. Ker zdravnikov na osnovni ravni skoraj povsod po svetu primanjkuje, se pojavljajo poskusi okrepitve delovne skupine z novimi člani, ki bi prevzeli del oskrbe kroničnih bolnikov.<sup>24-26</sup> V Sloveniji smo se tega izziva lotili s postopno uvedbo referenčnih ambulant družinske medicine, ki prinašajo novo vsebino in novo organizacijo dela s ciljem ohraniti ali celo izboljšati kakovost obravnave bolnikov na osnovni ravni. Nov koncept dela pa prinaša tudi spremembo kadrovskih normativov. Delovna skupina zdravnika družinske medicine v sestavi zdravnik in srednja medicinska sestra se je namreč prvič v zgodovini osnovnega zdravstva okrepila z diplomirano medicinsko sestro (DMS), ki je prisotna polovični delovni čas.<sup>27</sup> DMS je prevzela delovne naloge, ki jih v skladu s svojo pristojnostjo lahko opravlja. Na ta način so dane možnosti za izboljšano učinkovitost ambulant družinske medicine predvsem na področju izvajanja preventive in vodenja bolnikov z urejeno kronično boleznijo. Z oblikovanjem registrov bolnikov in uporabo dispanzerske metode dela se tako v referenčnih ambulantah omogoča dejaven pristop pri izvajanju preventivnega dela in sistematično vodenje kroničnih bolnikov.

## Protokol vodenja kroničnega bolnika

Bolnik s kronično boleznijo je v različnih obdobjih svoje bolezni uporabnik različnih ravni zdravstvenega varstva, zato je za učinkovit zdravstveni sistem pomembno usklajeno delovanje med ravnmi kot tudi znotraj posameznih ravni zdravstvenega varstva. Dobro sodelovanje in sporazumevanje med ravnmi je v Sloveniji že pokazalo rezultate z oblikovanjem usklajenih usmeritev za oblikovanje vsebine napotnice, odpustnega pisma in navodil za pripravo bolnika na operacijo.<sup>28-30</sup>

Pred uvedbo referenčnih ambulant smo v okviru Zdravniške zbornice Slovenije v letu 2009 v Odboru za osnovno zdravstvo in Odboru za bolnišnično in specialistično dejavnost zasnovali projekt »Protokoli obravnave kroničnih bolnikov«. Namen projekta je bil pripraviti enotne protokole za obravnavo bolnikov za naslednje kronične bolezni: astma, kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB), arterijska hipertenzija, depresija, benigna hiperplazija prostate, kronična ledvična bolezen, kostno-mišične bolezni, sladkorna bolezen, ishemična bolezen srca, srčno popuščanje. Služijo kot strokovna priporočila, ob tem pa so tudi osnova za strokovno (kazalniki kakovosti) in finančno ovrednotenje vodenja posamezne kronične bolezni. Priporočila smo oblikovali in uskladjali predstavniki sekundarne in terciarne ravni ter predstavniki zdravnikov družinske medicine.<sup>31,32</sup> Doslej so bili izdelani, usklajeni in potrjeni protokoli za astmo, KOPB, arterijsko hipertenzijo, sladkorno bolezen, benigno hiperplazijo prostate, depresijo, kronično ledvično bolezen in koronarno bolezen. Prvi štirje protokoli se že uporabljajo v referenčnih ambulantah in so objavljeni na spletni strani [www.referencna-ambulanta.si](http://www.referencna-ambulanta.si). Protokoli se bodo v prihodnosti dopolnjevali še z drugimi kliničnimi področji.

**Slika 1:** Shematski prikaz obravnave bolnika s kronično boleznijo. Številke označujejo korake v obravnavi.



Osnovni koncept obravnave bolnikov je pripravljen v desetih korakih, ki so skupni vsem protokolom:

1. Aktivnosti delovne skupine ob vsakem rednem pregledu kroničnega bolnika
2. Merila urejenosti kronične bolezni
3. Pogostost rednih pregledov, načini sporazumevanja
4. Merila za nujna stanja pri posamezni kronični bolezni
5. Ukrepi na osnovni ravni ob nujni napotivi
6. Indikacije za napotitev na obravnavo na sekundarno/terciarno raven
7. Urejanje poslabšanja kronične bolezni na osnovni ravni
8. Sporazumevanje med bolnikom, delovno skupino zdravnika družinske medicine in specialistom sekundarne ravni
9. Kazalniki kakovosti obravnave kroničnega bolnika
10. Merila (zdravniška navodila) za ukrepanje medicinske sestre (DMS)

Pomembna novost in hkrati osnova za izvajanje protokola vodenja bolnika s kronično boleznijo so registri bolnikov s posamezno kronično boleznijo, ki omogočajo pregled nad obolevnostjo opredeljenih bol-

nikov in načrtovano ukrepanje. Z ustrezno informacijsko podporo je v referenčnih ambulantah omogočeno sodobno vodenje registrov in aktivno vabljenje kroničnih bolnikov na pregled, spremljanje in zdravstveno vzgojno svetovanje. Doslej je bolnik s kronično boleznijo prihajal v ambulanto bolj ali manj po lastni presoji ali na kontrolo, ki mu jo je ob zadnjem obisku priporočil zdravnik. Dogajalo se je, da so bolniku neustrezno vodili kronično bolezen, čeprav je morda velikokrat obiskal ambulanto zaradi drugih razlogov. Pogosto ni bilo časovnih možnosti za preverjanje pravilne uporabe zdravil ali morebitnih ovir pri jemanju zdravil, kaj šele za poglobljeno zdravstveno vzgojo. Bolnik namreč poleg zdravljenja z zdravili potrebuje tudi vseživljenjsko oporo zdravstvenega osebja, da ga opremi z ustreznimi veščinami in znanjem ter vzpodbuja njegovo motivacijo, da postane in ostane urejen kronični bolnik. Referenčne ambulante družinske medicine so takoj ob začetku delovanja začele sestavljati sezname kroničnih bolnikov in spremljati kazalnike kakovosti. Za vsako posamezno kronično bolezen so zdravniki vzpostavili register, ki ga je DMS ob ustrezni informacijski podpori dopolnjevala z dogovorjenimi podatki. Bolniki so zajeti v

register ob postavitvi diagnoze ali ko pridejo na pregled ali po recepte v zvezi s kronično boleznijo.

Za vsak protokol smo se v stroki dogovorili o področju zdravnikovega dela in področju dela DMS. Ker je bilo delo DMS v referenčnih ambulantah novost v slovenskem prostoru, so se za vse DMS organizirala enotna izobraževanja s področja spremljanja urejene kronične bolezni in preventivnega presejanja. Posebno pozornost smo posvetili merilom za urejeno kronično bolezen. Kjer so na razpolago orodja za ocenjevanje urejenosti bolezni, kot na primer dnevnik meritev krvnega tlaka, vprašalnik o urejenosti astme ali KOPB, nam pri oceni urejenosti pomaga DMS. Ko bolnik akutno zboli ali se njegova kronična bolezen poslabša, še vedno najprej obiše zdravnika. V obdobju urejanja bolezni obiskuje zdravnika in DMS, ko pa se bolezen uredi, bolnik prihaja k DMS, za predpis zdravil pa še vedno skrbi zdravnik. Protokoli opredeljujejo tudi merila za nujna stanja pri posameznih kroničnih boleznih in ukrepanje pri njih, predstavijo priporočene indikacije za napotitev na ostale ravni zdravstvenega varstva in usmerjajo ukrepe za urejanje poslabšanja kronične bolezni na osnovni ravni. Dogovorjene so poti sporazumevanja v delovni skupini in med različnimi ravnmi zdravstvenega varstva. Pomembna novost je opredeljen čas za posvet delovne skupine o posameznem bolniku, kar zagotavlja usklajeno ukrepanje. Z opredeljeno vsebino in organizacijo tak način dela omogoča spremljanje kakovosti dela s pomočjo dogovorjenih kazalcev kakovosti. Po podatkih Projektne pisarne Ministrstva za zdravje RS, kamor so mesečno poročale vse referenčne ambulante v Sloveniji, so bili v letu 2011 vzpostavljeni registri bolnikov z astmo in KOPB v vseh 105 referenčnih ambulantah, ki so v tem letu pričele z delom. V njih je bilo konec leta 2011 v Sloveniji registriranih že 4449 bolnikov z astmo in 2430 bolnikov s KOPB.<sup>33</sup>

Zdravstveni sistem, v katerem imajo bolniki dobro vodeno kronično bolezen, se opira na bolnika, ki lahko z ustreznim znanjem, veščinami in samozavestjo kot dejavni udeleženec upravlja svojo bolezen.<sup>24</sup> Pri obravnavi akutnih zdravstvenih problemov

je zdravnikova dejavna vloga bolj zaželeno (npr.: napotitev h kirurgu ob sumu na vključeno dimeljsko kilo, predpis antibiotika ob streptokokni angini). Pri obravnavi kroničnih bolezni pa igrajo bolniki glavno vlogo. Za urejanje kronične bolezni potrebujejo določeno znanje in veščine, ki jih lahko pridobijo pri sodelavcih v delovni skupini zdravnika družinske medicine. Meta analiza 53 randomiziranih raziskav je dokazala, da je podpora za samovodenje bolezni izboljšala urejenost krvnega tlaka in krvnega sladkorja pri odraslih bolnikih.<sup>34</sup>

Protokol vodenja bolnika s kronično boleznijo ima velik poudarek na usposobitvi bolnika, da postane partner pri vodenju bolezni. Delovna skupina se pri svojem delu osredotoča na posameznega bolnika, poizve o njegovih prioritetah in o spremembah, ki jih je voljan izpeljati. Pri sporazumevanju preidemo iz reševanja zdravstvenih problemov, ko bolniku veliko govorimo, kaj naj naredi, na obravnavo, ko bolnika usposobimo, da pozna svojo bolezen, zdravila in aktivno sodeluje v procesu zdravljenja. DMS lahko bolnika nauči za posamezno kronično bolezen potrebnih veščin: uporabo vdihovalnikov in PEF metrov pri bolnikih z astmo, rokovanje z glukometri pri sladkornih bolnikih, merjenje krvnega pritiska pri hipertoničnih. Zdravstveno-vzgojno delo je usmerjeno individualno glede na bolnikove zmožnosti, prioritete in motivacijo. Okrepljena delovna skupina v referenčni ambulanti bolniku nudi več opore za obvladovanje čustvenih odzivov na kronično bolezen in spodbuja bolnikovo aktivno vlogo v procesu zdravljenja, da postane urejen kronični bolnik.

## Zaključek

Naraščanje števila kroničnih bolnikov, zahtevno in drago zdravljenje ter rehabilitacija zahtevajo nove pristope na vseh ravneh zdravstvenega varstva. V Sloveniji smo z uvedbo referenčnih ambulant družinske medicine, ki prinašajo nove vsebine na področju preventive in področju vodenja kroničnih bolnikov naredili prvi korak za zmanjšanje bremena, ki ga te bolezni za družbo predstavljajo in hkrati korak k izboljšanju kakovosti življenja bolnikov s

kroničnimi boleznimi. Protokoli vodenja kroničnih bolnikov so dobro orodje za doseganje zahtevnih ciljev na novi poti.

## Literatura

1. WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
2. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
3. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network; 2004.
4. Macinko J, Starfield B, Shi L. Is Primary Care Effective? Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv* 2007; 37: 111–26.
5. Kersnik J, Švab I. Evropska definicija družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD; 2004.
6. Starfield B, Lemke KW, Herbert R, et al. Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly. *Ann Fam Med* 2005; 3: 215–22.
7. Van Weel C, Lagro-Janssen T, Van de Lisdonk EH, Bakx C, Van den Hoogen H, Bor H, et al. Future trends in morbidity in general practice: the limitations of biomedical factors. *Zdrav Var* 2003; 42: 51–7.
8. Vodopivec-Jamšek V. Razvoj kazalcev in primerjalna analiza kakovosti v splošnih ambulantah v Sloveniji [PhD thesis]. Ljubljana: Medicinska fakulteta; 2011.
9. Petek D, Campbell S, Serec M, Kersnik J. Kazalniki kakovosti preventivne srčno-žilnih bolezni v ambulantni družinske medicine. *Zdrav Vestn* 2012; 81: 687–98.
10. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 2003; 348: 2635–45.
11. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003; 289: 2560–72.
12. Saydah SH, Fradkin J, Cowie CC. Poor control of risk factors for vascular disease among adults with previously diagnosed diabetes. *JAMA* 2004; 291: 335–42.
13. Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
14. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)* 2001; 20: 64–78.
15. Švab I, Petek Šter M, Kersnik J, Živčec Kalan G, Car J. Presečna študija o delu zdravnikov splošne medicine v Sloveniji. *Zdrav Var* 2005; 44: 183–92.
16. Živčec Kalan G, Petek Šter M, Kersnik J. Determinants of family physicians' workload. *Zdrav Vestn* 2012; 81: 461–9.
17. Bodenheimer T. A 63-year-old man with multiple cardiovascular risk factors and poor adherence to treatment plans. *JAMA* 2007; 298: 2048–55.
18. Østbye T, Yarnall KS, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med* 2005; 3: 209–14.
19. Yarnall KSH, Østbye T, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Family physicians as team leaders: "time" to share the care. *Prev Chronic Dis* 2009; 6: A59–A64.
20. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Zdravstveni statistični letopis 2010. Dejavnost splošne medicine. [cited Feb 24 2013] Dosegljivo 24. 2.2013 s spletne strani: [http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=0&pi=7&\\_7\\_Filename=attName.png&\\_7\\_MediaId=5471&\\_7\\_AutoResize=false&pl=0-7.3](http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=0&pi=7&_7_Filename=attName.png&_7_MediaId=5471&_7_AutoResize=false&pl=0-7.3).
21. Sheldon T. Dutch GPs treat more patients and in less time than 20 years ago. *BMJ* 2004; 328: 976.
22. Deveugele M, Derese A, Van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ* 2002; 325: 472–81.
23. Petek Šter M, Švab I, Živčec Kalan G. Factors related to consultation time: experience in Slovenia. *Scand J Prim Health Care*. 2008; 26: 29–34.
24. Bennett HD, Coleman EA, Parry C, Bodenheimer T, Chen EH. Health coaching for patients with chronic illness. *Fam Pract Manag* 2010; 17: 24–9.
25. Margolius D, Wong J, Goldman ML, Rouse-Iniguez J, Bodenheimer T. Delegating responsibility from clinicians to nonprofessional personnel: the example of hypertension control. *J Am Board Fam Med* 2012; 25: 209–15.
26. Laurant MG, Hermens RP, Braspenning J, Sibbald B, Grol RP. Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 328: 927–32.
27. Poplas Susič A, Marušič D. Referenčne ambulate. *Bilt – Ekon Organ Inform Zdrav* 2011; 27: 9–17.
28. Vodopivec-Jamšek V, Poplas Susič T, Košnik M, Šuškič S. Napotnica za nenujne napotitve – priporočila za oblikovanje vsebine. *Isis* 2009; 18: 25–7.
29. Vodopivec-Jamšek V, Šuškič S, Poplas Susič T, Košnik M. Sodelovanje med nivoji: odpustno pismo. *Isis* 2009; 18: 16–8.
30. Verko M, Kodrič N, Novak Jankovič V, Kalan Živčec G, Poplas Susič T. Navodila za pripravo bolnika v osnovnem zdravstvu za operativni poseg v splošni, področni ali lokalni anesteziji. *Isis* 2008; 17: 23–4.
31. Poplas-Susič T, Vodopivec-Jamšek V, Košnik M, Živčec-Kalan G, Šuškič S. Astma–protokol vodenja kroničnega bolnika in ukrepanje ob zapletih/poslabšanjih. *Isis* 2010; 19: 52–6.
32. Poplas-Susič T, Vodopivec-Jamšek V, Košnik M, Šuškič 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.
33. Poplas Susič T. Referenčne ambulante. Dosegljivo 28.2. 2013 s spletne strani: <http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/699842a62363d80601b82c1b3077b9ae.pdf>.
  34. Chodosh J, Morton SC, Mojica W, et al. Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Ann Intern Med* 2005; 143: 427–38.