

## Sodelovanje med zdravniki družinske medicine in specialisti psihiatri pri zdravljenju bolnikov z depresijo

Cooperation between family practitioners and psychiatrist in treating patients with depression

Danica Rotar Pavlič, Igor Švab, Polona Selič, Janez Rifel, Maša Serec

*Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Poljanski nasip 58, Ljubljana, Slovenija*

### Korespondenca/ Correspondence:

Danica Rotar Pavlič,  
Department of Family  
Medicine, Faculty of  
Medicine, University of  
Ljubljana,  
Poljanski nasip 58,  
Ljubljana, Slovenia  
email: danica.rotar@  
guest.arnes.si

### Ključne besede:

družinski zdravnik,  
psihiater, bolnik,  
depresije, sodelovanje

### Key words:

family practitioner,  
psychiatrist, patient,  
depression, cooperation

### Citirajte kot/Cite as:

Zdrav Vestn 2011;  
80: 734–9

Prispelo: 22. nov. 2010,  
Sprejeto: 18. mar. 2011

### Izvleček

**Izhodišča:** Po napovedih bodo duševne bolezni leta 2015 predstavljale največje breme obolevnosti v svetu. V skupnosti najpogosteje vodijo zdravljenje ljudi z depresijo družinski zdravniki. V obravnavo bolnika z depresijo se vključujejo tudi specialisti psihiatri, pri čemer pa je sodelovanje med izbranim zdravnikom in psihiatrom zelo različno. V raziskavi smo želeli opredeliti, kakšno je sodelovanje med zdravniki družinske medicine in specialisti psihiatri pri obravnavi bolnikov z depresijo.

**Metode:** V letu 2009 smo izpeljali 6 ciljnih skupin, v katere so bili vključeni zdravniki splošne medicine. Podatke smo analizirali po načelih teorije kvalitativnega raziskovanja.

**Rezultati:** V raziskavi se je izoblikovalo 17 tem in njim pripadajočih kategorij. Ena izmed njih se nanaša na sodelovanje med izbranimi zdravniki in specialisti psihiatri. Zdravniki družinske medicine menijo, da so psihiatri pristojni za delo z bolj zahtevnimi bolniki ter posredniki pri vrednotenju bolniške odsotnosti z dela in oceni delazmožnosti. Dragocena je podpora, ki jo psihiater nudi družinskemu zdravniku v procesu izobraževanja in z zgledom supervizije. Na napotitev s primarne na sekundarno raven vplivajo številni dejavniki, med drugim tudi značilnosti bolnika in zdravnika.

**Zaključki:** Za doseganje ciljev pri zdravljenju depresivnih bolnikov ne zadoščajo le znanje, organizacija primarne zdravstvene službe in način

sporazumevanja med bolnikom in zdravnikom, ampak tudi sodelovanje med izbranim zdravnikom in specialistom psihiatrom. Sodelovanje bi moralo potekati na podlagi strokovnih meril in ne kot posledica stališč ter pritiska bolnikov. Svetujemo, da predstavniki obeh specialnosti vzpostavijo medsebojno sodelovanje in razrešijo vprašanja o izmenjavi informacij ter o (ne)ustreznih napotitvah, da bi pridobili mnenje glede bolniške odsotnosti in invalidske upokojitve.

### Abstract

**Background:** By 2015, mental illness will become the greatest healthcare burden in the world. Within the community, people with depression are most often treated by family doctors. Treatment for depression also includes psychiatric specialists, with varying cooperation between the primary care provider and the psychiatrist. This study's goal was to define cooperation between family doctors and psychiatric specialists when treating patients with depression.

**Methods:** In 2009 six focus groups were held that included general practitioners. The data were analyzed using qualitative methods.

**Results:** Seventeen topics and related categories were developed for the study. One of these related to the cooperation between primary care providers and psychiatric specialists. Family doctors see psychiatrists as responsible for working with more challenging patients and as intermediaries in evaluating sick leave and assessing ability to work. Psychiatrists offer family doctors valuable

support in the education process and in terms of supervision. Numerous factors influence referral from primary to secondary level, including patients' and doctors' personal characteristics.

**Conclusions:** Achieving the goals of treating patients with depression requires not only expertise, organization at the primary care level, and a method of communication between patients and doctors, but also cooperation between primary

care providers and psychiatric specialists. This ought to take place in compliance with professional criteria and not as a result of the patient's condition and pressure from the patient. Representatives of both specializations should establish ways to work together and clarify the issue of information exchange and (in)appropriate referrals for obtaining opinions regarding sick leave and disability-based retirement.

## Uvod

Po podatkih raziskovalcev bodo duševne bolezni že leta 2015 predstavljale največje breme obolevnosti v svetu.<sup>1</sup> Duševne motnje, med katere uvrščamo tudi depresijo, pomembno vplivajo na kakovost življenja posameznika in njegovo vključenost v delovno okolje ter predstavljajo velik delež kroničnih bolezni.<sup>2</sup> Leta 2015 bo na svetu dobrih 7 milijard ljudi zaradi depresije izgubilo poldrugo milijardo let. Z depresijo povezane težave vplivajo tudi na širšo družbo in njeno blaginjo; depresija vpliva na povečano pojavnost nesreč pri delu, višji odstotek bolniške odsotnosti z dela, zmanjšano delovno zmogljivost in zgodnje upokojevanje.<sup>3</sup> V vzorcu 245.404 odraslih iz 60 držav je bila enoletna prevalenca depresivne epizode 3,2 %, medtem ko je za artritis znašala 4,1 %, za astmo 3,3 % in za diabetes 2 %.<sup>4</sup>

V skupnosti najpogosteje vodijo zdravljenje ljudi z depresijo zdravniki družinske medicine,<sup>5</sup> zato je poznavanje dejavnikov, ki vplivajo na njihovo delo, zelo pomembno. V Sloveniji so zdravniki splošne medicine poročali o 15,2-odstotni incidenci depresivnih epizod med odraslimi bolniki, starimi od 18 do 64 let.<sup>6</sup> V obravnavo bolnika z depresijo se poleg zdravnika družinske medicine neredko vključuje tudi specialist psihiater, pri čemer je sodelovanje med obema specialistoma različno. Čeprav je veliko nasvetov glede napotitve s strani izbranih zdravnikov k različnim specialistom, pa je le malo napisanega o napotitvah k specialistom psihiatrom.<sup>7</sup> Zdravniki se glede napotitev k psihiatru razlikujejo po spolu: več bolnikov napotijo zdravnice. Na število napotitev vplivajo tudi leta, ki jih izbrani zdravnik preživi v praksi: zdravniki z daljšo delovno dobo beležijo manj napotitev. Razlike med

primarno in sekundarno ravni so prisotne tudi glede izrazitosti in resnosti depresivne epizode: na primarni ravni je obravnavanih le malo bolnikov s hudo psihiatrično boleznijo, npr. s hudo depresijo. Raziskovalci razloge za to pripisujejo časovnim obremenitvam zdravnikov na primarni ravni, pogostim obiskom takšnega bolnika pri njih in zahtevnosti zdravljenja. Vzrok je lahko tudi slabo sodelovanje med družinskim zdravnikom in specialistom psihiatrom ter zgodovinsko pogojena delitev dela med primarno in sekundarno ravni.<sup>8</sup> Eden od najpogostejših problemov med zdravniki obeh specialnosti je odsotnost oz. neustreznost medsebojne komunikacije: izbrani družinski zdravniki poročajo, da ne dobijo povratnih informacij o tem, kako je bolnik napredoval po napotitvi v psihiatrično ustanovo. Težave nastopijo tudi zaradi dolgih čakalnih dob po napotitvi bolnikov.<sup>9</sup>

V nasprotju z večino drugih specialnosti lahko bolniki v Sloveniji neposredno – torej tudi na svojo pobudo in brez napotnice – dostopijo do ambulantnega psihiatra. Bolnika lahko na bolnišnično obravnavo napoti družinski zdravnik ali psihiater, lahko pa ga pripeljejo svojci oz. pride sam.<sup>10</sup> Objav o načinu sodelovanja med izbranimi zdravniki na primarni ravni in specialisti psihiatri v slovenski literaturi ni zaslediti; skope so tudi tovrstne objave v tuji literaturi.

## Metode

Zaradi nepoznavanja vseh dejavnikov, s katerimi se srečujejo izbrani zdravniki pri vodenju bolnika z depresijo, smo se v raziskavi odločili za kvalitativno metodo analize<sup>11</sup> in uporabili polstrukturirani vprašalnik s scenarijem za izvedbo fokusnih skupin.

Tabela 1: Prikaz vsebinskega sklopa »Napotitve«.

Tema	Kategorija	Citat	
Napotitve	bolnik	zahteva	Bolniki hočejo napotnice za specialiste.
		odklonilnost	Tudi bolniki ne marajo hoditi k psihiatru. Raje rečejo, naj jim mi pomagamo, če je možno.
		samoocena	Ljudje že sami vedo. Jaz imam dve gospe, ki sta prišli nazaj v ambulantno, češ da se spet nekaj dogaja, da ta terapija ni dovolj uspešna in da bi šli radi naprej k psihiatru.
		soodločanje	Jaz nobenemu ne rečem, da ne sme k psihiatru, ampak povem, da se imajo možnost zdraviti pri meni ali pri psihiatru. Večinoma rečejo, da se bodo zdravili kar tukaj. Seveda zapletene primere – tisto zgornjo tretjino ali pa desetino – tako ali tako ne more voditi drug kot psihiater.
	zdravnik	naglica	Mene moti to, da prehitro pošljemo pacienta k psihiatru.
			Jaz sem imela v mislih tiste paciente, ki prvič pridejo v ambulantno s problemom objektivne narave. Pacient je zaradi tega nesrečen in manj učinkovit. Takih ne moremo kar takoj napotiti k psihiatru.
		nujnost	Lahko so v ozadju kakšne psihoze, na vsak način pa moramo bolnika k psihiatru poslati takrat, ko nastopi samomorilnost.
		odstotek napotitev	Manj kot tretjino, manj jih napotim.

Izvedli smo šest fokusnih skupin: dve v maju 2009, vključevali pa sta 7 zdravnikov splošne medicine iz različnih predelov Slovenije, ki vsakodnevno delajo v praksi; tretjo fokusno skupino, v katero so bili vključeni asistenti Katedre za družinsko medicino, pa avgusta 2009; v četrti, peti in šesti skupini so sodelovali specializanti družinske medicine.

V fokusne skupine so bili zajeti zdravniki in zdravnice različnih starosti, ki imajo svoje ambulante v mestnem in vaškem okolju. Prav tako je bila zagotovljena ustrezna vključenost zdravnikov, ki so učitelji v programih dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja, ter tistih, ki ne sodelujejo v izobraževalnem procesu. Vključeni so bili zdravniki zasebniki in zdravniki, ki delujejo v javni zdravstveni službi (zdravstveni domovi).

Fokusne skupine so vodili trije usposobljeni raziskovalci JR, MS in DRP. Vsak je imel pred seboj napisan scenarij zaporednih vprašanj in opomb. Pogovori so bili posneti na avdiokasete. MS in DRP sta preverili kakovost zvočnega zapisa in prepisa. Prepise fokusnih skupin so analizirali MS, IŠ in DRP. Zbrani podatki so bili analizirani po načelih teorije kvalitativnega raziskovanja.

## Rezultati

V raziskavi je sodelovalo skupaj 52 zdravnikov družinske medicine. V analizi besedil se je izoblikovalo 17 tem in njim pripadajočih kategorij. Ena izmed tem, ki je podrobneje predstavljena v nadaljevanju, se je nanašala tudi na sodelovanje s specialisti psihiatri. Zdravniki so navajali razloge, ki vplivajo na pojav depresije, ter opisovali razlike, ki se glede na spol in starost pojavljajo pri bolnikih z depresijo. Nepoznavanje vzrokov in specifičnih dejavnikov je pomembna ovira pri delu družinskega zdravnika. Sodelujoči v raziskavi so poudarjali ovire in olajševalne okoliščine, s katerimi se srečujejo pri diagnosticiranju depresije. Svoje delo so primerjali z delom specialistov psihiatrov.

Ena izmed tem, ki se je izoblikovala na podlagi analize besedil ter sodi na področje sodelovanja med družinskim zdravnikom na primarni ravni in psihiatrom na sekundarni ravni, se je nanašala na napotitve. Dejavniki, ki botrujejo napotitvam na zdravljenje k specialistom psihiatrom, je več. Na odločitev izbranega zdravnika, ali bo bolnika napotil na sekundarno raven, vplivajo nedvoumne zahteve s strani bolnika, bolnikova ocena ne/uspešnosti zdravljenja in

**Tabela 2:** Vloga specialista psihiatra, kot jo vidijo izbrani družinski zdravniki.

Tema	Kategorija	Citat
Vloga specialista psihiatra pri skupnem vodenju bolnika z depresijo	pristojnost	Ali naj jaz rečem nekemu, da bo razvil depresijo? Take stvari naj povedo psihiatri, ki imajo dosti časa za pogovor in tudi za preventivo ter psihoterapijo.
	poučevanje	Take informacije dobimo na raznih izobraževanjih ali pa od kolegov psihiatrov, farmacevtskih firm. Drugače pa na to temo nimamo sestankov. So bolj osebne izmenjave izkušenj med zdravniki.
	prednosti	Kje je tista meja, do katere lahko greš – ko strokovni odnos med zdravnikom in bolnikom preseže neko dimenzijo? Na primer, da si kot zdravnik bolniku bolj dosegljiv kot ostalim, da mu lahko nameniš več časa, da ima tudi pacient občutek, da si mu v oporo. V kateri fazi greš tako daleč, ko je težko še vedno biti zdravnik? Kako uspeti, da ne preneseš bolnikove stiske na sebe? Če bi delala na takšen način, bi lahko šla po obravnavi dveh takih pacientov kar domov. Mi pa nimamo možnosti tega, kar imajo psihiatri – kako oni temu rečejo, refleksija, supervizija – supervizije, pri kateri rešujejo lastne stiske. Izkušnje kažejo, da je lahko obravnava duševnega bolnika zame obremenitev, stiska.
	posrednik pri bolniški odsotnosti	Dostopnost sploh ni problem. Ampak v bistvu gredo k psihiatru navadno taki, ki hočejo biti dolgo na bolniški, ki se jih tudi jaz hočem znebiti. Potem sem samo administrator med psihiatrom in komisijo (imenovanih zdravnikov) – ker z bolniško se pa res ne ukvarjam. Potem, ko oni na komisiji bolniške nočejo več podaljševati, je bolnik napoten k psihiatru.
	posrednik pri oceni invalidnosti	Jaz sem pred kratkim pacientki po večletnih obiskih, ki so mi jemali časa za celo uro, ko je že sestra vedela, da mora zanjo rezervirati tri termine, rekla: »Gospa, jaz vam bom napisala vlogo za invalidsko upokožitev. Absolutno, samo do psihiatra pojdite.« V tistem trenutku je bilo konec problemov. »Urejeno, gospa doktor, vidim, da me razumete.«
	podpora izbranemu zdravniku	Psihiatri nas, izbrane zdravnike, relativno podpirajo. Ne menjajo terapije kot kakšni internisti. To mislim, da je sorazmerno dobro, vsaj pri nas.

njegov odklonilni odnos do napotitve. Poleg dejavnikov s strani bolnika k napotitvam prispevajo še značilnosti organiziranosti ambulantnega dela (naglica, pomanjkanje časa), strah pred morebitnim samomorom (ta je za izbranega zdravnika nujna indikacija za nujno napotitev) ter zdravnikova lastna analiza napotitev. Primere navedb zdravnikov splošne medicine in kategorij, ki so se pokazale pri analiziranju besedil v povezavi z napotitvami, prikazujemo v Tabeli 1.

V postopku analiziranja besedila se je kot posebna tema izoblikovala tudi psihiatrova vloga, kot jo vidijo izbrani zdravniki. Nekateri od njih menijo, da so za obravnavo duševnih bolezni na splošno odgovorni le specialisti psihiatri. Drugi jih dojemajo kot dobrodošle svetovalce, ki predajajo ustrezne strokovne informacije in so pomemben izvajalec v procesu izobraževanja izbranih zdravnikov. Nekateri izbrani zdravniki jim dodeljujejo vlogo posrednika v postopkih za podaljšanje bolniškega staleža in oceno invalidnosti. Delno gre pri posredništvu tudi za prelaganje bremena s primarne na sekundarno raven. Izbrani zdravniki vlogo speci-

alista psihiatra neredko primerjajo z vlogo drugih specialnosti, npr. specialista interne medicine.

Izbrani zdravniki so večkrat opisovali postopek ocene delazmožnosti in invalidskega upokojevanja. Pri navedbah o oblikah sodelovanja s specialistom psihiatrom ter obravnave bolnika na sekundarni ravni so sedanost primerjali z izkušnjami iz preteklosti.

»Na začetku 90. let so vsakega, ki je »lelet mimo« psihiatra, upokojili, ker je bilo pač tako navodilo, da so ljudje pri štiridesetih ali petdesetih šli v pokoj.«

Zdravniki so kategorizirali bolnike glede na to, katera vrsta bolnikov obiskuje primarno raven in katera sekundarno. Na primarni ravni so duševne težave bolnikov poimenovali kot *probleme*, na sekundarni ravni pa kot *duševne bolezni*.

»K nam ne pridejo – kot k psihiatru – ljudje z duševno motnjo, ampak pridejo z nekimi problemi. Na podlagi teh problemov je težko biti zelo gotov, da gre za depresijo. To ni tako zelo enostavno.«

Izbrani zdravniki navajajo potrebo po dodatnem izobraževanju, pri čemer si želijo pomoči specialistov psihiatrov. Izpostavljajo predvsem pomanjkanje veščin glede kratkih ukrepov in svetovanj.

»Vlada pomanjkanje izobraževanja na področju kratkega svetovanja ali podpore. Tukaj mislim, da imamo premalo znanja. In če ga že nimamo, bi si jaz želela srečati strokovnjake, ki so lahko tudi sestre, ali tiste psihiatre, ki se res ukvarjajo z določeno skupino bolnikov, ki bi imeli posluš še za veliko več kot samo za zdravi-la. Se pravi svetovanje tistim, ki res želijo narediti nekaj na sebi. Tukaj jaz čutim precej pomanjka-nja. Tudi psihiatri so medikamentno usmerjeni; redko kakšni, ki jih poznaš, skušajo te ljudi, za katere veš, da se lahko še dosti več naredi, zdravi-viti nemedikamentno. ... Recimo pri nas pogreš-am to področje.«

## Razpravljanje

Depresija je pogosta bolezen, saj v našem okolju ena od šestih oseb trpi za depresijo. Je hkrati ena od najpogostejših duševnih motenj med bolniki, s katerimi se srečuje zdravnik družinske medicine. Pojavlja se v vseh starostnih skupinah, pri čemer je tveganje obolenosti za depresijo pri moških 8–12 % in pri ženskah 20–26 %. Vodenje bolnika z depresijo spada v domeno zdravnika družinske medicine, ki lahko bolnika usmeri tudi k psihiatru.<sup>12</sup> Zdravnik družinske medicine mora biti občutljiv ne le za izrazita zname-nja duševnih bolezni, temveč tudi za social-ne stiske, ki jih zazna pri svojih bolnikih.<sup>13</sup> Morda so prav zaradi tega izbrani zdravniki, ki so sodelovali v naši raziskavi, razlikovali med obravnavo duševnih težav na primarni ravni (srečevanje s široko paleto socialnih in duševnih težav) ter obravnavo selekcionira-nih stanj na sekundarni ravni. Zdravniki so navajali pomanjkanje metod, kot je super-vizija, ki bi jim pomagale pri vrednotenju lastnih odzivov, in se pri tem primerjali s specialisti psihiatri. Ti namreč supervizijo s pridom uporabljajo. To ugotavljata tudi Ri-fel in Kersnik; po njunem mnenju vodenje bolnikov z duševno boleznijo na primarni ravni zahteva dodatno usposabljanje in su-pervizijo. Zdravstveni delavci morajo biti

opremljeni z znanjem in s spretnostmi, ki jim omogočajo izvajanje oskrbe.<sup>14</sup>

Po navedbah Bilbana in Tomorijeve na-potijo zdravniki splošne medicine na obrav-navo k specialistu psihiatru približno deseti-no bolnikov,<sup>15</sup> v naši raziskavi pa so izbrani zdravniki navedli, da k psihiatrom napotijo približno tretjino bolnikov z depresijo. Če-prav gre za pomemben delež napotitev, je sodelovanje med specialisti na sekundarni in primarni ravni skromno. Namesto da bi se o pravilih delovanja dogovorili zdravni-ki med seboj, na napotitve vplivajo pritiski, stališča in odločitve bolnikov. Posebno po-glavje je problematika bolniških staležev, problematični pa so tudi postopki za oce-no invalidnosti. Lahko rečemo, da se na tem področju strokovnost umika zahtevam bolnikov in birokratsko-administrativnim postopkom, ki so povezani z odsotnostjo z dela.

Zapisov o problematiki odsotnosti z dela v povezavi z depresijo ni veliko. Že pred dve-ma desetletjema so ugotavljali, da so bolniki, ki imajo hudo depresijo, v primerjavi z dru-gimi bolniki pogosteje odsotni z dela.<sup>16</sup> Žal ni na voljo analiz, ki bi pokazale, kako pri dodeljevanju bolniške odsotnosti sodelujejo izbrani zdravniki in specialisti psihiatri. Ne gre spregledati ugotovitev drugih avtorjev, da je raziskav o napotitvah oseb z duševnimi boleznimi malo.<sup>17</sup>

## Zaključek

Za doseganje ciljev zdravljenja depresiv-nih bolnikov niso dovolj le znanje, organi-zacija primarne zdravstvene službe in način sporazumevanja med bolnikom in zdrav-nikom, ampak je ključ do uspešnega zdra-vljenja tudi v dobrem in obojestranskem sodelovanju med izbranim zdravnikom in specialistom psihiatrom. Predstavniki obeh specialnosti bi morali vzpostaviti učinkovi-to in tvorno medsebojno sodelovanje ter razrešiti vprašanja o izmenjavi informacij (npr. po odpustitvi s psihiatrične klinike) in o (ne)ustreznih napotitvah za pridobiva-nje mnenj glede bolniške odsotnosti z dela in invalidske upokojitve. Največji uspeh bi zagotovo dosegli z dobro organiziranostjo izobraževanj, na katerih bi predstavili ključ-

ne probleme, ki se pri obravnavi bolnikov z duševnimi boleznimi pojavljajo na primarni in sekundarni ravni.

## Zahvala

Vsem zdravnikom, ki so sodelovali v kvalitativni raziskavi, se avtorji zahvaljujejo za zaupanje; toliko bolj, ker se pri tem načinu raziskovanja razkrivajo tudi skrite osebne značilnosti. Izvedbo raziskave je omogočila Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije z odobritvijo projekta »Ocena sprejemljivosti multifaktorske lestvice za napoved depresije v družinski medicini« na podlagi javnega razpisa za sofinanciranje raziskovalnih projektov v letu 2008 (uradni list RS, št. 63/07), (L3-0040-0381-08).

## Literatura

1. WHO: The global burden of disease. Dosegljivo na [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf)
2. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European study of epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109 Suppl 420: 38–46.
3. Nutt DJ, Kessler RC, Alonso J, Benbow A, Lecrubier Y, Lépine JP, et al. Consensus statement on the benefit to the community of ESEMeD survey data on depression and anxiety. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 42–8.
4. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the world health surveys. *Lancet* 2007; 370: 851–8.
5. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999; 41: 1329–35.
6. Klemenc-Ketiš Z, Kersnik J, Tratnik E: The presence of anxiety and depression in the adult population of family practice patients with chronic diseases. *Zdrav Var* 2009; 48: 170–6.
7. Craven M, Allen CJ, Kates N. Community resources for psychiatric and psychosocial problems. Family physicians' referral patterns in urban Ontario. *Can Fam Physician* 1995; 41: 1325–35.
8. Fleury MJ, Bamvita JM, Tremblay. Variables associated with general practitioners taking on serious mental disorder patients. *BMC Family Practice* 2009; 10: 41.
9. Réseau de Promotion pour la Santé Mentale 78. Rapport de l'enquête 2000 du Réseau de Promotion pour la Santé Mentale dans les Yvelines Sud. La Lettre de Promotion Santé Mentale Yvelines Sud 4; 2003.
10. Novak Grubič V, Tavčar R. Problematika duševnega zdravja na sekundarni in terciarni ravni. Mental health problems at secondary and tertiary levels. *Zdrav Vestn* 2010; 79: 548–553.
11. Malterud K: Qualitative research standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001; 35: 483–8.
12. Lah K. Anksioznodepresivne motnje v urgentni ambulanti. In: Kersnik J, Turk H, eds. Poškodbe rame in boleča rama, tendinitisi in druga kirurška stanja roke, hude poškodbe na terenu, anksioznodepresivne motnje, epilepsija, motnje razpoloženja, boleznj ščitnice, uporaba računalnikov in vaje iz oživiljanja. 6. Kokaljevi dnevi; 2006 Apr 6–8; Kranjska gora, Slovenija. Kranjska gora: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2006.
13. Kersnik J. Obravnava duševnih motenj v družinski medicini. *Med Razgl* 1999; 38: 265–80.
14. Rifel J, Kersnik J. Problematika duševnega zdravja na primarni ravni – kako prepoznati depresivno epizodo. *Zdrav Vestn* 2010; 79: 544–7.
15. Bilban M, Tomori M. Vpliv izobraževanja o depresiji na odnos zdravnikov splošne medicine do obravnave depresivnih bolnikov. *Zdrav Var* 2003; 42: 116–121.
16. Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse CK. Depression, Disability Days, and Days Lost From Work in a Prospective Epidemiologic Survey. *JAMA* 1990; 264: 2524–8.
17. The MaGPIe Research Group. The treatment of common mental health problems in general practice. *Fam Pract* 2005; 23: 53–9.