

## Referenčne ambulante

### Model practices

Antonija Poplas Susič<sup>1</sup>, Dorjan Marušič<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zdravstveni dom Ljubljana, Metelkova 9, 1000 Ljubljana; Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana

<sup>2</sup>Ministrstvo za zdravje, Štefanova 5, 1000 Ljubljana  
e-pošta: tonka.poplas-susic@mf.uni-lj.si

pregledni znanstveni članek

UDK: 614.2(497.4)

članek prispel: 19. 5. 2011; članek sprejet: 25. 5. 2011

citirajte članek kot / cite this article as:

Bilt – Ekon Organ Inform Zdrav 2011; 27(1): 9-17

---

#### Izvleček

Osnovno zdravstvo je izpostavljeno velikim obremenitvam, ki so posledica demografskih sprememb, ozaveščenosti ljudi in tudi organizacijskih sprememb v zdravstvu. Ob pomanjkanju zdravnikov je potrebno najti rešitev, ki bo prerazporedila obremenitev zdravnike in ohranila visoko kakovost obravnave bolnikov.

Z uvedbo referenčnih ambulant se v osnovno zdravstvo uvaja nov koncept dela na področju: kadrovskih normativov (zdravniku in zdravstvenemu tehniku je dodana diplomirana medicinska sestra za polovico delovnega časa), vsebine dela (natančno je definirana pot obravnave kroničnih bolnikov, razširjena so področja preventivnega presejanja, hkrati pa je potrebno vzpostavljati registre kroničnih bolnikov in dosežati kazalnike kakovosti) ter organizacije dela (spremenjena struktura tima, spremenjena delitev dela).

Ob velikem zanimanju zdravnikov bo v letu 2011 z delom pričelo 105 referenčnih ambulant, ki so regijsko enakomerno zastopane. S tem je narejen korak, da bodo sčasoma vsi zdravniki prevzeli koncept dela referenčnih ambulant in tako omogočili načrtovano in nadzorovano kakovostno oskrbo bolnikov.

**Ključne besede:** družinska medicina, referenčne ambulante, kakovost

---

## Abstract

Basic healthcare is exposed to considerable burdens as a consequence of demographic changes, peoples' awareness and organisational changes in healthcare. With shortages of general practitioners, a solution is needed which will redistribute their workload while preserving the high quality treatment of patients. With the introduction of model practices (MP), a new concept of work has been introduced to basic healthcare in the field of: human resources norms (the GP and health technician will be joined by a graduate nurse for half the working time), work competences (the path for treating chronic patients is strictly defined, areas covered by preventive screenings are expanded, and registries for chronic patients should be established, while quality indicators have to be achieved), and organisation of work (changes in team structure and division of labour).

With great interest from general practitioners, 105 evenly regionally distributed model practices will be introduced in 2011. This is an initial step that with time all general practitioners will follow by adopting the model practice work concept, and consequently enabling the planned and supervised quality treatment of patients.

**Key words:** family medicine, model practice, quality

## Uvod

Osnovna zdravstvena dejavnost naj bi predstavljala temelj vseh kakovostnih sistemov zdravstvenega varstva v svetu. Na to dejstvo opozarjajo številne deklaracije mednarodnih organizacij, na čelu s Svetovno zdravstveno organizacijo (1-7). Dobra osnovna zdravstvena dejavnost namreč omogoča večjo kakovost, manjše stroške, večjo enakost in večje zadovoljstvo z zdravstvenim varstvom nasploh.

Spremembe zdravstvenega sistema so pogosto usmerjene v nepravo smer. V marsikateri državi v ospredje interesa prihaja komercializacija, potrošništvo in želja po zaslužku ne glede na to, da so vse te usmeritve dokazano škodljive za zdravje ljudi. Svetovna ekonomska kriza je te težave samo poslabšala. Zdravstveni sistemi postajajo vse manj pravični. Ogrožajo jih naslednji trendi:

- poudarjanje specialistične zdravstvene oskrbe na račun primarne;
- osredotočanje zdravstvene politike na kratkoročne cilje na definiranih in ozkih področjih;
- prepuščanje ključnih strateških odločitev času in komercializaciji.

Moderni trendi v zdravstvu postavljajo zato pred osnovno zdravstveno dejavnost velike izzive. Prenos dela s sekundarne na primarno raven, večanje števila kroničnih bolnikov zaradi demografskih sprememb, večja izobraženost in zahtevnost bolnikov, večanje glavarine na zdravnika, hiter razvoj strokovnih smernic v zdravstvu in priporočil je samo nekaj dejavnikov, ki zahtevajo spremembe na primarni ravni zdravstvenega varstva.

Namen zdravstvenega sistema na osnovni ravni v Sloveniji je:

- omogočiti kakovostno obravnavo vseh bolnikov na primarni ravni do stopnje, ko je nujna napotitev na sekundarno raven;
- povečati kakovost in stroškovno učinkovitost obravnave bolnikov;
- povečati zadovoljstvo bolnikov in zaposlenih na primarni ravni.

Za izboljšanje stanja je potrebno sedanji sistem kakovostno nadgraditi in mu omogočiti pospešen strokovni razvoj.

## **Družinska medicina**

Študije po Evropi kažejo, da je obremenitev zdravnikov družinske medicine velika glede na število obiskov na dan pa prednjači Slovenija. Zaradi tega peša predvsem preventivna dejavnost, stroko pa obremenjujejo tudi nepotrebne administrativne storitve. Zato obravnava bolnikov ne more pridobivati na kakovosti, čeprav se pričakuje (8-11). Trenutno stanje razpoložljivosti zdravnikov v Sloveniji prav tako ne more zadostiti kadrovskim potrebam osnovnega zdravstva, je pa možno zaradi razpoložljivosti tim družinske medicine okrepiti z diplomirano medicinsko sestro. Z zaposlovanjem tovrstnega kadra, ki ga doslej osnovno zdravstvo ni imelo, blažimo obremenjenost zdravnikov in s tem posredno krepimo osnovno zdravstvo in zdravstvene dejavnost kot tako nasploh.

## **Referenčne ambulante (RA)**

Referenčne ambulante so novost na področju družinske medicine, kjer se sedanjemu timu (zdravnik in tehnik zdravstvene nege) pridruži za polovični delovni čas še diplomirana medicinska sestra. Pomenijo načrtno uvajanje drugačne organizacije in drugačne vsebine dela v osnovno zdravstvo. V Sloveniji bo v letošnjem letu pričelo z delom 105 RA, ki bodo enakomerno porazdeljene po vsej Sloveniji in zagotavljajo regijsko zastopanost.

## **Diplomirana medicinska sestra (DMS)**

DMS bo postala del tima in bo prevzela naloge, ki jih v skladu s svojo pristojnostjo lahko opravlja. Na neko način bo izboljšala učinkovitost družinskih ambulant (12). Področje njenega dela bo predvsem spremljanje parametrov urejene kronične bolezni (v prvem koraku kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB), astme in sladkorne bolezni tipa II (SB II) ter preventivno presejanje (spremljanju srčno-žilne obremenjenosti bo dodano še presejanje za sladkorno bolezen, depresijo, KOPB, povišan arterijski tlak ter kajenje in pitje alkohola), kar uspešno potrjujejo tudi druge študije (13, 14). Že po končani fakulteti ima DMS vse potrebne pristojnosti,

da suvereno sodeluje pri delu tima (15). Zagotovo pa je pomembno, da je njeno znanje nadgrajeno za bolj kakovostno delo v smislu širokega poznavanja dela v ambulanti in obravnave teh bolnikov.

Obremenitev zdravnika se s tem ne bo zmanjšala, pač pa spremenila (16) in DMS bo prispevala širši spekter delovanja v ambulanto, kot se je tam izvajal do njenega prihoda (12).

### **Nadgrajena vsebina dela v RA**

Obravnava akutnih bolnikov se ne bo nespremenila: zdravil jih bo zdravnik. Področje preventivne dejavnosti in obravnave kroničnih bolnikov pa se bo dopolnilo in nadgradilo.

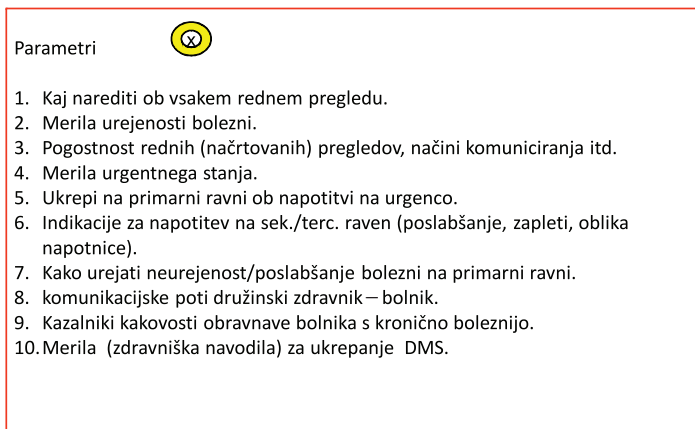
#### *Obravnava kroničnih bolnikov*

V prvem letu bodo v skladu s protokoli zdravniki in DMS vodili naslednje skupine kroničnih bolezni:

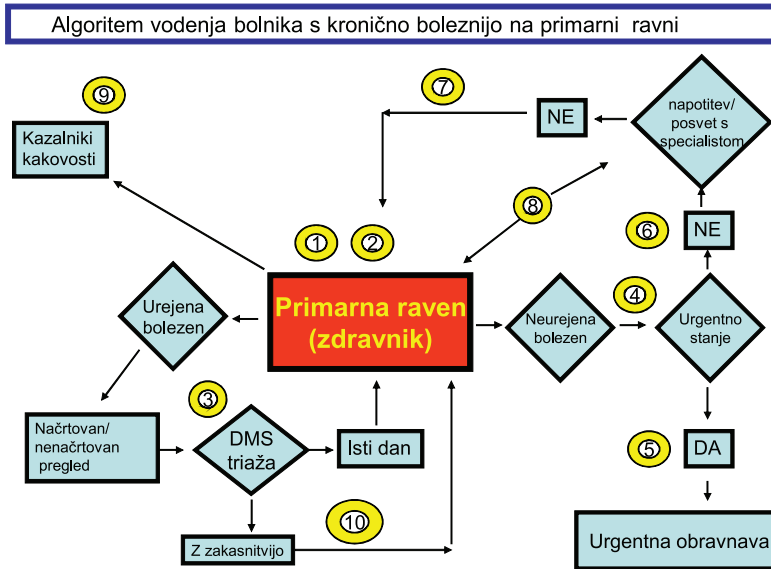
1. KOPB
2. astma,
3. sladkorna bolezen.

Protokoli za zdravstveno obravnavo bolnikov s temi boleznimi so pripravljene in so dostopni na spletni strani [www.referencna-ambulanta.si](http://www.referencna-ambulanta.si).

Osnovni koncept obravnave bolnikov je pripravljen stopenjsko in z jasno določenimi nalogami, pristojnostmi in cilji (Slika 1, Slika 2).



Slika 1. Opis posamezne stopnje obravnave (krogec s številko označuje stopnjo obravnave na Sliki 2).



Slika 2. Pot obravnave bolnika s kronično boleznijo.

Protokoli se bodo v prihodnosti dopolnjevali z drugimi kliničnimi področji, vsekakor postopno in z dodatnim usposabljanjem medicinskih sester v okviru modularnega sistema pridobivanja znanj, ki ga organizira Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani skupaj z Zbornico zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zvezo strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije in specialisti sekundarne oz. terciarne ravni.

### Preventiva

Preventiva je bila v splošnih ambulantah dolgo prepuščena iznajdljivosti in individualni zagretosti zdravnika, ker ni bila priznana v okviru pogodbenega programa z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Priložnostno presejanje ni teklo sistematično. Študija, narejena v Sloveniji v okviru evropskega projekta Ecatod, je pokazala, da je lahko uspešna in učinkovita le celovita preventiva (17).

Referenčne ambulante bodo v letu 2011 izvajale dodatna presejanja na ravni družinske medicine:

1. Srčno-žilna bolezen (orodje: Vprašalnik za preventivni pregled srčno-žilne ogroženosti, ciljna populacija: po 30. letu)
  - a. zdravo/nezdravo prehranjevanje;
  - b. zadostna/nezadostna telesna dejavnost (posodobljen CINDI vprašalnik);
  - c. zvišan krvni tlak (orodje merjenje krvnega tlaka po protokolu Svetovne zdravstvene organizacije (SZO));

- č. debelost;
  - d. tvegano in škodljivo uživanje alkohola (orodje: AUDIT C vprašalnik, ciljna populacija: po 30. letu).
2. Sladkorna bolezen tipa 2
    - a. populacijski pristop: FINDRISK vprašalnik vsem odraslim Slovencem,
    - b. preventivni pregled v DM (orodje: krvni sladkor (KS) na tešče ).
  3. KOPB orodje: vprašalnik, ciljna populacija po 30. letu oz. 10 let ali več kajenja.
  4. Depresija (orodje: PHQ9 vprašalnik).

(Vsi vprašalniki so dostopni na spletni strani: [www.referencna-ambulanta.si](http://www.referencna-ambulanta.si))

*Vzpostavljane registrov kroničnih bolnikov in spremljanje kazalnikov kakovosti*

Za vsako izbrano skupino kroničnih bolnikov zdravnik vzpostavlja registre, zato mora imeti ustrezno informacijsko podporo. Glede na dejstvo, da se bolniki vračajo po zdravljenju vsake 3 mesece in da ima mnogo bolnikov več bolezní, pričakujemo urejene registre za izbrane kronične bolezní v pol do enega leta po vzpostavitvi dela RA. Vsako naslednje leto se bodo registri dopolnjevali za dodatne kronične bolezní. Registri bodo prispevali k preglednosti obolevnosti opredeljenih bolnikov glede na posamezno kronično bolezen in bodo omogočali dejaven pristop k zdravljenju in planiranje obravnave, kar zadeva zdravstveno-vzgojne in terapevtske postopke. V referenčnih ambulantah bodo morali zdravniki in DMS dosežati in spremljati kazalnike kakovosti na področju:

- spremljanje kakovosti kliničnega dela,
- spremljanje kakovosti preventivnega dela,
- spremljanje kakovosti organizacije.

Za prvo leto so, glede na definirane kronične bolezní in preventivno presejanje, definirani sledeči kazalniki kakovosti, ki bodo odraz dela tima v RA.

Tabela 1. Kazalniki kakovosti v referenčni ambulanti družinske medicine.

Kazalniki pogojev
<b>Splošni kazalniki</b>
1. Ocena odličnosti organizacije
2. Seznam (zbirnik) kroničnih bolezní in stanj pri posameznem bolniku
<b>Seznami določenih stanj/registri</b>
3. Kadilski status
4. Sladkorna bolezen
5. Astma
6. KOPB
7. Pivski status
Kazalniki postopkov in vmesnih izidov
<b>Preventivna dejavnost – splošna – na celotni populaciji ambulante</b>

8.	Vsaj 1-krat letno izmerjen krvni tlak pri vseh obiskovalcih.
9.	20 % predvidene populacije pregledane za dejavnike tveganja za srčno-žilne bolezni.
10.	Delež zaščitenih proti tetanusu pri vseh obiskovalcih.
<b>Vodenje kroničnih bolezni/stanj (DM, zvišan krvni tlak, astma, KOPB, – splošno</b>	
11.	Vsaj 1-krat letno izmerjen krvni tlak.
12.	Vsaj 1-krat letno preverjen kadilski status (pri kadilcih in bivših kadilcih).
13.	Vsaj 1-krat letno izmerjen indeks telesne mase (ITM).
14.	Vsaj 1-krat letno izobraževanje (oz. preverjanje) bolnika glede zdravega življenjskega sloga.
15.	Vsaj 1-krat letno preverjen pivski status.
<b>Bolnik s hipertenzijo</b>	
16.	Povprečje meritev krvnega tlaka (KT) v standardnih pogojih v tekočem letu < 140/90 mmHg (meritve v ambulanti ali s preverjenim aparatom doma).
<b>Sladkorna bolezen</b>	
17.	Vsaj 1-krat letno določen glikiran hemoglobin (HbA1c).
18.	Vsaj 1-krat letno laboratorijski pregled v skladu s protokolom (lipidogram, serumski kreatinin, proteinurija/albuminurija).
19.	Vsaj 1-krat letno opravljen pregled stopal.
20.	Povprečje meritev krvnega tlaka (KT) v standardnih pogojih v tekočem letu < 130/80 mmHg (meritve v ambulanti ali s preverjenim aparatom doma).
21.	Vrednost glikiranega hemoglobina (HbA1c) 6,5 % ali manj (odstotek bolnikov).
<b>Bolnik z astmo</b>	
22.	Vsaj 1-krat letno ocena urejenosti astme z vprašalnikom.
23.	Vsaj 1-krat letno vprašamo o stranskih učinkih zdravil (hripavost ob inhalacijskih glukokortikoidih).
<b>Bolnik s KOPB</b>	
24.	1-krat letno spirometrija.
25.	1-krat letno narejen 6-minutni test hoje.
26.	Vsaj 1-krat letno vprašamo o stranskih učinkih zdravil (hripavost ob inhalacijskih glukokortikoidih).
27.	Cepljenje proti gripi.

Spremljanje, doseganje in nenazadnje tudi poročanje o kazalnikih kakovosti bo temelj za nadzor kakovosti dela RA in tudi pogoj za plačevanje s strani ZZS.

Dinamiko in obseg poročanj bo potrdil Projektni svet pri Ministrstvu za zdravje, ki je odgovoren za projekt RA.

#### *Podelitev statusa RA in samoocenjevanje*

Status referenčne ambulante je bil podeljen na osnovi samoocene ambulante. Samoocenjevanje je bilo izvedeno s pomočjo vprašalnika, ki je dostopen na spletni strani: [www.referencna-ambulanta.si](http://www.referencna-ambulanta.si). Model je narejen po vzoru evropskega modela poslovne odličnosti EFQM.

Ambulanta, ki je pridobila status RA, bo izvajala samoocenjevanje vsako leto.

#### *Dinamika vpeljevanja RA*

Prvih 60 RA je lahko pričelo z delom 1. aprila 2011. Naslednjih 45 se bo pridružilo po 1. septembru 2011. V letu 2011 bo tako začelo z delom 105 RA, ki bodo temelj nadaljnjih sprememb v osnovnem zdravstvu. Cilj je, da bi v prihodnjih letih vse ambulante družinske medicine začele z delom po načelu referenčnih ambulant.

## **Zaključek**

Razvoj modela referenčnih ambulant je kompleksen in zahteven projekt, vendar je zaradi jasne vizije in podpore Ministrstva za zdravje ter konstruktivnega sodelovanja drugih institucij (ZZZS, Zdravniška zbornica Slovenije, Zbornica zdravstvene in babiške nege, Združenje zdravnikov družinske medicine pri Slovenskem zdravniškem društvu in drugih strokovnih teles) postavljen na trdne temelje. Zaradi velikega zanimanja zdravnikov in želje sodelovati v tem projektu bo prihodnje leto, dve ali več postavljaj drugačne temelje dela v družinski medicini. Vemo, da je razvoj osnovnega zdravstvenega varstva nekaj, kar terja dolgoročne spremembe. Ker RA to vsekakor zagotavljajo, pomeni, da je zagotovljen osnovni pogoj, ki dolgoročno vpliva na krepitev kazalnikov zdravja v državi.

## **Literatura**

1. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September. Geneva: World Health Organization, 1978.
2. Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *Lancet* 2008; 372(9647): 1365-7.
3. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; 1(7696): 405-12.
4. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aquilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health expenditures. *Health Aff* 2007; 26(4): 972-83.
5. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 2002; 60(3): 201-18.



6. Fries JF, Koop CE, Beadle CE, Cooper PP, England MJ, Greaves RF, et al. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. *N Engl J Med* 1993; 329(5): 321-5.
7. The world health report 2008: primary health care now more than ever. Geneva: World Health Organization, 2008. Pridobljeno s spletne strani 16. 5. 2011: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf).
8. Kääriäinen J, Sillanaukea P, Poutanen P, Seppä K. Opinions on alcohol-related issues among professionals in primary, occupational, and specialized health care. *Alcohol Alcohol* 2001; 36(2): 141-6.
9. Andréasson S, Hjalmarsen K, Rehnman C. Implementation and dissemination of methods for prevention of alcohol problems in primary health care: a feasibility study. *Alcohol Alcohol* 2000; 35(5): 525-30.
10. 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(4): 183-92.
11. Kaner EF, Heather N, McAvoy BR, Lock CA, Gilvarry E. Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. *Alcohol Alcohol* 1999; 34(4): 559-66.
12. 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(7445): 927-32.
13. Aubert RE, Herman WH, Waters J, Moore W, Sutton D, Peterson BL, et al. Nurse case management to improve glycemic control in diabetic patients in a health maintenance organization: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 1998; 129(8): 605-12.
14. Crabtree BF, Miller WL, Tallia AF, Cohen DJ, DiCicco-Bloom B, McIlvain HE, et al. Delivery of clinical preventive services in family medicine offices. *Ann Fam Med* 2005; 3(5): 430-5.
15. Aktivnosti zdravstvene nege za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege v ambulanti družinske medicine. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011.
16. Wilson A, Pearson D, Hassey A. Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care-the GP perspective. *Fam Pract* 2002; 19(6): 641-6.
17. Poplas Susič T. Vloga osebnih zdravnikov in možni javnozdravstveni ukrepi pri zmanjševanju pitja alkohola v Sloveniji. Doktorska disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2006.