

TIMSKI RAD U OBITELJSKOJ MEDICINI U ZBRINJAVANJU BOLESNIKA KOJI BOLUJU OD KRONIČNIH BOLESTI

TEAM WORK IN FAMILY MEDICINE IN THE CARE FOR CHRONIC PATIENTS

Milica Katić*

* Prof. dr. sc. Milica Katić, redoviti profesor, specijalist opće medicine
Katedra obiteljske medicine, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinski fakultet
Sveučilišta u Zagrebu
Dom zdravlja Zagreb-Centar

Adresa za dopisivanje:
Prof. dr. sc. Milica Katić
Katedra obiteljske medicine
Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“
Rockefellerova 4, Zagreb
e-mail: mkatic@snz.hr

SAŽETAK

Kronične bolesti i njihove komplikacije predstavljaju značajan medicinski i financijski problem. Liječnik obiteljske medicine ima ključnu ulogu u učinkovitom vođenju skrbi za bolesnike koji boluju od kroničnih bolesti. Usmjerenost zdravstvenog sustava na primarnu zdravstvenu zaštitu može olakšati trajnost i koordinaciju skrbi, pridonijeti smanjenju neprimjerenog korištenja drugih razina zaštite te unaprijediti zdravlje populacije. U skladu s porastom broja bolesnika koji boluju od kroničnih bolesti i u kojih postoji multimorbiditet kroničnih bolesti liječnici obiteljske medicine mogu očekivati sve veće radno opterećenje u budućnosti. U mnogim zemljama svijeta vlade i zdravstvena služba naglašavaju važnost razvoja kolaborativnih bolesniku usmjerenih praksi kako bi se unaprijedilo zdravlje populacije. Zdravstveni profesionalci trebaju raditi zajedno i dijeliti svoju stručnost u timu. Timski rad promovira aktivno učešće svake discipline u skrbi bolesnika. Nadalje, on olakšava prepoznavanje vrijednosti i ciljeva bolesnika i njegove obitelji, osigurava mehanizme za trajnu komunikaciju među onima koji pružaju skrb, olakšava učešće svakog člana u donošenju odluka i jača uvažavanje doprinosa svakog člana. Timovi u primarnoj zaštiti moraju se prilagoditi i uklopiti u lokalne prilike. Interprofesionalni timovi su djelotvoran i učinkovit način organizacije i provođenja skrbi za kronično bolesne pojedince i populaciju.

Ključne riječi: obiteljska medicina, skrb za bolesnike koji boluju od kroničnih bolesti, timski rad

SUMMARY

The major chronic diseases and their complications impose a substantial medical and financial burden. The general practitioner/family physician (GP/FP) plays a key role in effective chronic care management. Orienting a health system towards primary care can enhance the continuity and coordination of care, thus reducing the inappropriate use of specialty services and improving a population's health. As the number of patients with chronic conditions and multimorbidity is increasing, GPs/FPs can be expected to face a heavier workload in the future. In many countries around the world, government and health care sectors have placed importance on developing collaborative patient centered practices to improve the health of their population. The health care professionals are expected to work together and share expertise in a team. Team work promotes the active participation of each discipline in patient care. Furthermore it enhances patient and family – centered goals and values, provides mechanisms for continuous communication among caregivers, optimizes staff participation in clinical decision making within and across disciplines and fosters respect for disciplinary contributions from all professionals. Primary care teams need to adapt the work to fit local circumstances. The interprofessional health care teams are an efficient and effective way of organizing and providing care for chronically ill individuals and populations.

Key words: family medicine, care for chronic patients, team work

UVOD

Starenje populacije, način života i uspješnije liječenje koje omogućuje bolesnicima s kroničnim bolestima dulje preživljenje uvjetuju nagli porast broja bolesnika s kroničnim bolestima. Mnogi bolesnici koji boluju od kroničnih bolesti suočavaju se s brojnim fizičkim, psihološkim i socijalnim problemima koje pred njih postavlja kronična bolest, često bez odgovarajuće potpore zdravstvene službe. Uobičajen model skrbi za akutne probleme i bolesti ne može osigurati primjerenu skrb bolesnicima s kroničnim bolestima¹.

Unatoč brzom starenju populacije i naglom porastu broja bolesnika s kroničnim bolestima obrazac skrbi za akutne probleme i bolesti zadržao se u praksi. Ulaganje sve većeg napora zbog sve većih zahtjeva i potreba bolesnika koji boluju od kroničnih bolesti u postojeći model načina rada neće dati rezultata. Stoga se liječnici i njihovi suradnici suočavaju s nerazmjerom uloženog napora i vremena i postignutih rezultata u zbrinjavanju bolesnika koji boluju od kroničnih bolesti. Liječnici postaju sve nezadovoljniji svojim radom, posebice liječnici obiteljske medicine. Zdravstvena zaštita je povijesno bila organizirana za brzo i učinkovito djelovanje u slučaju akutnih bolesti ili ozljeda. U žarištu djelovanja bio je trenutačni problem, njegova brza identifikacija te kroz diferencijalnu dijagnozu brza orijentacija o ozbiljnosti problema i započinjanje primjerenog liječenja. Pritom je uloga bolesnika bila pretežito pasivna, on je bio u rukama profesionalaca koji su brzo i efikasno riješili problem. Kako je trajanje liječenja u akutnim stanjima trajalo do nekoliko tjedana, tako je i potreba za osposobljavanjem bolesnika za samokontrolu i praćenje bolesti bila relativno malo važna. Nasuprot tomu bolesnici koji boluju od kroničnih bolesti moraju biti osposobljeni preuzeti dio odgovornosti za kontrolu kronične bolesti².

Neovisno o životnoj dobi kad se kronična bolest pojavljuje, neovisno o tome je li etiologija kronične bolesti poznata ili su manifestacije kronične bolesti primarno fizičke ili psihosocijalne, sva kronična stanja i/ili bolesti donose bolesniku i njegovoj obitelji jednake probleme. Bolesnik i njegova obitelj moraju se suočiti sa simptomima bolesti i popratnim učincima postupaka liječenja, s nesposobnošću koju bolest donosi, emocionalnim, psihološkim i socijalnim poteškoćama, poteškoćama u prilagodbi načina života promijenjenim uvjetima koje donosi bolest³.

U zbrinjavanju bolesnika koji boluju od kroničnih bolesti timski je pristup neophodan s obzirom na spektar problema i poteškoća te složenost skrbi. Medicinske sestre i drugi članovi liječničkog tima posjeduju specifične vještine i vrijeme koje je potrebno kako bi se bolesnicima pružila potpora u svladavanju kompleksnog procesa samozbrinjavanja i pomoglo u kontroli bolesti. Osim timskog rada potreban je aktivan dispanzerski pristup te razvoj i primjena modela kontinuirane bolesniku usmjerene i programirane skrbi. Provođenje skrbi za bolesnike koji boluju od kroničnih bolesti značajno povećava korištenje zdravstvene službe, posebice u obiteljskoj medicini, i stoga ima značajne implikacije na organizaciju i funkcioniranje obiteljske medicine⁴.

Stoga interdisciplinarni tim u primarnoj zaštiti, posebice u obiteljskoj medicini, osigurava stručno primjeren i djelotvoran način organizacije i provođenja skrbi za kronično bolesne pojedince i populaciju.

PRINCIPI TIMSKOG RADA

U skrbi za bolesnika s kroničnim bolestima nužan je timski rad koji omogućuje ispunjavanje zdravstvenih potreba bolesnika i njegove obitelji te primjerenu skrb. Timski je rad jedna od odrednica obiteljske medicine te je u temeljnim kompetencijama liječnika obiteljske medicine istaknuta uloga koordinatora skrbi⁵. Tim koji je sposoban pružiti kvalitetnu skrb odlikuje nekoliko važnih značajka, a to su: prepoznavanje i uvažavanje doprinosa svakog člana, uspješna komunikacija među članovima tima, zajedničko donošenje odluka i zajedničke vrijednosti i vizije. Ako tim ima te značajke, može se ocijeniti kako postoji povjerenje i fleksibilnost među članovima tima u odnosu na podjelu zadataka i odgovornosti u različitim aspektima rada unutar prakse u kojoj tim djeluje⁶. Udomaćen je izraz multiprofesionalni ili multidisciplinarni tim što podrazumijeva sudjelovanje više različitih profesija koje rade zajedno, ali relativno nezavisno jedna od druge i u svakodnevnom radu u rješavanju zajedničkih zadataka nemaju dostatno razvijenu komunikaciju. Sve se češće spominje i uvodi termin interdisciplinarni tim u kojem također članovi iz različitih profesija i područja rade u ostvarenju zajedničkog cilja. No u tako oblikovanom timu postoji partnerstvo, primjerena komunikacija i razumijevanje te uvažavanje specifičnosti pristupa i djelovanja svake profesije uključene u interdisciplinarni tim⁷. Uz liječnike i medicinske sestre u interdisciplinarnom timu sudjeluju stručnjaci iz različitih zdravstvenih, ali i nezdravstvenih struka. Primjerice paleta stručnjaka koji sudjeluju u palijativnoj i potpornoj skrbi u domu bolesnika odabrana je prema tom specifičnom javnozdravstvenom problemu.

U zbrinjavanju bolesnika koji boluju od jedne ili više kroničnih bolesti interdisciplinarni tim mora djelovati usklađeno. Svi članovi tima zajedno sudjeluju u skrbi koja je usmjerena bolesniku i jasno se znaju zadatci svakog člana tima. Posebice je važna dobra komunikacija među svim članovima tima, a to podrazumijeva i jednostavan i neometan dostup informacijama o bolesniku. Stoga treba osigurati da prakse imaju standardizirani ili organizirani pristup u prikupljanju, dodavanju i pregledavanju individualnih ili agregiranih podataka o bolesnicima, koji bi pomogao da se olakša rad i poboljša zaštita. Učinkoviti programi osiguravaju trajni pristup relevantnim podacima o pojedinačnim bolesnicima i populaciji. Kompjutorski vođeni registri koji uključuju odabrane informacije o svakom pacijentu i uspješnosti intervencije te rezultatima važnih karakteristika skrbi koju bolesnici dobivaju, omogućuju liječniku i članovima njegova tima pozivanje bolesnika sa specifičnim potrebama, pružanje planirane zaštite, dobivanje redovitih povratnih informacija o svom radu te implementaciju sustava podsjećanja⁸. Nadalje, članovi interdisciplinarnog tima moraju zajednički donositi odluke te imati povjerenja i želju za suradnjom. Posebice je važno da članovi tima razumiju zadaće i odgovornosti kako svoje tako i ostalih članova. Redovitost sastajanja i razmjena mišljenja i informacija bitne su sastavnice timskoga rada. U svakodnevnom radu neki članovi tima imaju priliku često zajednički raspravljati o bolesniku jer je rad organiziran na način da rade zajedno. U službi obiteljske medicine u Hrvatskoj zajednički rad liječnika i medicinske sestre zakonski je propisan te nije dopušteno da liječnik radi sam. U nekim zemljama, posebice tamo gdje su liječnici obiteljske medicine udruženi bilo u domovima zdravlja ili u grupnim praksama, više liječnika "zajednički dijele" medicinske sestre koje imaju isključivo medicinske zadaće i recepcioniste koji obavljaju gotovo

sav administrativni posao u praksi. No postoje i zemlje u kojima je dopušteno da liječnik radi sam. U širem interdisciplinarnom timu treba osigurati redovite timske sastanke koji moraju biti strukturirani i dobro vođeni. Vođenje tima je vrlo važno i to je dužnost liječnika. Velika se važnost pridaje sudjelovanju svih članova tima u razvoju protokola ili plana rada prakse jer će tako svaki član tima lakše razumjeti svoj zadatak i odgovornije se odnositi prema zadatku koji je preuzeo i u čijem je oblikovanju dao svoj osobni doprinos⁹. Timski je rad posebice značajan u preventivnom radu koji je jednako tako važan i u skrbi za bolesnike koji boluju od kroničnih bolesti. Tu je prevencija usmjerena na suzbijanje čimbenika rizika za razvoj komplikacija kao i na rano prepoznavanje i učinkovito liječenje komplikacija bolesti. U tom aspektu djelovanje tima mora odgovarati lokalnim uvjetima, odnosno specifičnostima prakse, strukturi i potrebama populacije u skrbi, prilikama u lokalnoj zajednici u kojoj praksa djeluje i naravno ustrojstvu zdravstvenog sustava¹⁰. Članovi tima trebaju imati osjećaj osobne odgovornosti za uspješan rad tima, primjerenu izobrazbu i uvježbanost, dobro organiziran informacijski sustav te vrijeme određeno za preventivni rad.

MOGUĆE PREPREKE ZA TIMSKI RAD

Vođenje tima je vrlo zahtjevan zadatak. Planiranje rada i podjela zadataka temeljni je dio vođenja tima. No uz to vođa tima treba biti osposobljen strukturirati i olakšati aktivnosti unutar tima. Kako bi dobro vodio tim, voditelj mora dobro poznavati specifičnost zadataka svakog člana tima. Vođenje tima nije samo značajka vođe tima nego ono oslikava i na njega utječu koncepcije i očekivanja drugih članova tima. Klasična teorija vođenja definira tri najčešća stila vođenja. Prvi je stil usmjeren na zadatke (engl. task style), koji se temelji na postavljanju ciljeva, podjeli zadataka, koordinaciji, praćenju i priznanju svakom na ispunjenom zadatku. Drugi je stil usmjeren na odnose (engl. relation style) i temelji se na motivaciji, definiranju zajedničke vizije, potpori individualnom razvoju svakog člana i socijalnoj održivosti. Treći je stil promjena (engl. change style), koji je usmjeren na provođenje organizacijskih promjena kroz traženje različitih perspektiva i poticanje novih načina za unaprjeđenje rada. Istraživanja pokazuju kako je stil vođenja ovisan o strukturi i veličini organizacije. U većim organizacijama i grupama prevladava dominantan i zadatcima usmjeren voditelj¹¹. Izobrazba za timski rad je nedostatna jer je izobrazba na fakultetima organizirana tradicionalno prema pojedinim zdravstvenim profilima. Iako postoje fakulteti zdravstvenog usmjerenja koji objedinjuju obrazovanje više različitih zdravstvenih profila, nema dostatne interakcije programa i suradnje. Dodatno, na medicinskim fakultetima koji obrazuju liječnike ta je izobrazba tradicionalno organizirana na način da se u najvećem dijelu vremena poučavaju pretklinički i klinički sadržaji te kao dodatak javno zdravstvo. Timski se rad "usput" spominje i to vrlo često nedovoljno strukturirano. Osim toga studenti medicine imaju nedovoljno praktičnog rada u cjelini, a posebice onoga u kojem bi mogli na strukturirani način iz prakse usvojiti način timskog rada. Često i nastavnici odnosno voditelji praktičnog rada nisu dovoljno svjesni kako organizirano timski raditi, ne slijede principe timskog rada u svojoj svakodnevnoj praksi te stoga timski rad ne mogu organizirano i sustavno prikazati

studentima i omogućiti im usvajanje takva obrasca rada. Velik je izazov kako oblikovati i implementirati nastavne sadržaje koji će obuhvatiti znanja i vještine potrebne za rad u interdisciplinarnim timovima¹². Tenzije unutar tima, posebice između liječnika i medicinskih sestara, često se pojavljuju, iako su svi svjesni dobrobiti zajedničkog rada. U razrješenju razmirica koje mogu biti izazvane različitim razlozima uvijek je nužno prisjetiti se da je bolesnik u fokusu interesa i napora svakog člana tima i kako je svaki član tima važan kako bi se osigurala primjerena skrb. Na redovitim sastancima tima treba iznijeti problem i razriješiti nesporazum u kolegijalnoj atmosferi uz uvažavanje argumenata i stajališta svakog člana tima. Prepreke koje proizlaze iz organizacije i funkcioniranja zdravstvenog sustava mogu biti vrlo značajne. Primjerice, ako su članovi tima zaposlenici različitih organizacija, onda nije moguće efikasno upravljanje i vođenje tima. Potom, ako su članovi tima na različit način plaćeni, to može dovesti do disfunkcija u zajedničkom djelovanju tima.

RASPRAVA

Timski rad smanjuje osjećaj izolacije liječnika obiteljske medicine. U istraživanju provedenom u Finskoj na nacionalnoj razini utvrđeno je da se 71% liječnika koji rade ili su radili u primarnoj zaštiti u domovima zdravlja slaže s tvrdnjom kako je raditi kao liječnik u domu zdravlja često rad u kojem se liječnik osjeća izoliran bez dostatne stručne podrške. Temeljne komponente profesionalne izolacije liječnika obiteljske medicine su nužnost osobnog donošenja odluka i suočavanje s nesigurnošću, nedostatna suradnja s drugima, nedovoljna uključenost u zdravstveni sustav te nedostatak mentorstva u svakodnevnom radu, odnosno vođenja i nadzora starijih iskusnijih liječnika¹³. Osjećaj nedostatne stručne podrške i izolacije još je naglašeniji u liječnika obiteljske medicine koji rade u individualnim praksama i u jako udaljenim i izoliranim područjima. Liječnici koji rade u pojedinačnim praksama izražavaju kao najvažnije motive za udruživanje mogućnost bolje kvalitete života upravo zbog rješavanja organizacijskih problema koji se pojavljuju uslijed odsutnosti liječnika (izobrazba, bolovanje, godišnji odmor i slično), potom lakšeg osiguranja kontinuiteta zaštite te podjelu i izmjenu profesionalnih znanja i iskustva¹⁴. Opći je trend kretanja organizacijskih oblika opće medicine i primarne zdravstvene zaštite u europskim zemljama od pojedinačnih «solo» praksi prema različitim oblicima grupnih praksi. Trend je počeo sedamdesetih godina u sjevernoeuropskim zemljama, da bi se kasnije proširio na jug prema Španjolskoj i Portugalu. Velika Britanija, koja tradicionalno ima visoko razvijen sustav primarne zdravstvene zaštite, u 2004. godini je imala samo 22% individualnih ordinacija opće medicine, dok se broj multipartnerskih ordinacija povećao sa 68% 1991. godine na 77% 2004. godine. Kako je u Republici Hrvatskoj većina liječnika u službi obiteljske medicine u koncesiji, to je problem nedostatne stručne podrške još snažnije izražen.

Poticanje mogućnosti udruživanja liječnika obiteljske medicine u skupnu praksu svakako pridonosi poboljšanju međusobne suradnje i stručne podrške. U skladu s tim principima tijekom 2014. godine Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) omogućio je skupnoj praksi koja

ima šest članova upošljavanje jedne "zajedničke" medicinske sestre koja u bitnome može pomoći u timskom radu posebice u skrbi za bolesnike koji boluju od kroničnih bolesti. Takav model poboljšanja organizacije i provođenja skrbi za bolesnike koji boluju od kroničnih bolesti već postoji u nekim drugim zemljama, primjerice u Sloveniji, i pokazao se vrlo dobrim. U Sloveniji je 2011. započeo projekt referentnih ordinacija u kojima uz liječnika i medicinsku sestru radi i diplomirana medicinska sestra s pola radnog vremena. Svrha njihova rada je primarna i sekundarna prevencija najučestalijih kroničnih bolesti te programirana i planirana skrb za bolesnike koji boluju od kroničnih bolesti. Program rada referentnih ordinacija postupno postaje sve širi te obuhvaća veći broj kroničnih bolesti za koje su izrađeni protokoli rada i praćenja učinka. To su primjerice KOPB, astma, šećerna bolest tipa 2, arterijska hipertenzija, psihičko zdravlje, zastoj srca, benigna hiperplazija prostate, vođenje antikoagulacijskoga liječenja, bolesti štitnjače. Diplomirana medicinska sestra u referentnoj ordinaciji prije svega se bavi probirom opredijeljene populacije za rano otkrivanje ugroženih ili već oboljelih te praćenjem dobro reguliranih bolesnika s kontroliranom kroničnom bolesti. Referentne ordinacije su organizacijski i sadržajno oblikovan model prakse koji u većoj mjeri može zadovoljiti potrebe kroničnih bolesnika te osigurati učinkovit timski rad nužan za skrb kroničnih bolesnika¹⁵. Važnu i učinkovitu podršku liječniku obiteljske medicine mogu dati drugi liječnici s kojima se povremeno susreće na redovitim strukturiranim sastancima na kojima sudjeluje grupa parnjaka (engl. peers). Na takvim unaprijed planiranim sastancima grupe parnjaka raspravlja se o teškim bolesnicima i raznolikim problemima iz prakse te o novostima. Rasprava u grupi parnjaka (engl. peer groups) daje mogućnost liječniku obiteljske medicine dobiti uvid u ono što rade te preporuke kako bi se uočeni nedostaci mogli poboljšati. Nedostatke u radu liječnika obiteljske medicine najbolje mogu uočiti i procijeniti drugi liječnici obiteljske medicine, a posebice objektivno i pouzdano ako imaju jasna pravila i protokol. Sastanci grupe parnjaka uvelike nalikuju na redovite stručne sastanke liječnika koji rade u bolnici i na istim principima uče jedni od drugih, razrješavaju zajednički probleme iz prakse, daju potporu jedni drugima te temeljem odabranih kriterija procjenjuju rad članova. Organizacija i djelovanje grupe parnjaka u obiteljskoj medicini uvelike potiče razvoj i usvajanje "kliničke metode rada" u obiteljskoj medicini. Ta se metoda odlikuje s nekoliko važnih elemenata kao što je utjecaj starijih i iskusnijih na mlađe, postojanje mentorstva odnosno organizirane stručne podrške i vođenja mlađih članova, usvajanje i korištenje strukturiranog procesa za ocjenu i unaprjeđenje kvalitete rada te razvoj i implementacija novih postupaka, protokola i modela rada. Prepoznajući važnost i korist takva oblika rada, u ugovoru između liječnika obiteljske medicine i HZZO-a organizacija je i rad u grupama parnjaka posebice vrednovan. Za sada, u službi obiteljske medicine u Hrvatskoj mogućnost udruživanja liječnika u skupnu praksu i zapošljavanja dodatne medicinske sestre u skupnoj praksi te dodatno financijsko stimuliranje grupa parnjaka omogućeni su koncesionarima. Nažalost takvi poticaji nisu omogućeni liječnicima obiteljske medicine zaposlenicima domova zdravlja. Na taj se način uvodi nejednakost u uvjetima rada liječnika obiteljske medicine, ali isto tako i nejednakost u ostvarivanju prava iz zdravstvenog osiguranja među osiguranicima HZZO-a. Stoga je nužno što hitnije taj nedostatak ispraviti.

Iako je model doma zdravlja i interprofesionalnog rada i suradnje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ponikao u Hrvatskoj, reformama primarne zdravstvene zaštite posljednja dva desetljeća znatno su se promijenili uvjeti timskog rada. Tako su sada članovi najužeg tima

liječnika obiteljske medicine po svom radnom statusu u većini slučajeva u sasvim različitim položajima. Primjerice, patronažne sestre su zaposlenice doma zdravlja, a većina liječnika obiteljske medicine su koncesionari, dok je samo oko četvrtine liječnika obiteljske medicine zaposleno u domovima zdravlja. Patronažne sestre se ne osjećaju prvenstveno odgovornima svom „užem“ timu nego rukovodstvu doma zdravlja. S druge strane liječnici u želji da zadrže pacijente ne žele s drugim zdravstvenim profesionalcima dijeliti informacije o pacijentima. Štoviše, kako su pacijenti svjesni svoje „moći“ koja proizlazi iz načina financiranja, to i od patronažne službe često zahtijevaju usluge koje nisu u djelokrugu njezina rada. Osim što pripadaju različitim poslodavcima i njihov je način plaćanja posve različit, patronažne sestre dobivaju jednaku plaću neovisno o rezultatima rada, dok liječnik u koncesiji svojim radom može bitno utjecati na visinu svog osobnog dohotka. Stoga je komunikacija i suradnja između patronažne sestre i liječnika obiteljske medicine u Hrvatskoj u velikoj mjeri otežana i nedostatna¹⁶.

ZAKLJUČAK

U zbrinjavanju bolesnika koji boluju od kroničnih bolesti timski je pristup neophodan s obzirom na spektar problema i poteškoća te složenost skrbi. Interdisciplinarni tim u kojem članovi iz različitih profesija i područja rade u ostvarenju zajedničkog cilja, gdje postoji partnerstvo, primjerena komunikacija i razumijevanje te uvažavanje specifičnosti pristupa i djelovanja svake profesije uključene u taj interdisciplinarni tim, omogućuje ispunjavanje zdravstvenih potreba bolesnika i njegove obitelji te primjerenu skrb. Uvođenje skupne prakse, omogućavanje zapošljavanja dodatne medicinske sestre u skupnoj praksi te poticaj organiziranja i rada grupa parnjaka (engl peer groups) u službi obiteljske medicine u Hrvatskoj važni su preduvjeti za oblikovanje modela prakse koji u većoj mjeri može zadovoljiti potrebe kroničnih bolesnika te osigurati učinkovit timski rad nužan za skrb kroničnih bolesnika.

LITERATURA

1. Katić M. Proaktivni pristup prevenciji šećerne bolesti i praćenje bolesnika sa šećernom bolesti. U: Bergman-Marković B. ur. Zbornik I. Kongresa Društva nastavnika opće/obiteljske medicine. Zagreb, 2011. Str. 37-49.
2. Ozvačić Adžić Z, Katić M, Kern J, Lazić D, Cerovečki Nekić V, Soldo D. Patient, physician, and practice characteristics related to patient enablement in general practice in Croatia: cross-sectional survey study. *Croat Med J* 2008; 49: 813-23.
3. Vinter-Repalust N, Petricek G, Katic M. Obstacles which Patients with Type 2 Diabetes Meet while Adhering to the Therapeutic Regimen in Everyday Life: Qualitative Study. *Croat Med J* 2004; 45: 630-6.
4. Katić M. Teret bolesti srca i krvnih žila u obiteljskoj medicini. U: Zbornik: 4. Kongres Društva nastavnika opće/obiteljske medicine Bolesnik sa srčanožilnom bolesti u obiteljskoj medicini. Split, Redak 2013. Str. 11-24.
5. Švab I. Definicija obiteljske medicine. U: Katić M, Švab I. i sur. *Obiteljska medicina Zagreb: Alfa*; 2013. Str. 3-11.
6. Johnson JE. Working together in the best interest of patients. *J Am Board Fam Med* 2013; 26: 241-3.
7. Soklaridis S, Oandsan I, Kimpton S. Family health teams. *Can Fam Physician* 2007; 53: 1198-2006.
8. Katić M, Soldo D, Ozvačić Z, Blažeković-Milaković S, Vrcić-Keglević M, Bergman-Marković B, Tiljak H, Lazić Đ, Cerovečki Nekić V, Petriček G. Information systems and the electronic health record in primary health care. *Informatics in Primary Care* 2007; 15: 187-92.
9. Drummond N, Abbot K, Williamson T, Somji B. Interprofessional primary care in academic family medicine clinics. *Can Fam Physician* 2012; 58: 450-8.
10. Graffy J, Grant J, Williams K, Cohn S, Macaby S, Griffin S, Kinmonth AL. More than measurement: practice team experiences of screening for type 2 diabetes. *Family Practice* 2010; 27: 386-94.
11. Hana J, Kirkhaugh R. Physicians' leadership styles in rural medical care: How are they perceived by staff? *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2014; 32: 4-10.
12. Dahrouge S, Hogg W, Lemelin J, Liddy C. Methods for a study of Antipatory and Preventive multidisciplinary Team Care in a family practice. *Can Fam Physician* 2010; 56: 73-93.
13. Aira M, Mantyselka P, Vehvilainen A, Kampusalo E. Occupational isolation among general practitioners in Finland. *Occupational Medicine* 2010; 60: 430-5.
14. Feron JM, Cerexhe F, Pestiaux D, Roland M, Giet D, Montrieux C, Paulus D. GPs working in solo practice: obstacles and motivations for working in a group? *Fam Pract* 2003; 2: 167-72.
15. Materljan E, Bulc M. Načela prevencije. U: Katić M, Švab I i sur. *Obiteljska medicina Zagreb: Alfa*; 2013. Str. 335-44.
16. Katić M, Bergman-Marković B, Blažeković-Milaković S, et al. *Obiteljska medicina u Hrvatskoj. Medix* 2011; XVII(94/95): 148-56.