



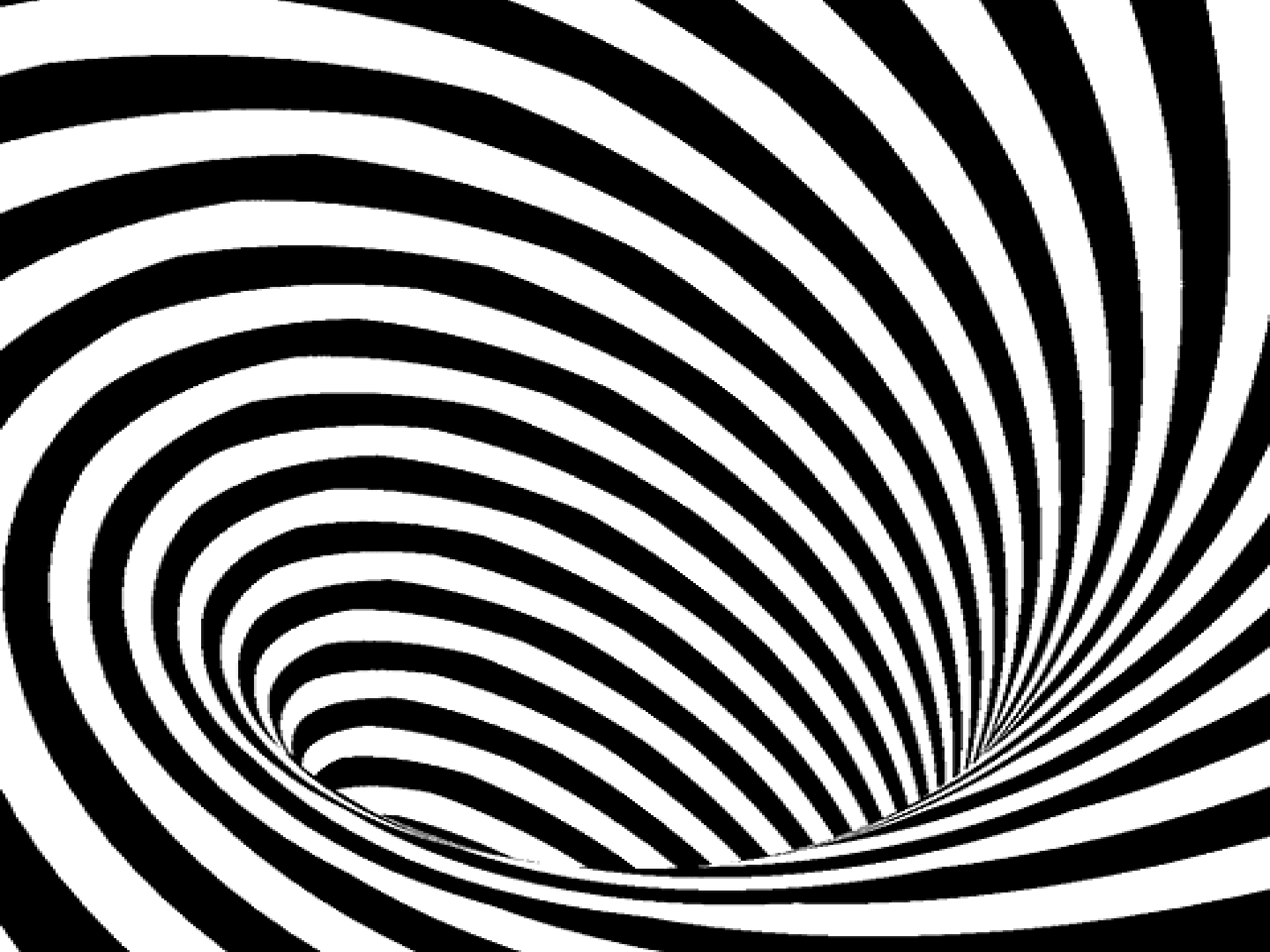
Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -
Zveza strokovnih društev medicinskih sester,
babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Scope of Nursing Roles in Primary Care in Slovenia

Metka Žitnik, MSc
metkazitnik@outlook.com







Angela Boškin

- Geboren am 06.06.1886
- Im Jahr 1914 schloss sie ihre Ausbildung zur Diplomkrankenschwester in Wien ab.
- Am 27.01.1919 erhielt sie das erste Dekret zur Ernennung als Feldschwester in Jugoslawien.
- Im Jahr 1953 wurden im ehemaligen Jugoslawien polyvalente Zentren mit Gemeindeschwestern eingerichtet.





Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -
Zveza strokovnih društev medicinskih sester,
babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije





Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -
Zveza strokovnih društev medicinskih sester,
babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije





NORM

2500 EINWOHNER PRO 1
COMMUNITY NURSE



Community nurse

- Sie kümmert sich aktiv um die Gesundheit der Bevölkerung in einem bestimmten Gesundheitsbereich, entwickelt Programme zur Gesundheitsförderung und ermutigt die Versicherten, bestmöglich für ihre eigene Gesundheit und die ihrer Familien zu sorgen.
- Sie wird als eigenständiger Dienst oder als organisatorische Einheit der primären Gesundheitsversorgung in den Gesundheitszentren organisiert und ist an allen Tagen des Jahres verfügbar.
- In einigen Gebieten wird sie als selbständige Tätigkeit von Konzessionären durchgeführt, die in das öffentliche Gesundheitsnetz integriert sind.



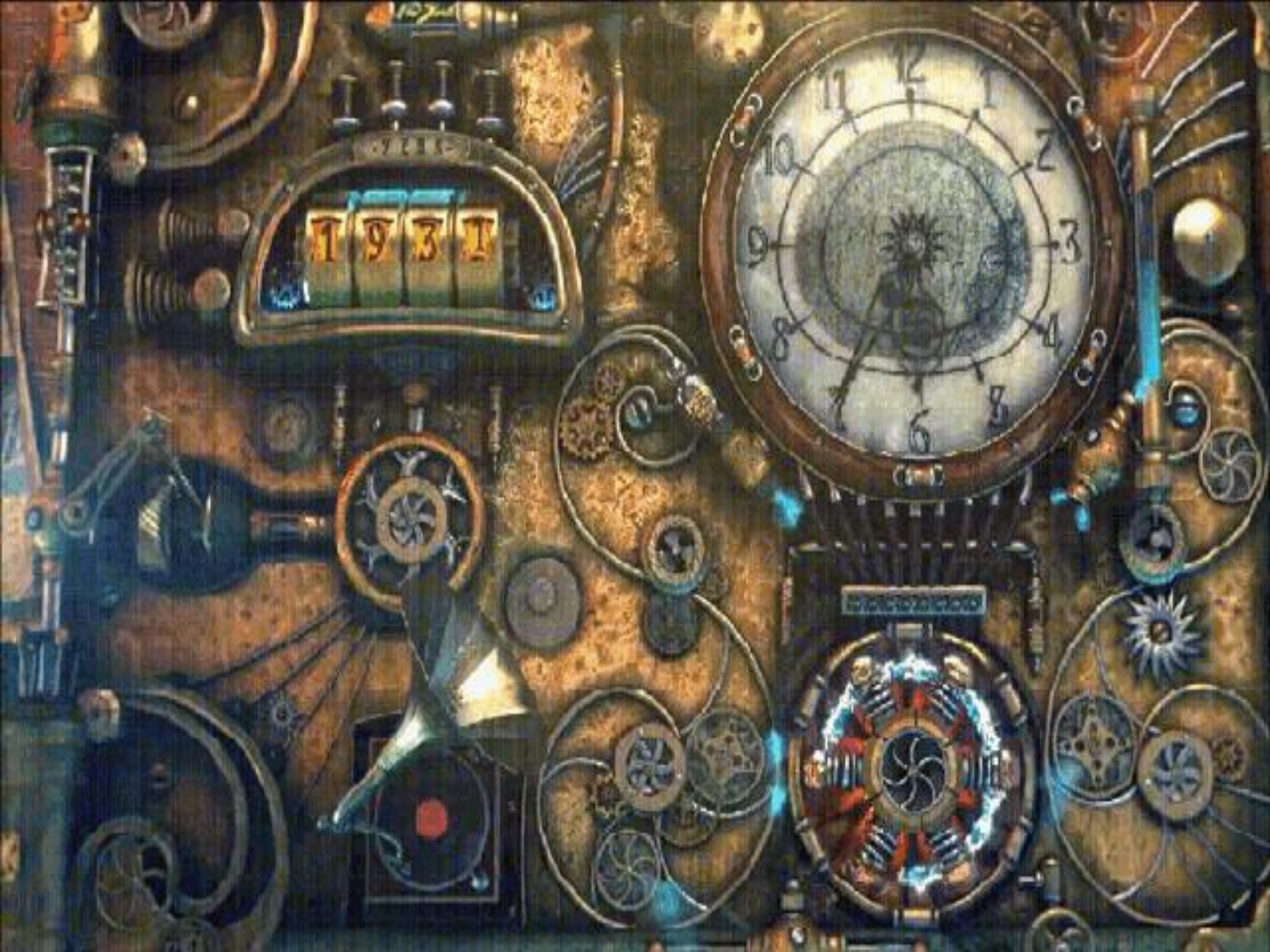
Umfang der Arbeiten

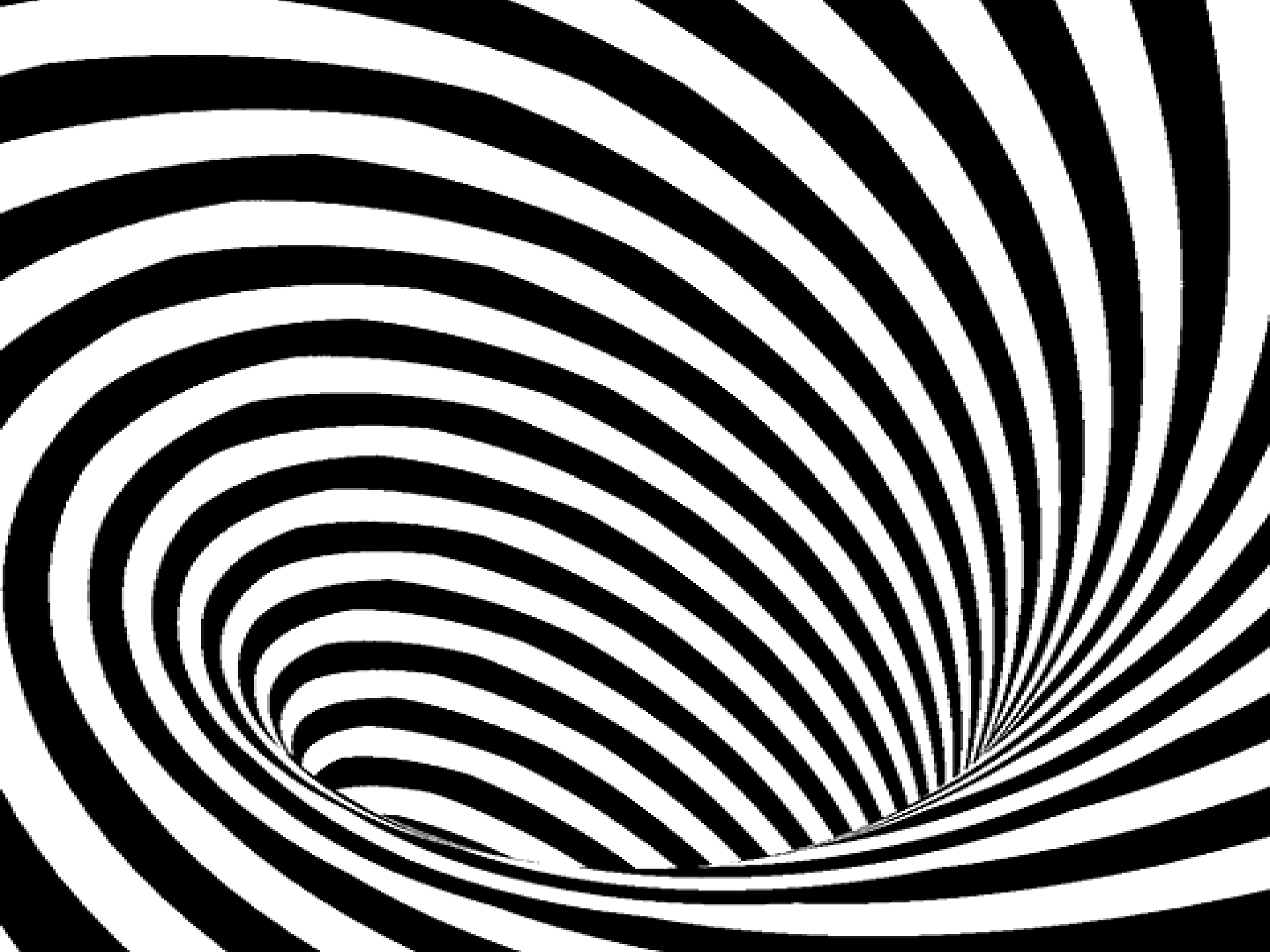
- Hausbesuche in der Schwangerenvorsorge;
- zwei Hausbesuche bei Wöchnerinnen;
- sechs Hausbesuche bei Neugeborenen und Säuglingen im ersten Lebensjahr;
- zwei zusätzliche Besuche bei blinden und behinderten Müttern;
- Hausbesuch bei Kindern im 2. und 3. Lebensjahr;
- zwei Hausbesuche pro Jahr für blinde und sehbehinderte Menschen mit zusätzlichen Behinderungen im Alter zwischen 5 und 25 Jahren;
- Hausbesuch mit präventiver Beratung für Frauen, die einer Einladung zu einer gynäkologischen Untersuchung nach drei Jahren nicht nachkommen;
- zwei Hausbesuche pro Jahr für Menschen ab 65 Jahren, die einsam und sozial benachteiligt sind;
- zwei Hausbesuche pro Jahr für Versicherte ab 25 Jahren:
 - die an aktiver Tuberkulose leiden,
 - die an Erkrankungen des Bewegungsapparats und des neuromuskulären Systems leiden,
 - die querschnittsgelähmt oder tetraplegisch sind,
 - die an Multipler Sklerose oder Zerebralparese leiden,
 - die eine Entwicklungsstörung haben,
 - die eine Behinderung haben,
 - die chronisch krank sind.



Erweiterte Aktivitäten im Bereich der Community nursing

- Häusliche Betreuung von Neugeborenen, Säuglingen und Wöchnerinnen nach einem aktualisierten Programm,
- Kontaktaufnahme der Diplomkrankenschwester des ambulanten Pflegedienstes mit Personen, die nicht auf die Einladungen zu Vorsorgeuntersuchungen in den Hausarztpraxen reagieren, um den Grund für die ausbleibende Reaktion zu ermitteln und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen,
- Durchführung von Beratungen durch Diplomkrankenschwestern aus der ambulanten Pflege in den lokalen Gemeinschaften und
- Erstellung einer Feldanalyse über das Gebiet, in dem die einzelnen Krankenschwestern tätig sind.







Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -
Zveza strokovnih društev medicinskih sester,
babič in zdravstvenih tehnikov Slovenije

WIR SCHREIBEN DAS JAHR 2011 NACH CHRISTUS



A photograph of a woman with long brown hair kissing a black and white dog on the cheek. The dog has a white blaze on its face and brown patches around its eyes. The background shows a house with blue siding and a red door.

Don't kiss me.

I saw you kiss the cat.



NORM

0,5
DIPLOMKRANKENSCHWESTERN
(DGKP) AUF EINEN HAUSARZT



ARBEITSUMFANG

BETREUUNG VON CHRONISCHEN PATIENTEN

- Diabetes,
- Bluthochdruck,
- Asthma,
- COPD,
- Depressionen,
- Osteoporose,
- Gutartige Prostatahyperplasie,
- Koronare Erkrankung

VORSORGEUNTERSUCHUNGEN

- Integrierte Prävention chronischer, nicht übertragbarer Krankheiten



VERWENDUNG VON PROTOKOLLEN

Legende

■	Tätigkeiten/Aufgaben DGKP betreffend
■	Tätigkeiten/Aufgaben Arzt/Ärztin betreffend
■	Tätigkeiten/Aufgaben beide Berufsgruppen betreffend

BOX 1: Diagnose/Einschlusskriterium

- Ärztlich diagnostizierter arterieller Hypertonus

Kategorie	Systolischer RR (mmHg)		Diastolischer RR (mmHg)
Messung in der Ambulanz	≥140	und/oder	≥90
24h Langzeitblutdruckmessung		und/oder	
tagsüber	≥135	und/oder	≥85
nachtsüber	≥120	und/oder	≥70
Durchschnitt	≥130	und/oder	≥80
Messung Daheim	≥135	und/oder	≥85

BOX 2: Anamnese DGKP

- Eigenanamnese
 - Vorerkrankungen
 - Medikamentenanamnese
 - Unverträglichkeiten/Allergien
 - Psychosoziale Anamnese
 - Anamnese Lebensstil
 - Ernährung
 - Körperliche Aktivität
 - Alkohol
 - Rauchen
- Familienanamnese
 - Arterielle Hypertonie
 - KHK
 - Dyslipidämie
 - Diabetes mellitus Typ II
 - Chronische Nierenerkrankung
 - Nächtliche Atemaussetzer/Schnarchen

BOX 3: Untersuchung DGKP

- Messung Blutdruck
- Messung Körpergröße, Körpergewicht
- Messung Taillenumfang
- Berechnung BMI
- 12 Kanal-EKG
- Laboruntersuchung
 - Standard:
 - Blutbild (ins. Hämoglobin, Hämatokrit)
 - Blutzucker
 - Gesamt-Cholesterin, HDL, LDL, Triglyceride
 - Transaminasen (lt. ESC 2018)
 - Harnsäure
 - Kreatinin, GFR
 - Kalium, Natrium
 - Urinbefund (Streifenfest + Untersuchung Urinsediment + Albumin/Kreatinin-Ratio)
 - Bei erhöhtem Nüchtern-BZ oder bekanntem Diabetes mellitus:
 - Zus. Hba1c
 - Bei Hinweisen auf Hyperthyreose (Gewichtsverlust, Palpitationen, Herzrhythmusstörungen, Orbitopathie, vermehrtes Schwitzen, Nervosität)
 - TSH
- Erhebung kardiovaskuläres Risiko
 - anhand des ESC-Score Risk Chart

BOX 4: Untersuchung Arzt/Ärztin

- Klinisch-physikalischer Status
 - je nach Ergebnis eventuell Veranlassung weiter Untersuchungen wie
 - 24h RR
 - 24h EKG
 - Schlafapnoe-Screening
 - ABI-Messung
 - Dopplersonographie der peripheren Arterien
 - Echokardiographie
 - Sonographie der Carotiden
 - Sonographie Abdomen
 - Ophthalmoskopie
 - Bei Hinweisen auf sekundäre Hypertonie, diesbezügliche Abklärung lt. Leitlinie
- Interpretation und Besprechung der kardiovaskulären Risikoberechnung (ESC-Score Risk Chart)



VERWENDUNG VON PROTOKOLLEN

BOX 5: Blutdruckzielwerte

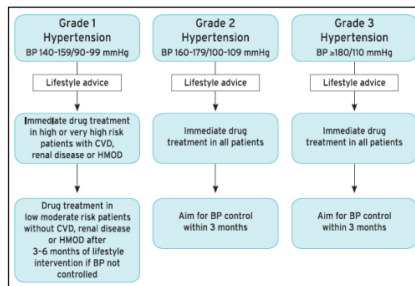
- Generell: <140/90mmHg
- Patienten/Patientinnen mit Diabetes mellitus: <140/85mmHg
- Bei älteren Patienten/Patientinnen erfolgt die Blutdruck-Zielwert Bestimmung individuell nach
 - Psychophysische Leistungsfähigkeit
 - Mobilität/Aktivität
 - Komorbidität
 - → Blutdruckzielwert (insbesondere systolisch) kann in Ausnahmefällen höher vereinbart werden (RR systolisch >140mmHg)

BOX 6: Weitere Abklärung durch Hausarzt/-ärztin

- Sofort, wenn Patient/Patientin Beschwerden angibt
- Sofort, wenn RR > 160/100mmHg
- Sofort oder binnen weniger Tage, wenn
 - Blutdruck nicht zufriedenstellend eingestellt
 - Verdacht auf Medikamentennebenwirkungen
 - Wunsch des Patienten/der Patientin

BOX 7: Blutdrucksenkende Therapie

- Therapieoptionen auf Basis des Hypertoniegrades



- Lebensstilberatung
- Medikamentöse Therapie
- Einladung zur Teilnahme an einer Hypertonieschulung
 - nach dem strukturierten Programm „Herz.Leben“

BOX 8: Lebensstilberatung

- Einladung des Patienten zur Hypertonieschulung nach dem strukturierten Programm Herz.Leben
- Initiale Beratung:
 - Erhöhtes Körpergewicht/Fettleibigkeit
 - Gewichtsreduktion erstrebenswert
 - Richtwert BMI 25 kg/m²
 - Taillenumfang < 102 cm bei Männern, < 88 cm bei Frauen
 - Tägl. mind. 30 min mäßig intensive Körperaktivität (50-70 % der max. Herzfrequenz)
 - Ernährung:
 - Kochsalz auf max. 5 g/Tag reduzieren (1 Teelöffel)
 - Reichhaltige Ballaststoffaufnahme
 - Max. 35 % des tägl. Energiebedarfs durch Fett, < 10 % durch gesättigte- und Trans-Fettsäuren
 - Kohlenhydratreiche Nahrung (Vollkorn-Getreide, Obst, Gemüse, Hülsenfrüchte)
 - Alkoholkonsum: max. 20 g (Männer) bzw. 10 g (Frauen) Maßeinheit tgl.
 - 10 g entspricht:
 - 100 ml Wein
 - 250 ml Bier
 - 250 ml Most
 - 3 ml Spirituosen
 - Rauchverzicht

BOX 9: Überweisung Facharzt/Fachärztin

- Bei vom Arzt als dringend eingestuftem Befunden (z.B. Hypertensive Enzephalopathie)
- Bei absehbar gefährlichem Krankheitsverlauf (z.B. Acute on Chronic Renal insufficiency)
- Bei notwendigen Zusatzuntersuchungen (z.B. Belastungs-EKG)
- Bei unklaren Befunden (z.B. V.a. sekundäre Hypertonie)
- Bei unzureichender Blutdruckeinstellung 6 Monate nach Therapiebeginn/-umstellung

WHAT DID WE KNOW ABOUT OUR POPULATION BEFORE 2011?

NOT MUCH

WHAT DO WE KNOW ABOUT OUR PATIENTS NOW?

1

WE KEEP REGISTERS OF CHRONIC DISEASES

2

WE KNOW OUR POPULATION

3

WE HAVE QUALITY INDICATORS

OUR POPULATION

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
501,196	652,590	786,953	1,060,268	1,153,438	1,253,491	1,400,739

Number of all registered patients in Slovenia.

REGISTERS OF CHRONIC DISEASES

YEAR	ASTHMA	COPD	DIABETES	HYPERTENSIA	DEPRESSION
2012	11,112	5,840	20,871	121,448	No data
2014	21,469	11,480	49,332	166,734	24,375
2018	38,291	18,039	85,927	288,390	62,142

The numbers are growing quickly, because the numbers of GPs using the new work method is increasing and we have an IT support system.

In 2018 we had 805 such teams.

So now, we can provide equal quality of care for all patients.

PREVENTIVE AND FAST ACTIONS

YEAR	COPD	DIABETES	HYPERTENSIA	DEPRESSION
2012	943	3,723	8,015	2,631
2014	931	3,366	6,771	6,551
2018	1,291	5,604	11,580	3,354

Numbers of newly diagnosed patients with chronic disease after a preventive checkup at nurse practitioner in one year.

After doing the prevention work, we try to work actively with the patients, and teach them about a healthy life style; we include them in healthy life style workshops, and monitor their progress.

MANAGING WELL-MANAGED CHRONIC PATIENTS

HbA1c in patients with DIABETES measured once a year

city / year	2015	2016	2017	2018
10 cities in Slovenia	14,283	18,814	23,019	26,921

Patients with chronic disease are invited to see a nurse practitioner at least once a year. In their work they use established protocols and guidelines. If a nurse practitioner detects any problems, the patient is referred to a GP for additional examination.

Measured HbA1c value of 7% or less in patients with DIABETES

city / year	2015	2016	2017	2018
10 cities in Slovenia	9,642	14,977	18,786	22,535

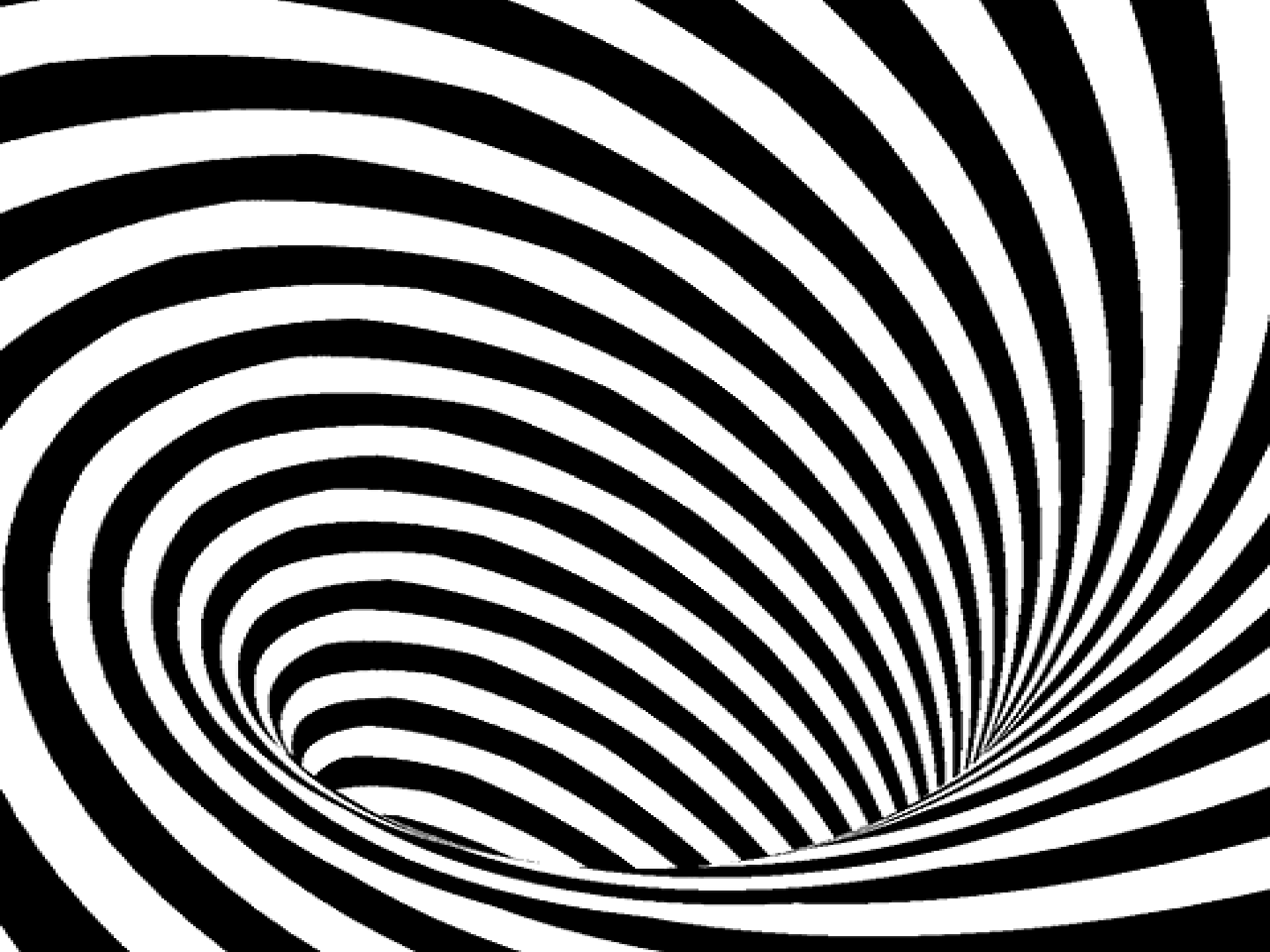
Because we are trying to work actively with our patients (including them in health promotion workshops, conducting regular checkups, cooperating with other professionals, etc.) we have some good results to show.

FOOT STATUS in patients with DIABETES evaluated once a year

city / year	2015	2016	2017	2018
10 cities in Slovenia	9,114	12,995	17,964	21,579

We are teaching patients how to manage their chronic disease, which leads to fewer complications, helps to improve our cooperation and, consequently, reduces the number of patients receiving secondary-level care. We are getting better day by day.







Angst lähmt die Menschen, Mut hilft ihnen, über ihre Grenzen zu gehen und das Unmögliche zu erreichen.



THANKS
FOR THE
APPLAUSE.

