

REGIONALNE RAZLIKE U PATRONAŽNOJ DJELATNOSTI U RH, PERIOD 1995. - 2012. GODINE

REGIONAL DIFFERENCES IN COMMUNITY HEALTH SERVICE IN THE REPUBLIC OF CROATIA FROM 1995 TO 2012

Zvonimir Bendeković, Dobrislav Šimić, Mladenka Vrcić Keglević

Sažetak

Promjene koje su se dešavale u cjelokupnom zdravstvenom sustavu obuhvatile su i patronažnu djelatnost, ali s vrlo malo publiciranih istraživanja kojima bi se to evaluiralo. Stoga je cilj ovog rada bio istražiti postoje li regionalne razlike u broju patronažnih sestara (PS) i broju posjeta u periodu od 1995. do 2012. Kao osnovni izvor podataka poslužili su Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopisi za te iste godine. Rezultati istraživanja su pokazali da broj PS blago raste do 2010. godine, nakon čega broj opada. Prosječan godišnji broj posjeta po jednoj PS sestri pokazuje kontinuirani rast tijekom cijelog perioda praćenja. Međutim, uočene su velike razlike između županija. U nekim županijama su relativno male varijacije u broju posjeta na jednu PS, dok su u drugima razlike velike. Najveće promjene su se dogodile u Splitsko-dalmatinskoj, Šibensko-kninskoj, Ličko-senjskoj i Brodsko-posavskoj županiji, a najmanje

u Varaždinskoj, Primorsko-goranskoj i Krapinsko-zagorskoj županiji. To je djelomično objašnjivo povećanjem ili smanjenjem prosječnog broja stanovnika u skrbi jedne PS. Izrazito povećanje prosječnog broja posjeta po jednoj PS u Splitsko-dalmatinskoj županiji je najvjerojatnije posljedica izrazitog manjka patronažnih sestara. U Zadarskoj županiji zabilježen je najmanji broj stanovnika i najmanji broj posjeta po jednoj PS. Međutim, u nekim županijama su se događale promjene u prosječnom broju posjeta nevezano uz broj stanovnika u skrbi. To je posebno vidljivo u Brodsko-posavskoj županiji gdje se uz povećanje broja PS povećao i broj posjeta po PS. Rezultati istraživanja mogli bi poslužiti planerima i ugovarateljima zdravstvene zaštite da pokušaju riješiti problem nejednake distribucije patronažne djelatnosti u RH.

Ključne riječi: patronaža

Zvonimir Bendeković, Dom zdravlja Varaždinske županije, Trg kralja Tomislava bb, 42250 Lepoglava,
e-mail: bendek@net.hr

Dobrislav Šimić, Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Dobrislav Šimić, Trg Svete Marije 17, 42253 Bednja,
e-mail: dobri@varazdin.com

Prof. dr. sc. Mladenka Vrcić Keglević, Zaklada za razvoj obiteljske medicine, Črešnjevec 32, 10 000 Zagreb,
e-mail: mvrcic@zzrom.org

Summary

Changes that were going on in the total health care system included community health service as well but only a few studies on its evaluation were published. The aim of this study was to explore whether regional differences in the number of community health nurses and the number of their visits from 1995 to 2012 existed. Data from the Croatian Health Service Yearbooks were used for the study. The results showed that the number of community health nurses was slowly increasing until 2010 and decreasing afterwards. The average number of visits per one community health nurse was showing continued increase during the whole studied period. However there were big differences noticed among the counties. In some counties those differences were rather small while in the other they were high. The biggest changes occurred in Splitsko-dalmatinska, Šibensko-kninska, Ličko-senjska, and Brodsko-posavska counties and the smallest in Varaždinska, Primorsko-goranska, and Krapinsko-zagorska counties. This could be explained by increasing or decreasing number of population in the care of one community health nurse. Significant increase of the average number of visits per one community health nurse in Splitsko-dalmatinska county is probably the result of their shortage. In the Zadar county the smallest number of inhabitants and visits was recorded. However in some counties changes in the average number of visits occurred regardless the number of inhabitants in care. It is especially evident in Brodsko-posavska county where together with the increased number of community health nurses the number of visits increased as well. The results of this study could be used by planners and health services' negotiators in order to try to solve the problem of unequal distribution of community health services in the Republic of Croatia.

Key words: community health nursing

Uvod

Počeci rada patronažne službe u Hrvatskoj sežu u tridesete godine 20. stoljeća kada je osnovano Središte sestara pomoćnica za socijalno-higijenski rad u Zagrebu. Ta zdravstveno-socijalna služba bila je usredotočena na rješavanje socijalnih problema. Od 1935. godine počinju i s provođenjem odgojnog rada kroz tečajeve za majku i dijete i njege bolesnika u kući. Osnivanjem domova zdravlja 1952. godine patronažne sestre (PS) preuzimaju polivalentni način rada i sastavni su dio tima liječnika obiteljske medicine (LOM), odgovornih za populaciju na određenom području. Od 1998. godine, kada je uveden slobodan izbor liječnika, LOM preuzima odgovornost za pacijente koji su ga odabrali, a patronažna djelatnost ostaje vezana za teritorijalnu podjelu¹. Prema postojećem zakonu u patronažnoj djelatnosti potrebna je dodiplomska razina obrazovanja, današnji studij sestinstva². Patronažne sestre samostalni su djelatnici primarne zdravstvene zaštite na temelju Odobrenja za samostalni rad od strane Hrvatske komore medicinskih sestara³.

Nakon privatizacije primarne zdravstvene zaštite, PS su nastavile rad kao uposlenici domova zdravlja s obvezom sklapanja ugovora s HZZO-om za provođenje patronažne djelatnosti. Sukladno Standardima i normativima koji se nisu značajnije mijenjali još Od 1994. godine, jedna PS se ugovara na 5100 stanovnika, s tim da se taj normativ smanjuje na specifičnim područjima kao što su otoci ili veće zemljopisno područje slabe naseljenosti (od 2800-5100 stanovnika)⁴. Struktura rada patronažne službe određena je Planom i programom mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja koji se nekoliko puta mijenjao, a zadnja verzija, uz minimalne promjene, donesena je 2012. godine⁵. Prema Planu i programu mjera, normiran je broj posjeta PS pojedinim grupama stanovništava na način da je predviđena 1 posjeta trudnici u tijeku trudnoće, 2 posjete babinjači i novorođenčetu (jedan u prvom tjednu, a drugi nakon 15 dana), 2 posjete dojenčetu do 1 godine

starosti, 1 posjet predškolskom djetetu i najmanje 1 posjet ostaloj djeci i školi. Broj ostalih posjeta nije normiran nego je prepušten procjeni PS i liječnika o individualnoj potrebi bolesnika ili situacije. U to su uključene posjete za procjenu socijalnih i higijenskih prilika, kroničnim bolesnicima i onim starijim od 65 godina koji nisu posljednju godinu bili kod liječnika te invalidima⁵.

Osnivanjem Ustanova za zdravstvenu njegu u kući patronažne sestre dobivaju i novu ulogu u radu s kroničnim bolesnicima. Medicinska sestra iz kućne njege na kraju mjeseca dostavlja izvješće o provedenim postupcima kod pacijenta u kućnoj njezi. Patronažna sestra obvezna je Pravilnikom HZZO-a tijekom razdoblja pružanja zdravstvene njege u kući običi osiguranu osobu i na kraju mjeseca obavijestiti liječnika o stanju pacijenta ili potrebi obavljanja pregleda, o potrebi nastavka ili prekida provođenja njege u kući te k tome priložiti potreban obrazac o stanju pacijenta⁶.

Iako je patronažna djelatnost prvenstveno preventivna i zdravstveno-odgojna koja ima zadaću očuvanja i unapređenja zdravlja, otkrivanja bolesnih i socijalno ugroženih, uočeno je da je glavna rada PS vezana za kronične bolesnike⁷. Cilj ovog rada je bio istražiti kretanje broja PS, prosječnog broja posjeta po jednoj patronažnoj sestri u periodu od 1995. – 2012. godine i postoje li regionalne razlike po županijama.

Metode rada

Istraživanje je longitudinalno i observacijsko temeljeno na rutinski prikupljenim podacima. Osnovna baza podataka prikupljena je iz Hrvatskih zdravstveno-statističkih ljetopisa, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, za period 1995. - 2012., podaci koji se odnose na patronažnu djelatnost⁸. Podaci su u ljetopisima prikazani po županijama i po vrsti posjeta za svaku pojedinu godinu. Prikupljeni su podaci o broju PS i o broju njihovih posjeta.

Na temelju podataka o ukupnom broju PS i popisa stanovnika za pojedinu godinu i po županijama, izračunat je prosječan broj stanovnika po pojedinoj PS⁹. Na temelju podataka o ukupnom broju posjeta i broju zaposlenih patronažnih sestara u RH za pojedinu godinu i županiju izračunat je prosječan broj posjeta po jednoj patronažnoj sestri. Varijabilnost u prosječnom broju posjeta izračunata je na način da je od maksimalnog prosječnog godišnjeg broja posjeta u promatranom periodu oduzet minimalni.

U obradi podataka korišten je Microsoft Office (Excel), a dobiveni rezultati prikazani su slikovno u obliku linijskih grafikona.

Rezultati

Broj PS u RH raste od 1995. do 2003. godine nakon čega se ustaljuje do 2010., te nakon toga do 2012. pada. U 1995. bilo je zaposleno 709 PS, u 2010. 909 PS, a u 2012. godini broj pada na 835. Međutim, primjećene su značajne varijacije u broju zaposlenih sestara unutar županija i u različitim vremenskim periodima. Na sl. 1 su prikazane sveukupne varijacije za svaku županiju kroz navedeno razdoblje.

Najveća ukupna varijabilnost u broju PS u ispitivanom periodu zabilježena je u Splitsko-dalmatinskoj županiji, u kojoj su razlike između najmanjeg i najvećeg broja PS iznosile 97 PS. U Zagrebačkoj, Koprivničko-križevačkoj, Osječko-baranjskoj i Zadarskoj županiji su varijacije iznosile između 31 i 46 sestara. Najmanja varijabilnost zabilježena je u Krapinsko-zagorskoj, Varaždinskoj i Međimurskoj županiji.

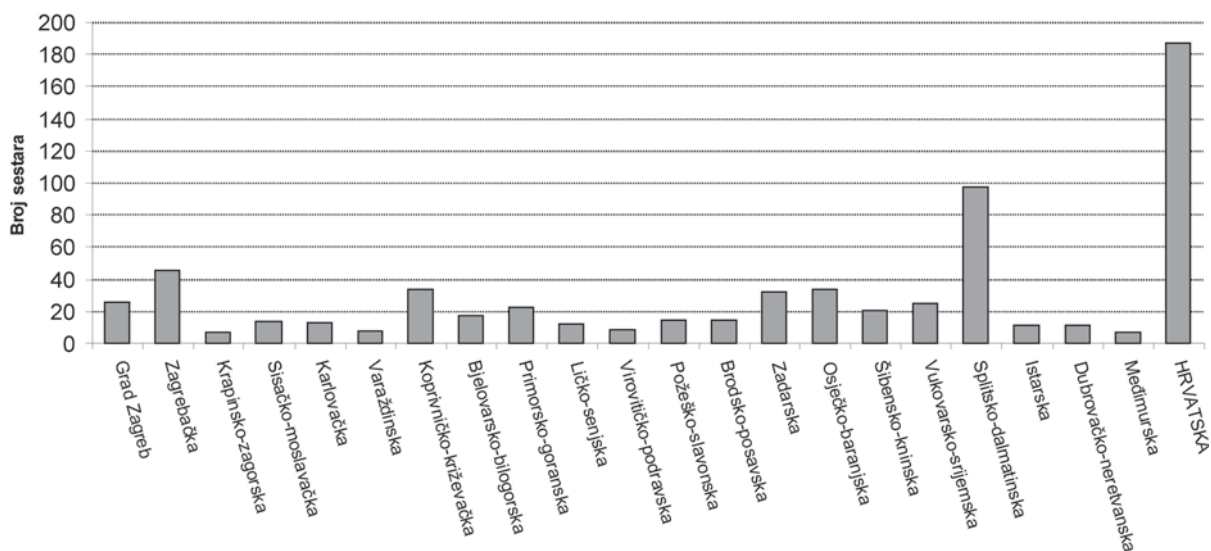
Prosječan broj stanovnika u skrbi jedne PS je u ispitivanom razdoblju pokazivao trend opadanja, s 6563 stanovnika u 1995. na 5132 stanovnika u 2012. godini. Veliki pad je zabilježen u Zadarskoj županiji, s 11304 stanovnika po jednoj PS u 1995 na 3542 stanovnika u 2012. I u Brodsko-posavskoj županiji je prisutan trend pada prosječnog broja stanovnika u skrbi jedne PS s 8333 stanovnika u

1995. na 4664 stanovnika u 2012. godini. Potpuno obrnuti trend se dešavao u Splitsko-dalmatinskoj županiji u kojoj je s prosječno 3361 stanovnika po jednoj PS u 1997. kada je zabilježen najmanji prosječni broj stanovnika u skrbi PS, porastao na 10 336 stanovnika u 2012. godini (sl. 2).

U 18-godišnjem periodu praćenja vidljiv je trend rasta prosječnog godišnjeg broja posjeta po jednoj PS, s 1339 posjeta u 1995. godini na 1826 posjeta zabilježenih u 2012. godini. Međutim, situacija u pojedinim županijama je različita. U Zadarskoj županiji je zabilježen najmanji prosječni godišnji broj posjeta po jednoj PS kroz gotovo cijelo promatrano razdoblje, a kreće se između 732 i 1536 posjeta. I u Splitsko-dalmatinskoj i Brodsko-posavskoj županiji je taj broj bio relativno stabilan i kretao se oko 1500 posjeta godišnje, ali je nakon 2009. godine naglo porastao, na preko 3000 posjeta u Brodsko-posavskoj i na preko 4500 posjeta u Splitsko-dalmatinskoj županiji zabilježenih u 2012. godini (sl. 3). Slične varijacije su zabilježene i u većini ostalih županija i u drugim vremenskim razdobljima, ali ih zbog preglednosti nije moguće grafički prikazati po godinama nego su prikazane kao varijabilnost za sveukupni period praćenja (sl. 4).

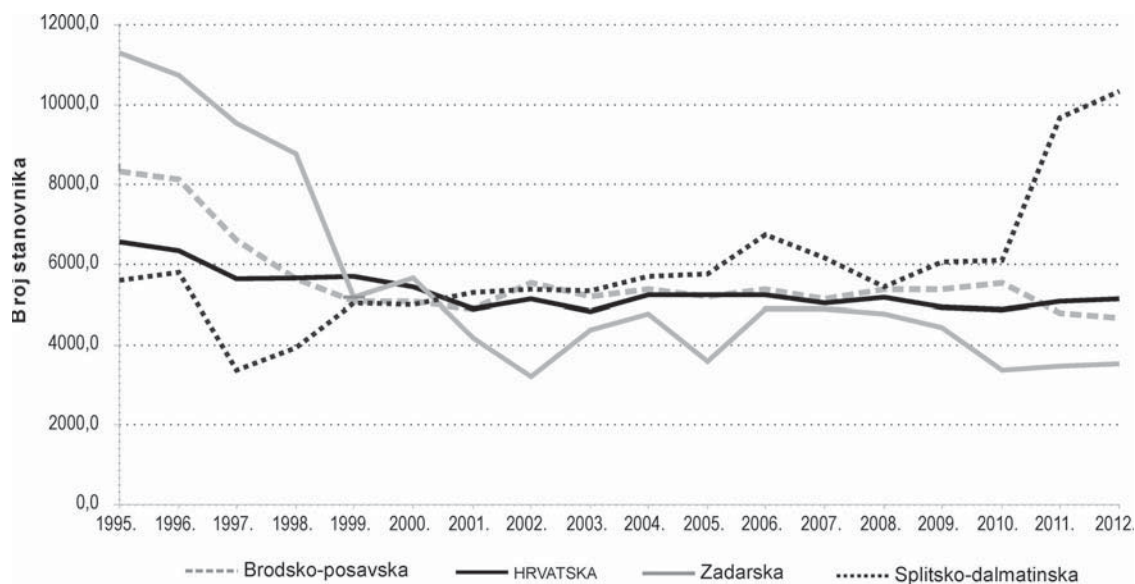
Najveće promjene u broju posjeta jedne PS, prikazanih sumarno za cijeli period praćenja, su se dogodile u Splitsko-dalmatinskoj, Šibensko-kninskoj, Ličko-senjskoj i Brodsko-posavskoj županiji. S druge strane, najmanje promjene su zabilježene u Varaždinskoj, Primorsko-goranskoj i Krapinsko-zagorskoj županiji. Posebna je situacija u Splitsko-dalmatinskoj županiji, u kojoj je jedna PS obavila 915 posjeta u 2008. godini, a 4542 posjete u 2012. godini. Dok je u ovoj županiji razlika između najvećeg i najmanjeg broja posjeta iznosila 3627 posjeta, u Varaždinskoj županiji ona je iznosila svega 409 posjeta (sl. 4).

Na sl. 5 je prikazana međužupanijska varijabilnost u broju posjeta jedne medicinske sestre za svaku godinu u periodu od 1995. - 2012. godine. Do 2009. godine, prosječni broj posjeta jedne PS u županijama je bio prilično ujednačen i kretao se za 500 posjeta više ili manje u odnosu na medijan. Npr. u 2008. godini je jedna PS u Splitsko-dalmatinskoj županiji napravila 915, a u Međimurskoj 2062 posjeta, dok je medijan iznosio 1555 posjeta. Nakon 2009. godine nastupa nagli rast razlika, pretežito zbog naglih porasta broja posjeta po jednoj PS u Splitsko-dalmatinskoj i Brodsko-posavskoj županiji.



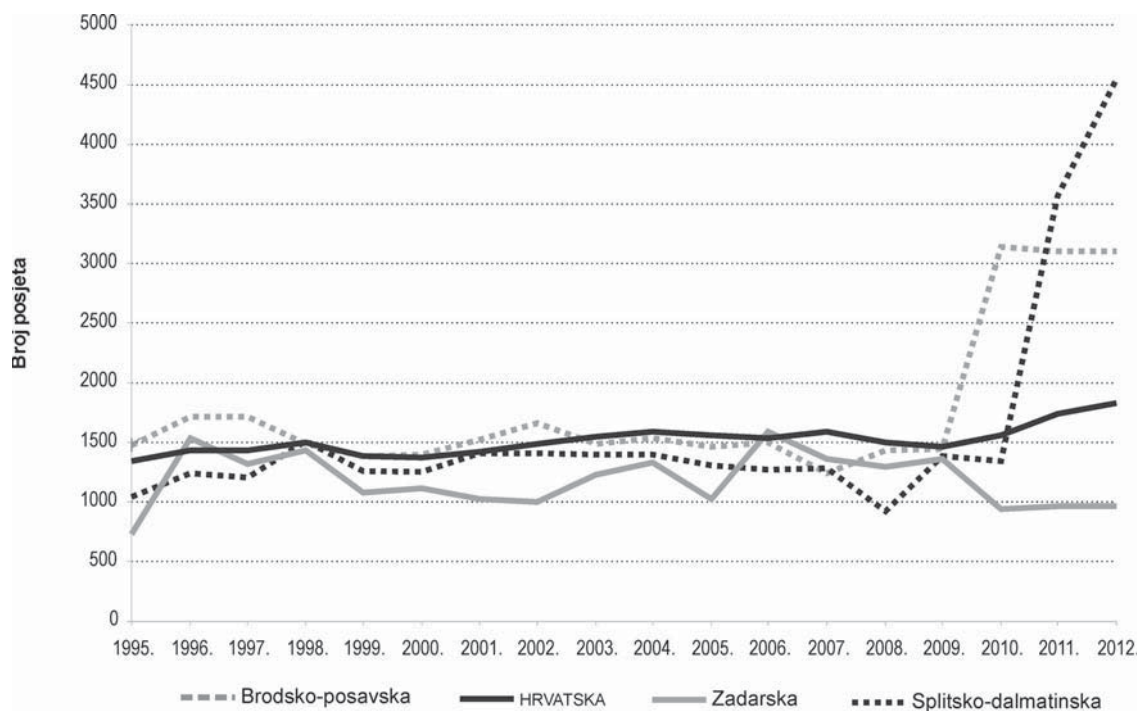
Slika 1. Varijabilnost u broju patronažnih sestara u RH i po županijama, 1995. - 2012.

Figure 1. Variability in the number of community nurses in Croatia according to counties, 1995-2012



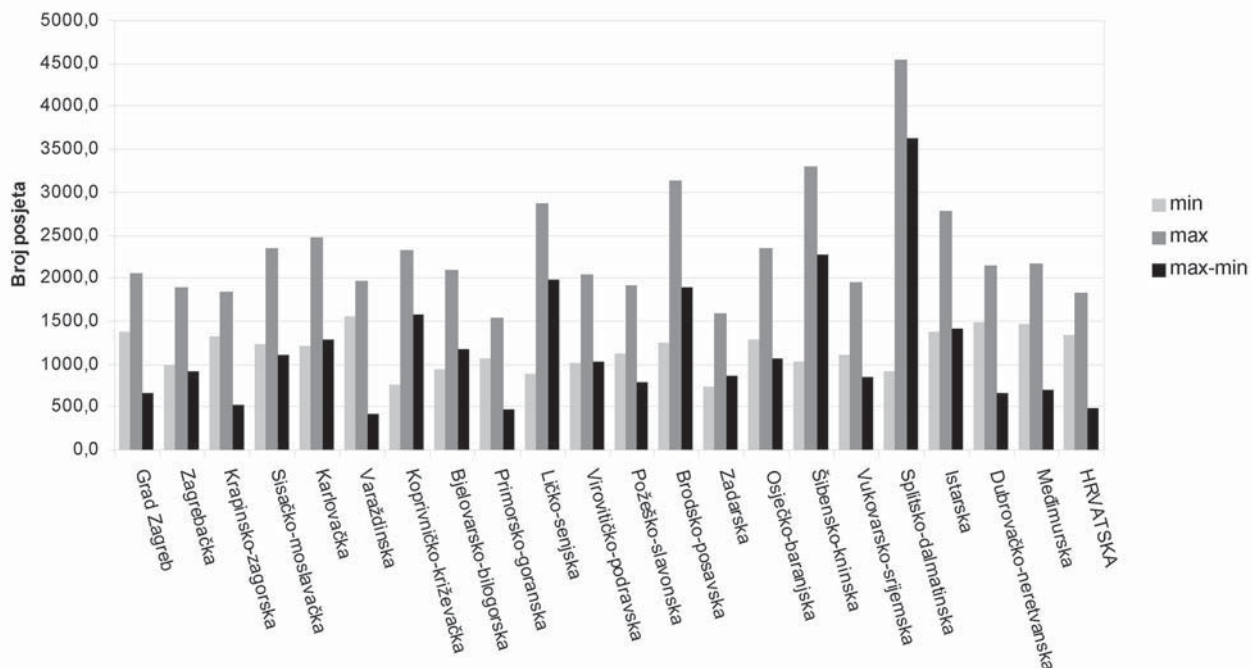
Slika 2. Prosječan broj stanovnika u skrbi jedne patronažne sestre u RH i županijama s najvećim oscilacijama u broju posjeta, 1995. - 2012.

Figure 2. Average number of population in care of one community nurse in Croatia and in the counties with the highest oscillations in the number of visits, 1995-2012



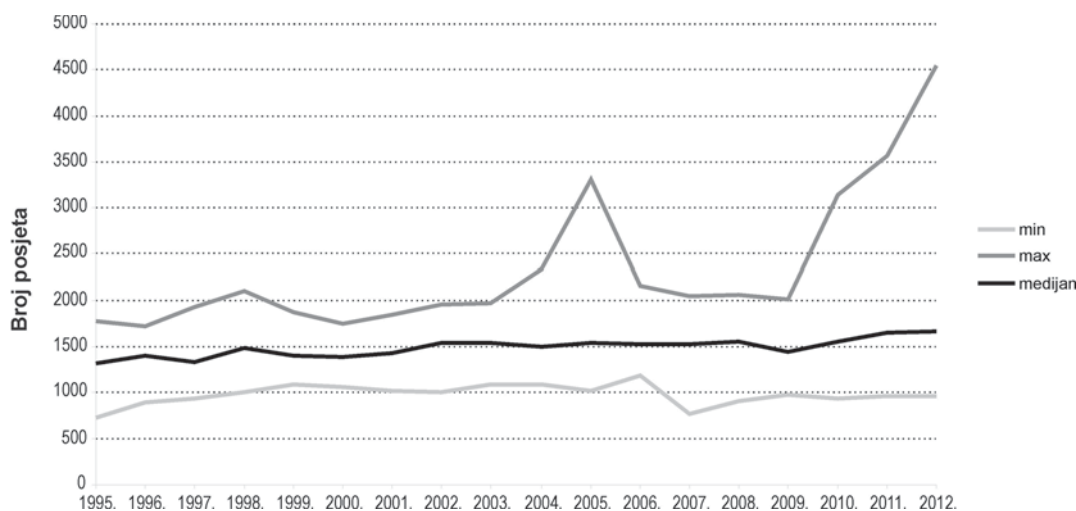
Slika 3. Prosječan broj posjeta po jednoj patronažnoj sestri godišnje u RH i u županijama s najvećim oscilacijama, 1995. - 2012.

Figure 3. Average number of one community nurse visits per year in Croatia and in counties with highest oscillations, 1995-2012



Slika 4. Varijabilnost u prosječnom broju posjeta jedne patronažne sestre u razdoblju od 1995. do 2012.

Figure 4. Variability in the average number of one community health nurse visits from 1995 until 2012



Slika 5. Međužupanijska varijabilnost u prosječnom broju posjeta jedne patronažne sestre u RH, 1995. - 2012.

Figure 5. Intercounty variability in the average number of one community health nurse visits in Croatia, 1995-2012

Rasprava

Rezultati istraživanja pokazuju da, u razdoblju od 1995. do 2003. godine raste broj PS u Republici Hrvatskoj. Nakon toga se ustaljuje do 2010. godine, nakon čega broj opada. Prosječan godišnji broj posjeta po jednoj PS sestri pokazuje kontinuirani rast tijekom cijelog perioda praćenja. Međutim, uočene su velike razlike između županija. U nekim županijama su relativno male varijacije u broju posjeta na jednu PS, dok su u drugima razlike velike. Najveće promjene su se dogodile u Splitsko-dalmatinskoj, Šibensko-kninskoj, Ličko-senjskoj i Brodsko-posavskoj županiji, a najmanje u Varaždinskoj, Primorsko-goranskoj i Krapinsko-zagorskoj županiji. To je djelomično objašnjivo povećanjem ili smanjenjem prosječnog broja stanovnika u skrbi jedne PS, što je u direktnoj ovisnosti o broju PS u pojedinoj županiji. Smanjenjem broja PS u županiji dolazi do povećanja broja posjeta preostalih sestara koje imaju više stanovnika u skrbi. Izrazito povećanje prosječnog broja posjeta po jednoj PS u Splitsko-dalmatinskoj županiji je najvjerojatnije posljedica izrazitog manjka patronažnih sestara. Naime, Sukladno Mreži javne zdravstvene službe, u toj županiji nedostaje 56 PS¹⁰. U Zadarskoj županiji nakon 1999. godine postoji jasna povezanost između prosječnog broja posjeta PS i broja stanovnika u skrbi. U toj je županiji zabilježen najmanji broj stanovnika i najmanji broj posjeta po jednoj PS. Međutim, u nekim županijama su se događale promjene u prosječnom broju posjeta nevezano uz broj stanovnika u skrbi. To je posebno vidljivo u Brodsko-posavskoj županiji gdje se uz povećanje broja PS povećao i broj posjeta po PS. Fenomen smanjenog broja stanovnika u skrbi, a povećanog broja posjeta po jednoj PS je teško objasniti bez dublje analize strukture patronažnih posjeta. To bi moglo upućivati na činjenicu da PS češće posjećuje pojedinog pacijenta, ili pojedine grupe pacijenata. Trebalo bi također analizirati je li njihov broj raspoređen sukladno potrebama pacijenata i/ili sukladno djelokrugu rada patronažne djelatnosti

definiranim Programom mjera zdravstvene zaštite. Međutim, ovo su samo pretpostavke koje je potrebno dodatno istražiti.

Slične rezultate dobio je i Mazzi u svojem istraživanju. I on je uočio regionalne razlike u broju PS, ali i u strukturi patronažnih posjeta, s velikim brojem posjeta kroničnim bolesnicima, roditeljama i novorođenčadi, a manjim brojem od standarda, socijalno ugroženima djelovima populacije i trudnicama⁷. Orjentiranost kroničnim bolesnicima je također vidljiva i iz istraživanja Džakule i sur. te Špehar i sur.^{11,12}. Rezultate istraživanja je vrlo teško uspoređivati s literaturom iz drugih zemalja zbog toga što je organizacija patronažne djelatnosti različita^{13,14}. U većini Europskih zemalja patronažna djelatnost nije organizirana po polivalentnom tipu, nego je, npr. u Velikoj Britaniji, zaposleno više sestara, od kojih je jedna zadužena za zdravstvenu zaštitu majke i djece, druga za zdravstveno odgojne aktivnosti, treća za stariju populaciju, a četvrta samo za psihijatrijske bolesnike¹⁵. Stoga je jedina moguća usporedba sa susjednim zemljama, ali su literaturni podaci također oskudni. Tako npr., u Sloveniji je 2500 stanovnika u skrbi jedne PS definirano kao standard. Međutim, patronažne sestre su djelomično u sustavu koncesija, a djelokrug njihovog rada je drugačiji, više je orjentiran na poslove kućne njege, jer obuhvaća pretežito stariju populaciju¹⁶. U Srbiji je standardni broj definiran na 5000 stanovnika po jednoj PS i pretežito su preventivno orijentirane¹⁷.

Prednosti ovog istraživanja proizlaze iz činjenice što je ono utemeljeno na službenim podacima koji se i inače koriste za planiranja u zdravstvu na nacionalnoj i lokalnim razinama. Osim toga, podaci su na isti način prikupljeni i prezentirani tijekom perioda promatranja, što omogućuje usporedivost. Također je osamnaestogodišnji period praćenja dovoljno dugačak što omogućava donošenje zaključaka da se ne radi o privremenoj pojavi, nego o stalnom trendu. Međutim, podaci su insuficijentni za dublju analizu regionalnih razlika u broju PS i broju patronažnih posjeta. Osim toga, pri prikupljanju podataka, uočene su

stanovite nepreciznosti što bi upućivalo na potrebu pažljivijeg prikupljanja i prikazivanja podataka.

Međutim, usprkos nedostacima dobiveni rezultati o velikim razlikama u broju PS i patronažnih posjeta po županijama mogli bi, planerima i ugovarateljima zdravstvene zaštite, ukazati na potrebu iznalaženja rješenja. Osobito je aktualan problem Splitsko-dalmatinske županije s velikim nedostatkom PS i sukladno tome velikim opterećenjem brojem posjeta, osobito važnim ako se ima u vidu veličina županije s brojnim otocima. Osim toga, postavlja se pitanje standarda broja stanovnika na jednu PS. Je li standard od 5100 stanovnika suviše velik kada se uzme u obzir djelokrug rada, ili kada se uzme u obzir 3500 stanovnika kao standardni broj na jednu sestru u kućnoj njezi? Osobito je važno preispitati standard kada se uzme u obzir rastuće potrebe starijeg stanovništva čiji je udio u RH sve već i, i javno-zdravstvene potrebe uzrokovane socijalnim i ekonomskim promjenama u društvu¹⁸⁻²⁰. Dobiveni rezultati bi također mogli poslužiti kao poticaj za istraživanja učinkovitosti pojedinih intervencija u patronažnoj djelatnosti koja su već prisutna u literaturi, npr. učinkovitost većeg broja posjeta pojedinim pacijentima ili populacijskim grupama koji su uočeni u ovom istraživanju^{21,22}.

Zaključak

Rezultati istraživanja su nedvojbeno pokazali regionalne razlike u broju patronažnih sestara u odnosu na broj stanovnika, kao i regionalne razlike u broju posjeta po jednoj patronažnoj sestri, ponekad i neovisno o broju stanovnika u skrbi. Imajući u vidu jednake potrebe stanovništva na kvalitetnu patronažnu skrb, bilo bi poželjno da planeri i ugovaratelji zdravstvene zaštite porade na smanjivanju regionalnih razlika.

Literatura

1. Mojsović Z i sur. Sestrinsko u zajednici. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, 2005.
2. Zakon o izmjenama i dopunama zakona o sestrinstvu. Narodne novine. 2011;(57).
3. Hrvatska komora medicinskih sestara. Odobrenje za samostalan rad. Dostupno na: www.hkms.hr
4. Pravilnik o standardima i normativima prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja za 1995. godinu. Narodne novine. 1994;(91).
5. Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Narodne novine. 2006;(126).
6. Izmjena Pravila i općih uvjeta ugovaranja primarne, sekundarne i tercijarne razine zdravstvene zaštite i razine zdravstvenih zavoda za razdoblje od 1. travnja do 31. prosinca 2004. godine. Narodne novine. 2004;(81).
7. Mazzi B, Patronažna služba i obiteljski doktor. U: Zbornik radova XI. kongresa HDOD-HLZ. Rovinj 2011. Rovinj: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora; 2011:10-28.
8. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopisi, 1995-2012, Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 1996-2013.
9. Kontingenti stanovništva po županijama, gradovima i općinama. Popis stanovništva 1991, 2001, 2011. godine. Dostupno na: <http://www.dzs.hr/>.
10. Mreža javne zdravstvene službe. Narodne novine 2012;(101).
11. Džakula A, Ivezić J, Žilić M, Crnica V, Bander I, Janev Holcer N i sur. Cardiovascular risk factors and visiting nurse intervention – evaluation of a Croatian survey and intervention model: the CroHort Study. Coll Antropol. 2012;36 Suppl 1: 21–5.
12. Špehar B, Maćešić B. Patronage medical care of patients with diabetes – Health Centre Duga Resa, Croatia. Sestrinski glasnik 2014;19:8-11.
13. Glavin K, Schaffer MA, Halvorsrud L, Kvarme LG. A comparison of the cornerstones of public health nursing in Norway and in the United States. Public Health Nurs 2014;31:153-66.

14. Brookes K, Davidson P, Daly J, Hancock K. Community health nursing in Australia: a critical literature review and implications for professional development. *Contemp Nurse*. 2004;16:195-207.
15. Ilott I, Booth A, Rick J, Patterson M. How do nurses, midwives and health visitors contribute to protocol-based care? A synthesis of the UK literature. *Int J Nurs Stud*. 2010;47:770-80.
16. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega - nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obzor Zdr N*. 2006; 40:247-51. Dostupno na: <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-8KZ1CN9H/?&language=eng>
17. Pravilnik o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe. *Službeni glasnik RS* 2005;(107).
18. Sullivan-Marx EM. Is it time for a public health nursing approach to aging? *J Gerontol Nurs*. 2013;39:13-6.
19. Smith K, Bazini-Barakat N. A public health nursing practice model: melding public health principles with the nursing process. *Public Health Nurs*. 2003;20:42-8.
20. Hansen C, Carryer J, Budge C. Public health nurses' views on their position within a changing health system. *Nurs Prax N Z*. 2007;23:14-26.
21. Dodge KA, Goodman WB, Murphy RA, O'Donnell K, Sato J, Guptill S. Implementation and randomized controlled trial evaluation of universal postnatal nurse home visiting. *Am J Public Health*. 2014;104 Suppl 1:S136-43.
22. van Bekkum JE, Hilton S. The challenges of communicating research evidence in practice: perspectives from UK health visitors and practice nurses. *BMC Nurs*. 2013;12:17.