

Главни истраживач:Прим. др Дејан Константиновић ^{1*}**Водећи истраживачи:**Прим. др Драгица Акулов¹,прим. др Вера Перто²¹Дом здравља Нови Београд, Београд²Дом здравља Краљево

СПОМ СТУДИЈА

Како изабрани лекар опште медицине обавља своју улогу у здравственом систему Србије

Кључне речи:

квалитет здравствене заштите,
артеријска хипертензија,
дијабетес мелитус.

Сажетак

СПОМ студија представља мултицентрично истраживање квалитета рада у општој медицини проспективно-ретроспективног карактера. Обављено је на територији Републике Србије у 7 домова здравља. Учествовало је 1.370 одраслих лица оба пола, просечне старости 61,89 година, оболелих од артеријске хипертензије (688) или дијабетес мелитуса (682). Узорак чине првих 30 пацијената који су се јавили свом изабраном лекару у јануару 2007. У истраживању су учествовала 82 изабрана доктора. Инструменте истраживања сачињавају оригинални анкетни упитници (којих има укупно 7) а мишљење доктора и пацијената анализирано је визуелно-аналогном скалом, ранга од 0-10 *cm*, која омогућава добијање читавог спектра одговора. Испитано је укупно 152 обележја која су дала податке везане за структурне карактеристике, процесне карактеристике, исход лечења и сатисфакцију.

Циљ истраживања је био да се открије *шта је урађено, а шта је требало урадити* за ове болеснике током 2006/2007. године. Поред тога, циљ истраживања треба да покаже да ли постоје препреке за пуну реализацију улоге изабраног доктора, односно да ли је у здравственом систему Србије могуће реализовати савремене принципе здравствене заштите, а пре свега медицине засноване на доказима.

Генерално говорећи, анализирани изабрани доктори у довољној мери квалитетно раде, примењују савремене принципе дијагностике и лечења, што је довело до изразито великог степена задовољства пацијената пруженом здравственом заштитом (9,64). Највећи утицај на високо задовољство пацијената има њихово мишљење о високој стручности доктора, што је показало истраживање на Новом Београду. Исто тако, истраживање на Новом Београду је показало да постоји позитивна корелација (*Спирманов тест*) између броја опредељених грађана и просечног дневног оптерећења које је доста високо. Основне проблеме за успешан рад доктора представља кратко расположиво време за преглед једног пацијента, које у просеку износи 11,45 мин. Пацијенти и доктори тестирани у студији, сматрају да преглед у просеку треба да траје најмање 16,7 мин. Исход лечења је у задовољавајућим границама иако се ради о вредностима гликемије и крвног притиска који показују одређене дневне и сезонске варијације, а успешност лечења у великој мери зависи од стила живота и промене навика. Једино што се уочава у анализи процеса лечења дијабетеса је да би методе клиничког прегледа и дијагностике требало обогатити већим просечним учешћем појединих метода прегледа (нпр. неуролошки преглед, преглед периферних крвних судова, преглед врата - штитаста жлезда и аускултација каротида).

Прим. др Дејан Константиновић
Дом здравља Нови Београд
11070 Београд
Гоце Делчева 30

^{1*}Дом здравља Нови Београд, члан Катедре опште медицине Медицинског факултета у Београду, WONCA-е и EURACT-а, Научног одбора Секције опште медицине СЈД, Главни и одговорни уредник часописа "Општа медицина"

Увод

Служба опште медицине намењена је очувању и унапређењу здравља становништва, а здравствена заштита коју пружа општа медицина треба да реши око 85% свих здравствених захтева грађана. Тако организована општа медицина брани здравствени систем од прекомерне здравствене потрошње и обезбеђује грађанима најприкладнији облик здравствене заштите.

Служба опште медицине је основни и највећи сегмент примарне здравствене заштите, која заједно са локалном самоуправом треба да спроводи превентивне здравствене програме, врши рано откривање обољења и решава приоритетне здравствене проблеме циљне популације. Зато је општа медицина основни конституент дома здравља као основне здравствене установе примарне здравствене заштите, што је јасно утврђено у нашој здравственој легислативи. У реализацији своје улоге изабрани лекар (ИЛ) је у свакодневном раду суочен са низом ограничења како по хоризонталном, тако и по вертикалном начину организовања здравственог система. С друге стране, има пацијената са целином својих биолошких, психичких, социјалних и других проблема који с правом очекују да се сви испостављени захтеви адекватно и квалитетно решавају, јер имају потребу и елементарно право које се назива **квалитетна здравствена заштита**. Пацијент долази код свог ординаријуса за помоћ са одређеним стрепњама и очекивањима, које изабрани лекар треба да препозна и да понуди одговарајућа решења за здравствене и друге уочене проблеме. Најважнији проблем изабраном лекару представља временско ограничење, јер по бројним истраживањима просечно расположиво време за преглед једног пацијента је 6 мин. или мање. Непрекидно повећање администрирања у процесу рада додатно смањује могућности квалитетне здравствене заштите, тако да лекари с правом постављају питање чему нас све ово води, да ли је то само уљуљкивање савести и да ли пацијент треба да буде задовољан што је успео да оствари лекарски преглед, а већи део проблема је оставио за наредну посету лекару. Све то нас уводи у непрекидни зачарани круг и непрекидно кружење кроз систем здравствене заштите уз непрекидну амплификацију трошкова здравствене заштите. Какве су негативне реперкусије оваквог стања? Доктори су незадовољни јер не раде довољно квалитетно, могућност грешке је превелика, прете им санкције са свих страна, незадовољни су улогом тумача прописа, непрекидно су свесни да због тога конфликт на релацији доктор-пацијент виси у ваздуху, а пацијенти су незадовољни јер мисле да им изабрани лекари ускраћују многе потребе, да су нестручни, и није ретко да доктора доживљавају само као административно лице коме треба да се обрате за рецепт или упут и врло често се дешава да сами себе

воде кроз државни или приватни здравствени систем и редовно имају погрешне идеје о свом стилу живота, здравственом поремећају и о томе коме треба да се обрате и шта треба да раде. Дакле, у описаној ситуацији већина учесника у процесу здравствене заштите рефлексно реагује са циљем да реши само тренутни проблем, тренутну епизоду препознатог поремећаја здравља, јер се нема довољно времена за сажимање проблема поремећаја здравља у контексту животне средине, радне средине, породичних односа, генетског наслеђа, фактора ризика, историје болести, претходних обољења, хроничних поремећаја здравља, итд. На тај начин, губи се круцијална улога изабраног лекара да обезбеђује континуитет здравствене заштите у целини билошког проблема и уз анализу утицаја породичног, социјалног, радног и еколошког окружења на психофизичко здравље појединца. Могућност професионалног препознавања здравствених проблема од стране изабраног лекара као могућност систематских, превентивних и циљаних прегледа знатно је снижена, оријентација ка превентивном раду се изгубила у мору других задатака, пре свега куративног и административног карактера, многи здравствени проблеми нису на време препознати, болест или фактори ризика нису на време откривени, губи се драгоцено време и опет улазимо у зачарани круг неефикасне и скупе здравствене заштите, која ствара повећане трошкове лечења, повећање издатака за хитну медицинску интервенцију, болничког лечења, скупих операција, отклањања инвалидности, смањене радне способности, или, што је најгоре, превременом губитку живота.

Делатности изабраног лекара (ИЛ)

- комуникација са локалном заједницом ради добијања информација у вези са здравственим стањем становништва и приоритетним здравственим и еколошким проблемима,
- превентивна делатност,
- здравствено васпитни рад,
- хитна медицинска помоћ,
- заштита менталног здравља,
- рана дијагноза обољења,
- лечење и рехабилитација,
- специјалистичка консултација,
- упућивање на болничко лечење,
- организује кућно лечење,
- палијативно збрињавање,
- примењује читав низ помоћних дијагностичких метода,
- обавља читав низ административних послова и
- спроводи здравствену политику.

Изабрани лекар, дакле, свој начин рада усмерава ка реализацији поменутих задатака, тако да се његова улога може посматрати и са менаџерског аспекта где се изабрани доктор свом партнеру у процесу здравствене заштите (пацијенту) појављује и у улози менаџера у здрављу и болести. Изабрани лекар је и менаџер коришћења здравствене службе и њених ресурса, што има огроман утицај на трошкове здравствене заштите, што је за државу и здравствени систем од огромног значаја. Способност изабраног лекара да обави правилну консултацију са пацијентом, да квалитетно прегледа пацијента, да формира привремену дијагнозу, коју ће касније на крајње рационалан начин проверавати и планирати супсеквентно коришћење здравствених ресурса - омогућава правилно трасирање пацијентовог путање кроз систем здравствене заштите, што доноси најмање две користи:

- **корист за пацијента** која се састоји у брзој и тачној дијагнози, уштеди пацијентовог времена, новца, брзом третману и већем успеху лечења;
- **корист за државу и здравствени систем** која се састоји у рационалном трошењу ресурса и ослобађању капацитета здравствене службе за друге кориснике.

Наведену улогу изабрани лекар остварује:

- коришћењем личних ресурса (структурне карактеристике);
- усавршавањем процеса рада (знање, ставови и вештине);
- коришћењем ресурса установе у којој обавља делатност;
- коришћењем ресурса здравственог система;
- рационалним коришћењем времена.

У обављању наведене улоге нешто зависи од личних и стручних карактеристика ИЛ, али превасходни значај имају фактори локалног карактера (организација службе, опрема, административне мере) и системског карактера (организација здравственог система, мрежа здравствених установа, организација опште медицине, средства за здравствену заштиту, здравствена политика и легислатива, административне мере, финансирање, начин управљања здравственим системом и трошковима итд). Наведени фактори који су ван утицаја ИЛ, могу да представљају озбиљну сметњу, па чак и препреку изабраном лекару да оствари своју улогу у пуној мери, уважавајући своје знање, медицинску доктрину, етику и савремене принципе здравствене заштите, тако да он у таквој ситуацији непрекидно балансира између медицинске науке, државе и појединца.

Значај истраживања

Полазећи од основних принципа савремене здравствене заштите и очекивања да ИЛ функционише у таквом здравственом систему где ће апсолутни приоритет бити квалитетна здравствена заштита која ће створити задовољство како корисницима тако и докторима који је обезбеђују, група доктора опште медицине Дома здравља Нови Београд (Актив лекара опште медицине Подружнице СЛД) решила је да се бави сама собом и да истражи свој начин лечења и проблеме у свакодневном процесу рада¹⁸. На тај начин, одговарајућим истраживањем, аргументовано ће се одговорити етичким потребама када је у питању унапређење здравља и спречавање оболевања одређених грађана, који су им ту обавезу поверили и верују им да ће учинити највише и најбоље за њихово здравље.

Основно полазиште за разматрање овог питања је члан 88 Закона о здравственој заштити Републике Србије, WONCA дефиниција (*The European definition of General practice/Family medicine*), као и круцијални принцип да је савремена здравствена заштита заснована на доказима довољно квалитетна и рационална (*evidence based medicine*).

Циљ истраживања

Основни циљ овог истраживања састоји се у одговору на питање *шта је урађено, а шта би требало урадити?*

Секундарни циљеви обухватају одговоре и на друга питања, као што су, на пример:

- како изабрани доктор обавља своју делатност у данашње време?
- да ли довољно квалитетно ради?
- да ли реализује основне задатке дефинисане нашим здравственим законодавством и WONCA дефиницијом?
- која су то ограничења у свакодневном раду?
- какво је задовољство партнера у процесу здравствене заштите?
- које интервенције организационе природе треба применити?
- која су системска решења неопходна?

Дизајн студије

Истраживање припада мултицентричном истраживању квалитета здравствене заштите проспективно-ретроспективног карактера и служи анализи процеса рада у општој медицини. Да би се истражио квалитет рада потребно је тестирати стандардне елементе за процену квалитета (схема 1)^{1,2,3,4}.



* Самостално решавање здравствених захтева пацијената

Схема 1. Елементи потребни за процену квалитета здравствене заштите

Инструменти истраживања

Инструменти истраживања су оригинални анкетни упитници којих има укупно 7 са 152 обележја :

- 1. Историјат лечења артеријске хипертензије**
Ретроспективна анализа процеса рада током 2006.
- 2. Лечење артеријске хипертензије**
Проспективна анализа процеса рада јануара 2007.
- 3. Историјат дијабетеса**
Ретроспективна анализа процеса рада током 2006.
- 4. Лечење дијабетеса**
Проспективна анализа процеса рада јануара 2007.
- 5. Сатисфакција корисника здравствене заштите**
- 6. Пацијенти**
Основни подаци о пацијентима, њиховом здравственом стању и коришћењу здравствене службе.
- 7. Структурне карактеристике**
Подаци о докторима, извршење плана рада у 2006. години, организација пружања здравствене заштите, сатисфакција, предлог мера.

Истраживање мишљења доктора и пацијената обављено је визуелном аналогном скалом (ранг 0–10 cm), која пружа могућност добијања читавог спектра одговора (100).

Период истраживања

Период истраживања обухвата ретроспективну анализу изворних података процеса лечења у периоду од 1. јануара до 31. децембра 2006. из здравствених картона пацијената и проспективну анализу процеса рада у периоду од 1. до 31. јануара 2007. год.

Узорак

Узорак пацијената сачињава 1.370 одраслих лица, оба пола, који болују од артеријске хипертензије или дијабетеса, а лече се код једног од истраживача као изабраног доктора. Анализом је обухваћен рад 82 изабрана доктора из домова здравља са територије Србије.

Методологија истраживања

Током јануара 2007. првих 30 пристиглих пацијената оболелих од наведених клиничких ентитета уврштавају се у истраживање на тај начин што пацијенти пре прегледа, уз пристанак за анонимно анкетирање, попуњавају личне податке и своје мишљење уносе у упитник *Пацијенти* а по завршетку прегледа попуњавају упитник под називом *Сатисфакција*.

На основу података из здравственог картона опредељеног пацијента, изабрани доктори уносе податке о томе шта је све урађено током процеса лечења у 2006. години у упитник *Историјат лечења* а оно што тренутно раде и планирају током процеса лечења у јануару 2007., уносе у упитник *Лечење обољења*. На крају истраживања доктори попуњавају податке о себи и уносе их у упитник *Структурне карактеристике*.

Прикупљене податке истраживачи уносе у компјутерски програм (СПСС) и анализирају, а завршна фаза истраживања обухвата компјутерску обраду добијених резултата, формирање и дистрибуцију извештаја, текстуално уобличавање, презентацију и публикавање.

Резултати истраживања

У истраживању су учествовали домови здравља из Београда (Нови Београд, Земун, Палилула) и са подручја Србије: Краљево, Пирот, Зрењанин, Ваљево (слика 1).



Слика 1. Домови здравља који су учествовали у “СПОМ” студији

Пацијенти

Истраживањем је обухваћено 1.370 пацијената оболелих од дијабетес мелитуса тип 2 (682) и артеријске хипертензије (688), просечне старости 61,89 година. Просечна дужина трајања обољења код дијабетеса износи 11, а код артеријске хипертензије 12 година. У популацији оболелих од дијабетес мелитуса полна структура показује да је од укупног броја оболелих 55% мушкараца и 45,34% жена; 77% жена оболелих од дијабетеса припада групи жена у менопаузи. Просечан број фактора ризика за дијабетичаре износи 2,88, а за оболеле од повишеног крвног притиска 2,87.

Табела 1. Образовна структура пацијената (N=1.370)

Ukupno	R.b.	VRSTA OBRAZOVANJA	Broj	%
1370	1.	Bez završene srednje škole	522	38.10%
1370	2.	Srednja škola	564	41.17%
1370	3.	Viša škola	128	9.34%
1370	4.	Fakultet	155	11.31%

Из претходно приказаног прилога уочава се да су пацијенти претежно средњег стручног образовања (2/5).

Структурне карактеристике изабраних лекара

У истраживању су учествовала 82 изабрана лекара опште медицине, просечне старости 42,7 год. - 59,76% специјалиста опште медицине; 34,15% лекара опште медицине и 6,1% лекара на специјализацији опште медицине. У групи специјалиста опште медицине учествовало је 13 примаријуса, један магистар и један доктор наука. Просечан специјалистички стаж износи 11,06 а укупан лекарски стаж 16,46 година (табела 2).

Табела 2. Структурне карактеристике лекара у студији - СПОМ 2006

Параметар	Просечна вредност						
	Краљево	Нови Београд	Пирот	Зрењанин	Валево	Земун	ПАВЛОД
Старост лекара	43.68	45.5	41.75	45.42	37.53	42.37	51.5
Укупан стаж лекара	17.16	17.5	13	19.14	10.11	15	23.33
Укупан спец. стаж лекара	11.06	9.4	5.25	7.6	9.36	8.5	14.73
Број регистрованих пацијената по лекару	1684.74	23.47	927.5	2142.85	1019.09	2154.87	1956
Број укупних прегледа по лекару	6574.88	6521.2	9562.5	7623.42	7984.42	5802.75	6427
Број укупних прегледа на дан по лекару	40.04	32.1	35.75	34.71	30.24	31.5	34
Број новонастих прегледа по лекару	5125.18	3369.6	2950	3505.2	5329.78	3953.37	4114.5
Број првих прегледа по лекару	1449.69	3151.6	1449.7	4118.22	2664.95	1849.38	2312.5
Број превентивних прегледа по лекару	180.17	406.87	412.5	238	15.89	435	622.5
Број систематских прегледа по лекару	88.4	185.07	295	149	5.58	0	354
Просечна вредност задовољства пацијената	9.4	9.5	9.85	9.78	9.82	9.54	9.9
Оцена сатисфакције лекара	7.57	6.6	8.35	8.2	9.87	8.35	8.33
Број пацијената задовољних студијом	191.0	598	156	50	178	162	37
Просечна старост пацијената	61.07	64.5	61.5	60.6	60.01	63.56	62
Потребно време за преглед пацијената	16.6	17.5	18.78	15	15.3	18.75	15
Број лекара у студији	25.0	15	4	8	19	8	3

Просечан број опредељених грађана по једном лекару износи 1.712,75; укупно је обављено у просеку 7.346,58 прегледа за годину дана, или 34,05 прегледа на дан, што значи да је расположиво време за преглед у просеку износило 11,45 минута.

У структури прегледа види се да је обављено: 2,91% (161,44) систематских прегледа; 4,49% (330,13) превентивних прегледа; 55,1% (4.049,66) поновних прегледа и 33,05% (2.428,01) првих прегледа. На основу изнетих података може се закључити да се код **оваквих болесника** систематски и превентивни прегледи обављају у доста оскудном броју. Однос првих/поновних прегледа износи 0,599 (2.428,01/4.049,66). Вероватно ћете се сложити са мном да се методологија рада изабраних лекара са пацијентима оболелим од дијабетес мелитуса и артеријске хипертензије не уклапа у неке опште-прихваћене методе рада.

Квалитет лечења артеријске хипертензије и дијабетеса^{3,4,8,9,15}

Квалитет лечења анализиран је путем:

1. *Исхода лечења* који се процењује на бази степена редукције гликемије и вредности измереног крвног притиска.
2. *Процесних карактеристика* (технички аспект здравствене заштите). Примењени методи прегледа и дијагностике који се процењују на бази расположивих пристиглих података.
3. *Сатисфакције корисника и сатисфакције изабраних доктора* обављањем своје улоге изабраног лекара.

Исход лечења артеријске хипертензије

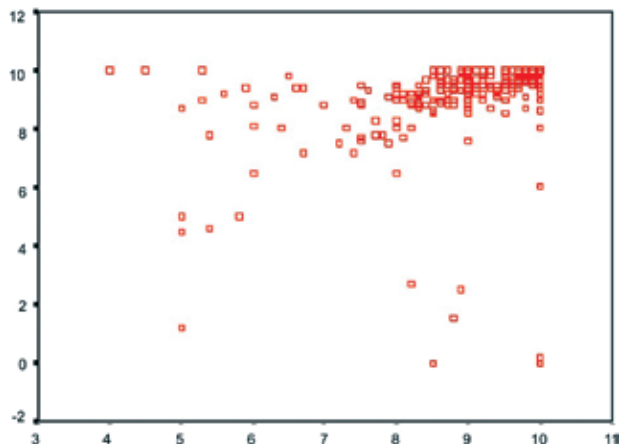
Просечна вредност крвног притиска за све испитанике у студији у 2006. години износила је 148/89 mmHg. Просечна измерена вредност дијастолног крвног притиска на прегледу у јануару 2007. године, према доступним подацима, нормална је у домовима здравља Земун, Нови Београд, Пирот и Зрењанин. Систолни притисак не бележи велике промене, односно тек је благо повишен у домовима здравља Нови Београд, Пирот и Зрењанин, док је у Дому здравља Земун у јануару просечна вредност 148 mmHg. (Део података за остале домове здравља недостаје).

Исход лечења дијабетес мелитуса

Просечна вредност гликемије код свих испитаника током 2006. године износи 9,4 mmol/l. На контролном прегледу у јануару 2007. просечна гликемија код пацијената оболелих од дијабетес мелитуса у ДЗ Земун износи 8,06 mmol/l, у ДЗ Нови Београд износи 8,6 mmol/l, у ДЗ Пирот 8,55 mmol/l (где је просечна вредност у 2006. години била 10,96 mmol/l), а у Зрењанину 7,45 mmol/l.

Сатисфакција пацијената пруженом здравственом заштитом

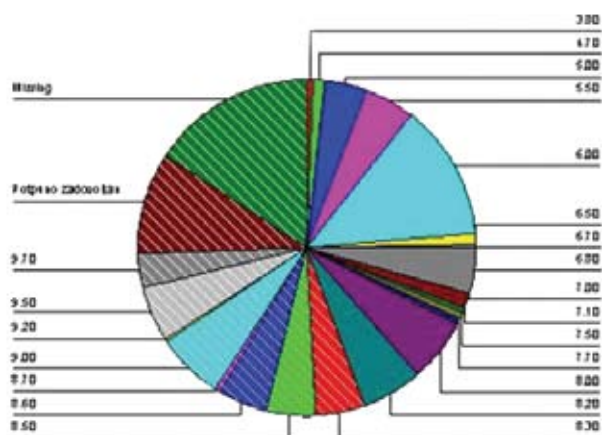
Сатисфакција пацијената мерена визуелном аналогном скалом (ранг 1-10) у овом истраживању износи у просеку 9,64, а сатисфакција лекара 8,15. У истраживању на Новом Београду показује да је изузетно висока корелација између високог задовољства пацијената и њиховог мишљења о високој стручности њихових доктора (графикон 1).



Графикон 1. Да ли мислите да је ваш доктор стручан?

Сатисфакција изабраних лекара реализацијом своје улоге

Просечна сатисфакција лекара који су учествовали у студији је 8,15, а највећи број је своју сатисфакцију оценио са 6,0 (графикон 2).

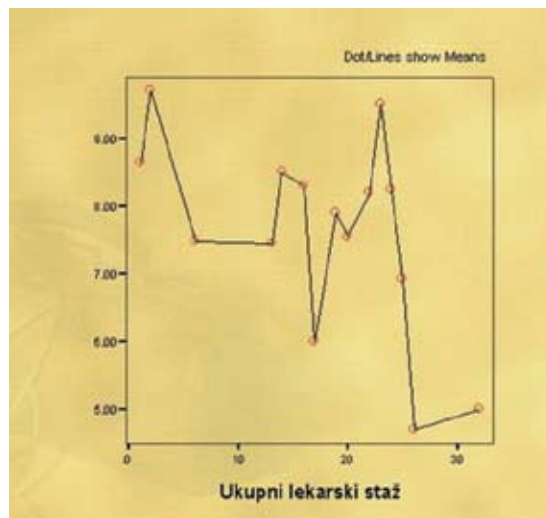


Графикон 2. Оцена сатисфакције улогом изабраног лекара - појединачно изјашњавање (оцена 0-10)

Узроци незадовољства лекара леже у чињеници да је:

- Кратко расположиво време у просеку за преглед једног оваквог пацијента. Као што смо видели, просечно трајање прегледа у 2006. години било је 11,45 минута. Пацијенти и њихови доктори су на скоро исти начин указали на потребу да преглед дужије траје. Наиме, 54,1% пацијената сматра да је потребно 15 минута, а 16,2% тражи да преглед траје 20 минута. Слично томе, њихови изабрани доктори су се у 66% изјаснили да за преглед треба издвојити између 15 и 20 минута;
- За помоћну дијагностику потребно је доста чекања, на пример: за *Rtg* плућа и срца у просеку треба 11 дана; за биохемијске анализе и рутинску лабораторијску дијагностику 6,05 дана; за ЕХО абдомена 42,5 дана; за ЕХО штитасте жлезде 49,3 дана; за ЕХО срца 52,23; за ЕХО других органа 39,09 дана, а за специјалистички консултативни преглед потребно је у просеку чекати 37,99 дана.

Анализа утицаја дужине стажа на сатисфакцију изабраног доктора приказана је на графикону 3.



Графикон 3. Зависност оцене задовољства од дужине стажа

Са графикона 3 се уочава да дужина лекарског стажа нема утицаја на сатисфакцију доктора просечно до 22 године стажа, а након тога бележи се нагли пораст незадовољства.

Процесне карактеристике лечења дијабетес мелитуса

За анализу процесних карактеристика коришћени су подаци пристигли из домова здравља Краљево, Нови Београд и Зрењанин, и приказани су на наредној табели.

Табела 3.

Анализа процеса рада - дијабетес 2006.	Краљево	Н.Београд	Зрењанин
аускултаторни преглед плућа и срца	98.7	94.50	8.42
мерење крвног притиска	100	97.50	9.86
палпација крвних судова	45.5	67.60	1.60
палпација врата и штитасте жлезде	30.9	57.60	0.46
преглед абдомена	36.6	62.20	1.32
неуролошки преглед	24.6	62.30	0.98
ЕКГ	31.9	79.80	3.82
биохемијске анализе	30.4	95.00	3.30
гликемија	30.4	98.70	0.64
Rtg плућа и срца	7.9	49.30	0.08
HbA1c	0.35	50.00	0.10
C-пептид	0.22	44.10	0.10
Преглед стопала	37	63.80	0.50

Табела приказује да су у поменутим домовима здравља примењени савремени методи лечења и праћења дијабетес мелитуса и да су у различитој мери примењени поједини методи клиничког и лабораторијског прегледа, који припадају стандардним методима обраде оваквих болесника. Требало би чешће примењивати ове методе у Домовима здравља Зрењанин и Краљево.

Закључак

На основу добијених резултата може се закључити да се изабрани лекар доста успешно сналази у лечењу тешких обољења и да би требало обавити организационе интервенције како по вертикали, тако и по хоризонтални организовања здравственог система, како би им се омогућило да буду још успешнији.

Тиме би се допринело спречавању развоја веома опасних компликација које у великој мери угрожавају живот пацијенту, нарушавају радну способност и стварају додатне високе трошкове лечења и рехабилитације.

Изабрани доктори су јасно истакли узроке свог незадовољства у процесу рада, што треба да буде циљ организационих интервенција. Велику помоћ би им представљало доношење стандарда клиничког прегледа за оба клиничка ентитета, чиме би се квалитет рада знатно унапредио. Недопустиво је низак број систематских и превентивних прегледа. Основни задатак у организационим интервенцијама био би „ослобађање“ времена изабраном доктору за квалитетнији преглед, превентивне садржаје и здравствено-васпитни рад у малој групи, што му је и основни задатак. Предложеним интервенцијама организационе природе обезбедила би се вишеструка корист за пацијенте, њихово здравље, докторе и државу.

У студији је уочен један контроверзан феномен: задовољство пацијената пруженом здравственом заштитом је веће од задовољства њихових изабраних доктора процесом рада.

У овом раду приказани су само расположиви подаци који су пристигли у недовољном броју, што нисмо очекивали.

Main researcher:*Dejan Konstantinović¹,**M.D. Primarius***Leading researchers:***Dragica Akulov¹, M.D. Primarius;**Vera Pertot², M.D. Primarius*¹ Novi Beograd Health Center² Kraljevo Health Center

“SPOM” STUDY: HOW DOES A GENERAL PRACTITIONER FULFIL HIS ROLE IN SERBIAN HEALTH CARE SYSTEM?

Key words:

quality of health care,
arterial hypertension,
diabetes mellitus.

Abstract

SPOM study is a multicentric research of the quality of care in general practice, with a prospective-retrospective character. It was conducted in 7 health centers in the Republic of Serbia. Patients group consists of 1370 adults of both genders, of average age 61.89 years, with hypertension (688) or diabetes (682). The sample is formed by the first 30 patients that visited their general practitioners in January of 2007. Physicians group includes 82 general practitioners. The used instruments were 7 original questionnaires, in which the opinions of the general practitioners and their patients were tested by means of visual-analogue scale (range 0-10 cm), offering a wide spectrum of answers. 152 questions gave us data about the structural and process characteristics, the results of treatment and satisfaction of patients and their general practitioners with health care process.

The aim of the research was to find out “what has been done and what should have been done” for these patients in 2006/2007. Besides, it aimed to find the eventual obstacles in the Serbian health care system for the full realization of the modern principles of health care, in the first place of evidence-based medicine, which is the main duty of general practitioners.

Generally speaking, the analyzed general practitioners fulfilled their obligations, used the modern principles of diagnostics and treatment, which led to the high level of the patients' satisfaction with the health care (9.64). The research in the health center Novi Beograd showed that it is related to the high opinion about the professional competence of their general practitioners. It also showed a positive correlation (Spearman test) between one general practitioners' number of patients and the average daily number of examinations, which is rather high. One controversial phenomenon was also found: that the patients are more satisfied with received health care quality than their doctors. The main problem in the successful process of health care is insufficient time for one examination which in the year 2006 was 11.45 minutes. Both general practitioners and patients believe that approximately 16.7 minutes per patient should be desirable. The results of the treatment are within desired range. The success depends on the life style and habit changes of these patients, which makes the treatment more difficult. We observed that certain methods of examination and treatment of diabetes should be used more often (for example: neurological examination, examination of the peripheral blood vessels, examination of the neck - thyroid gland and auscultation of the carotid arteries).

Литература

1. Брук Р. *Питање мерења квалитета медицинске заштите*. У: Технологија у здравственој заштити, монографија РСИЗЗ, Београд, 1983:37-45.
2. Цуцић В. *Теоријске основе за процену квалитета рада у здравственој делатности*. У: Технологија у здравственој заштити, монографија РСИЗЗ, Београд, 1983:46-56.
3. Marantz P, Rucker LM. *Hypertension*. In: *Essentials of Adult Ambulatory Care*, Williams & Wilkins, 1997:183-188.
4. Национални водич клиничке праксе *Дијабетес мелитус*. ЕПОС, Београд, септембар, 2002;стр. 25.
5. Константиновић Д. и сар. *Satisfaction of patients and their general practitioners with health care process*. Постер Н. 406. WONCA Congress, Париз, 2007.
6. Жигић Д, Јаношевић-Дотлић С, Иванковић Д. *Методологија научно истраживачког рада у општој медицини*. Медицинска књига и ИГРО Нова просвета, Београд, 1988.
7. Жигић Д, Пертот В, Иванковић Д, Константиновић Д. *Хронична масовна незаразна обољења*. Савремена администрација, Београд, 1988.
8. Жигић Д, Иванковић Д, Пертот В, Константиновић Д. *Елементи медицинске технологије у општој медицини*. Нова просвета, Београд, 1988.
9. Жигић Д, Константиновић Д. *Фактори ризика и коронарна болест*. Секција опште медицине СЛД, Београд, 1991.
10. Жигић Д, Константиновић Д, Акулов Д, Иванковић Д. *Хитна стања у општој медицини*. Секција опште медицине СЛД и Сава Центар, Београд, 1992.
11. Жигић Д, Константиновић Д, Варга Ј, Стојковић Ђ, Акулов Д. и сар. *Општа медицина – уџбеник*. Секција опште медицине СЛД и Сава Центар, Београд, 1992.
12. Жигић Д, Јаношевић-Дотлић С, Иванковић Д, Пертот В, Константиновић Д. *Методологија научног истраживања*. Секција опште медицине СЛД, Катедра опште медицине Медицинског факултета Универзитета у Београду и Сава Центар, Београд, 1992.
13. Жигић Д, Константиновић Д, Паламаревић С, Иванковић Д. *Дијабетес мелитус*. Секција опште медицине СЛД и Сава Центар, Београд, 1994.
14. Жигић Д, Константиновић Д, Акулов Д, Иванковић Д, Ђорђевић А. *Артеријска хипертензија и артеријска хипотензија*. Секција опште медицине СЛД и Сава Центар, Београд, 1994.
15. Жигић Д, Константиновић Д, Варга Ј, Стојковић Ђ. и сар. *Општа медицина – уџбеник*, II измењено и допуњено издање, Секција опште медицине СЛД и Сава Центар, Београд, 1995.
16. Жигић Д, Константиновић Д, Акулов Д, Иванковић Д. *Хитна стања у општој медицини*, II измењено и допуњено издање, Секција опште медицине СЛД и Сава Центар, Београд, 1996.
17. Константиновић Д. *Будућност и перспективе симпозијума и конгреса домова здравља Југославије*. У: Монографија: Симпозијуми и конгреси домова здравља (1972-1997), Београд, 1997;стр. 247-252.
18. Константиновић Д. *Приказ мултицен-тричне студије преваленције фактора ризика и хроничних обољења (МЦС студије)*. У: Монографија: Симпозијуми и конгреси домова здравља (1972-1997), Београд, 1997;стр. 206-209.
19. Жигић Д, Константиновић Д, Лапчевић М, Иванковић Д. и сар. *Фактори ризика и хронична незаразна обољења – Методолошке смернице*, Катедра опште медицине Медицинског факултета Универзитета у Београду и Секција опште медицине СЛД, Београд, 1998.
20. Жигић Д, Иванковић Д, Константиновић Д. и сар. *Општа медицина – уџбеник*. III измењено и допуњено издање. Секција опште медицине СЛД и Катедра опште медицине Медицинског факултета Универзитета у Београду, Београд, 2000.
21. Константиновић Д, Акулов Д, Секулић А, Павловић Д, Поповић С. *Рачунарска подршка организацији, руковођењу и процени квалитета рада у општој медицини*. Општа медицина 1996;2(1) стр. 29-36.