

Одговорни истраживач:

Прим. др Вера Пертоћ

Остали истраживачи: др Стојан-
ка Рајићковић, др Весна Кошанин,
др Марија Ивановић, др Славица
Костић, др Нада Бојанић, др Сла-
вица Виријевић, др Љиљана Векић,
др Весна Стојановић, др Светлана
Шнејпановић, др Милена Радовано-
вић, др Милица Милошевић, др Да-
на Булатовић, др Данијела Бокић,
др Драгана Трифуновић, др Соња
Перић, др Вера Вукосављевић,
др Весна Димитријевић, др Јелена
Бачевић, др Татјана Павићевић,
др Биљана Ђурић

Како лекари опште медицине Дома здравља Краљева обављају своју улогу изабраног лекара у нашем здравственом систему

Кључне речи:

квалитет здравствене заштите,
изабрани лекар,
сатисфакција лекара,
сатисфакција пацијената.

Сажетак

Увод. Студија *Како лекар опште медицине обавља своју улогу у нашем здравственом систему* је дизајнирана у сарадњи Секције опште медицине Српског лекарског друштва и Катедре опште медицине Медицинског факултета Универзитета у Београду. Припада групи ретроспективно проспективног типа истраживања.

Циљ рада. Истраживање свих параметара из структурних карактеристика 25 изабраних лекара и 191 одабраног пацијента, који су имали удружене две болести, артеријску хипертензију и дијабетес мелитус, истраживање задовољства пацијената својим изабраним доктором и истраживање задовољства лекара својом улогом изабраног доктора, да би се нађени параметри користили као елементи за процену квалитета рада краљевачких изабраних лекара, као и лекара Србије.

Метод. Истраживање је обухватило ретроспективно 2006. годину коришћењем параметара из здравственог картона пацијената и релевантне податке из служби здравствене статистике за податке шта је урађено, и почетак 2007. године за податке шта се планира за следећу годину. Анкетни упитник је целина од седам засебних упитника, који прате 152 обележја и лекара и пацијената, да би се што детаљније истражили параметри који служе за процену улоге изабраног лекара и фактора који ограничавају његов рад, а све у сврху боље здравствене заштите својих опредељених грађана.

Резултати. Добијени резултати из анкетних упитника су свеобухватно анализирани и сврстани у две битне категорије: за процену задовољства пацијената својим изабраним доктором и за процену сатисфакције изабраног лекара својом улогом у систему здравствене заштите, кроз праћење две основне болести које највише оптерећују лекара по учесталости посета и по тежини компликација које дају, и по одговорности за њихову примарну и секундарну превенцију. Структурне карактеристике доктора су на републичком нивоу очекиваних оптерећења и бројем опредељених пацијената и дневним оптерећењем броја посета, као и годишњим фреквенцијама првих и дру-

гих посета. Просечна оцена сатисфакције лекара је 7,57 (било да је посматрана укупно или просек специјалиста), и далеко је нижа од очекиване за краљевачке лекаре, будући да су услови рада изједначени на свим радним местима и знатно побољшани у односу на претходне деценије рада. Просечна оцена задовољства пацијената својим изабраним доктором је 9,40, што је висок степен задовољства. Такође је истражено и систематизовано све што омета рад изабраног лекара у његовом функционисању и пружању квалитетније здравствене заштите опредељених пацијената; већина разлога лежи у системским решењима, нарочито на релацији ефикасног коришћења медицинске технологије и процедура у постављању дефинитивне дијагнозе, или специјалистичких консултација секундарне здравствене заштите. Истраживања процесног лечења артеријске хипертензије у 2006. год. код свих 25 лекара, дало је изузетан податак да је 92,2% проблема око артеријске хипертензије самостално решавано у ординацији изабраног лекара, а 7,8% је упућено на секундарни ниво. За дијабетес мелитус, проценат самосталног решавања проблема је 82,6%.

Закључак. Студијом је обухваћено и истражено много параметара и добијено много података у вези са суштином процеса рада изабраних лекара и структуром проблематике ове две тешке болести, које су саставни део свакодневног процеса рада у општој медицини. Параметри који одговарају на питање *како лекар опште медицине Дома здравља Краљева обавља улогу изабраног лекара у нашем здравственом систему*, као саставни део опште медицине Србије, у датом периоду када је студија апликована, при крају 2006. и почетка 2007. године, презентовани су у наведеним резултатима овога рада; нарочито је дат акценат параметрима структурних карактеристика изабраних лекара, као и мерама задовољства пацијената својим лекарима, и сатисфакције лекара начином и послом који обавља, као и најзначајнијим факторима који га коче. Сви резултати се могу користити као основни елементи процене квалитета рада краљевачких лекара, онако како је истраживање захтевало. Многи резултати добијени овом ретроспективно-проспективном студијом нису обухваћени овом презентацијом, већ је остављено за касније анализе, извођење закључака и предлога и објављивање на стручним скуповима.

Увод

Изабрани лекар, као модел организације рада у општој медицини Дома здравља Краљева, званично функционише од 2002. године. Пилот пројекат *Мој изабрани лекар*, Министарства здравља Србије и Међународног комитета Црвеног крста, трајао је три године, а потом је изабрани лекар заживео као свакодневни модел организације рада Службе опште медицине; у задњој години почињу интензивне припреме и у осталим службама примарне здравствене заштите: педијатрије, медицине рада, гинекологије и превентивне стоматологије. Изабрани лекар, као модел функционисања опште медицине, у својој суштини је најрационалнији облик функционисања у првом контакту пацијента и здравствених радника на примарном нивоу, са сврхом најрационалнијег решавања здравствених проблема и потреба у свим облицима заштите, са подразумевајућим квалитетом пружених услуга. *СПОМ студија* Секције опште медицине Србије и Катедре опште медицине Медицинског факултета Универзитета у Београду, радо је прихваћена међу лекарима оп-

ште медицине и подржана од руководиоца Дома здравља Краљева, као истраживачки подухват који ће дати параметре процене и мере досадашњег рада изабраног лекара као концепта рада на истраживаним болестима у Студији, у чему Краљево званично предњачи у Србији.

Значај истраживања

Постављена у неколико регионалних центара у Србији, Студија би требало да да пресек стања и да одговори на питања како лекар опште медицине обавља своју улогу изабраног лекара у садашњем тренутку, са свим ограничењима и предностима у нашем систему здравствене заштите. По дизајну, Студија припада оним студијама које се баве елементима за процену квалитета рада лекара опште медицине. Својим саставним деловима од седам целина, истражује: потребе и задовољство пацијената својим лекаром; структурне карактеристике лекара и њихова оптерећења бројем пацијената и прегледа; ретроспективно прати једногодишњи процес рада за два обољења – дијабетес мелитус и артеријску хипертензију по структури пружених услуга; проспективно поставља-

ње плана у јануару месецу за праћење шта је лекар урадио у том месецу и шта би требало да уради у следећој години у складу са здравственим стањем и потребама пацијената укључених у Студију; истражује оцену сатисфакције лекара својим радом, регистравањем водећих фактора који ометају рад лекара до брзог постављања праве дијагнозе и коче пацијенте у остваривању својих права до праве дијагнозе и адекватног лечења у што краћем периоду. Ово је до сада најозбиљнија студија из области мере квалитета рада, коју су сами лекари опште медицине пројектовали за своју професију, спровели, обрадили и дошли до закључака који би требало да на аргументима истраженим из сопствене праксе, предложе мере за интервенције системске природе, за побољшање рада изабраног лекара на првој линији, а самим тим и побољшавање укупног квалитета здравствене заштите одређених грађана и квалитетнијег функционисања здравственог система у целини.

Циљ рада

Основна намена Студије јесте да праћењем два обољења прикаже пресек рада у општој медицини Србије у 2006. години, праћењем 152 параметра оба учесника у процесу здравствене заштите, изабраних лекара који учествују у Студији и пацијената носилаца два здравствена ентитета, артеријске хипертензије и дијабетес мелитуса, који највише стручно оптерећују рад лекара на првој линији и дају, са својим компликацијама, најтежа стања у здравственом стању становништва. Инструментима праћења, који сви заједно дају целину, одсликава се и репрезентује затечено стање рада опште медицине у 2006. години. Општа медицина је бројчано најгломазнији и просторно најраспрострањенији део здравственог сегмента основне здравствене заштите становништва Србије. Циљ истраживања је и да се индивидуализују сви параметри квалитета рада и сви параметри који одсликавају разлоге да квалитет пружања здравствене заштите не може да буде бољи, и идентификује све узроке који коче и ометају рад лекара опште медицине, а здравствени систем је у могућности да их отклони својим механизмима и интервентним мерама.

Инструмент истраживања

Инструмент истраживања је оригинални анкетни упитник Секције опште медицине Србије и Катедре опште медицине Медицинског факултета Универзитета у Београду, састављен из седам целина, које посматрају 152 обележја који служе за процену квалитета рада лекара опште медицине у здравственој заштити пацијената од дијабетеса и артеријске хипертензије, у садашњем положају у систему здравствене заштите становништва Србије, примењен од 1. јануара до 31. децембра 2006. године, и у јануару 2007. у Дому здравља Краљева Здравственог

центра „Студеница“ Краљево, као једног од регионалног локалитета планиране студије.

Метод

Поштујући прописану методологију анкетног упитника, укључен је 191 пацијент, оба пола, са иницијално интерно договореним одабиром превасходно пацијената који су имали удружено дијабетес мелитус и артеријску хипертензију, са и без компликација, како би могао да се сагледа степен оптерећења најтежом патологијом у свакодневној пракси изабраног лекара у Краљеву. Студију је радило 25 изабраних лекара женског пола, који чине 50% свих тимова лекара на краљевачком терену. На почетку истраживања, интерно је такође договорено да се обухвати већи број лекара, како би се икценат у краљевачкој студији ставио на критеријуме квалитета у вези са структурним кадровским карактеристикама у раду лекара опште медицине у односу на број регистрованих пацијената, дневно и годишње оптерећење, као и на факторе који ограничавају рад у његовој функционалности; на мерење вештине комуникације лекара и тимских сестара, као елеменат задовољства и пацијената и лекара, односно критеријуме процене и оцено квалитета рада изабраног лекара. Како је студија ретроспективно-проспективног типа, у вези са изворима података из здравствених картона пацијената из целе 2006. и почетка 2007. године, и из служби медицинске статистике и анкетног упитника у односу на пацијенте и лекаре, сумацијом завршних резултата и анализом свих података који су добијени – начињен је пресек стања рада и функционисања краљевачких изабраних доктора, што је и био циљ студије.

Резултати

Презентација резултата добијених захтевним праћењем 152 обележја по сваком лекару, и сваком пацијенту, који је имао оба праћена обољења, и дијабетес мелитус и артеријску хипертензију, са факторима ризика и компликацијама, а истовремено и оцењивање стања задовољства и пацијената и лекара, посматрано у контексту положаја у систему примарне здравствене заштите и у односу на друге нивое заштите, у транзиционом времену и процесима реформи здравственог система, је процес који захтева озбиљне анализе и добро познавање проблематике и специфичности рада у општој медицини, и проблематику мерења квалитета рада. Презентација резултата истраживања краљевачких изабраних лекара пратиће методологију статистичке електронске обраде SPSS-11 програма, али ће графичка визуелизација резултата бити у стандардним excel-word обрадама, ради пластичније и приступачније визуелизације на коју су лекари навикли да посматрају обележја. Презентација резултата ће пратити редослед приказа резултата по критеријумима редоследа мера квалитета рада по структури како је тражио инструмент истраживања – седмокомпонентни упитник.

Структурне карактеристике изабраних лекара и истраживача

Сви изабрани лекари истраживачи су женски носиоци професије, који чине 50% краљевачких лекара у Служби опште медицине, а покривају пунктове десет градских ординација са два локалитета, две приградске и 8 теренских и здравствених станица и амбуланти, те је теренска фреквенција заступљености уравнотежена у односу на реалност.

Табела 1. Структурне карактеристике изабраног лекара ЗЦ „Студеница“ Краљево

Параметар	Просечна вредност
Старост лекара	43,68
Укупан стаж лекара	17,16
Укупан специјалистички стаж лекара	11,06
Број регистрованих пацијената по лекару	1.684,74
Број укупних прегледа по лекару	6.574,88
Број укупних прегледа на дан по лекару	40,04
Број поновних прегледа по лекару	5.125,18
Број првих прегледа по лекару	1.449,69
Број превентивних прегледа по лекару	180,17
Број систематских прегледа по лекару	88,40
просечна вредност задовољства пацијената	9,4
оцена сатисфакције лекара	7,57
просек рецепата по лекару за АХТ	3280
просек рецепата по лекару за ДМ	748
просечан број упута ендокринологу	17
Број лекара у студији	25
Параметар	Број дана чекања
Рентген дијагностика плућа и срца	4,63
Рентген дијагностика – друго	28,91
Рутинска лабораторијска дијагностика	23,64
Ехосонаграфска дијагностика абдомена	30,52
ЕХО штитасте жлезде	32,36
ЕХО срца	29,48
ЕХО других органа	31,12
Специјалистички консултативни преглед	21,17

Струковна структура истраживача: један примаријус, 14 специјалиста опште медицине (58,3%), један специјализант и 9 лекара опште медицине или 45,3%. Просечна старост истраживача у студији је 43,68 година, просечни радни стаж 17,16 година; просечни специјалистички радни стаж од 11,06 година говори о животној и специјалистичкој зрелости са богатим искуством из праксе, што даје одређену тежину резултатима истраживања. Оптерећеност великим бројем регистрованих пацијената, 1.684,74 пацијената у просеку по лекару, са 6.574,88 пацијената у просеку годишње по лекару, са 40,04 дневним просеком броја пацијената по лекару и бројем првих пре-

гледа од 1.449,69 и поновних 5.125,18. Просечан број превентивних прегледа по лекару је 180,17, број систематских прегледа по лекару је 88,40. Бројке говоре да су изабрани лекари јако оптерећени бројем пацијената и бројем дневних и укупних посета, што у свакодневној пракси значи да за сваког пацијента има око 6,6 мин. за све аспекте здравствене заштите, и за дуго администрирање – у здравственом електронском и папирном картону. Скоро 95% лекара је упознато са приоритетним здравственим проблемима у својој локалној заједници, сви раде индивидуалним начин здравственог васпитања, али је само 23% радило групни здравствено-васпитни рад, углавном лекари на терену, уз систематске прегледе и превентивни рад у саветовалиштима, и у дане кад СЗО организује тематске кампање заштите здравља.

Степен задовољства лекара као елемент квалитета рада

Што се тиче задовољства краљевачких лекара својом улогом изабраног лекара, мерена по методологији упитника аналогном визуелном скалом, са распоном оцено од 1 до 10, просечна оцена задовољства својом улогом је 7,57, за обе категорије, и свих лекара опште медицине заједно, и специјалиста опште медицине засебно. Просечна оцена задовољства пацијената својим изабраним лекаром, мерена на исти начин, јесте 9,40. Просечно реално време за преглед, односно контакт с пацијентом је око 8,16 мин., административним дељењем расположивог времена од 5,5 часова интензивног рада с пацијентима у седмочасовном дневном радном времену, с просечним бројем дневних посета пацијената. Заправо, боље илустровано, као *временски теснац* или *временско ограничење* за контакт с пацијентом, уграђено је време контакта с медицинском сестром у тиму око прозивке, долазак, свлачење, разговор, преглед, администрирање посете у електронски и папирни картон, прописивање терапије, саветовање, објашњавање, писање упута и уписивање анализа и налаза из извештаја, облачење и излажење и пауза до следећег пацијента. Вештина комуникације лекара и пацијента у *временском теснацу* од око 8,16 мин. је један од главних критеријума за процену квалитета рада: јер, тај процес непрестаног тока, поновљен око четрдесетак пута на дан у току 5,5 час. реалног активног рада, један је од основа спотицања у остваривању квалитетног контакта и праве комуникације између изабраног лекара, који мора стручно да мисли и о превентивним, препознатим и непрепознатим здравственим проблемима, и погрешно протумаченим потребама пацијента, дијагностичким, диференцијално-дијагностичким, терапијским и рехабилитационим третманима пацијента који му је поверио своје здравље, и о лечењу болести. Просечно расположиво време за преглед једног пацијента од 8,16 минута, у садашњим условима се углавном потроши на обимно администрирање и све интензивнијим потребама за попуњавањем разних врста законских формулара, протокола и регистара, рачунато по дневним фреквенцијама тражених услуга. Истраживање те области упитником, као елемент задовољства лекара својом улогом,

морало је да узме у обзир и мишљење пацијената за исти проблем, што је дало следеће резултате: просечно изјашњавање пацијента за потребно расположиво време за преглед код свог изабраног лекара је 15-20 мин. а жељено расположиво време по процени изабраног лекара је 20 мин. Тај *временски теснац* од реалног расположивог времена, у коме сам суштински преглед пацијента не траје више од 2 мин. и стварно жељено време и од стране изабраног лекара и одређеног пацијента, које се поклапа у жељама, и износи 15-20 минута по посети, без обзира на образовну структуру и пол пацијента – главни је проблем у раду лекара и главни узрок непрекидног и паралелног кружења пацијената кроз систем здравствене заштите, и одлагање решавања здравственог проблема пацијента за специјалистички ниво или за други следећи контакт; тада нас чека поновни временски теснац и пребацивање на секундарни здравствени ниво, најчешће на захтев пацијента или на захтев других специјалности, а најмање на предлог изабраног лекара, према истраживању у Краљеву. У таквом амбијенту, пацијенти предузимају иницијативу да сами себе воде кроз здравствени систем, што је најнепожељнији начин решавања здравствених проблема, или одлазе код приватних лекара, најчешће на интернистичке прегледе, када специјалисти секундарног нивоа преузимају даље лечење, врло често укидањем постојеће терапије и увођењем нове из генерички истих група лекова. Све ове истраживањем добијене просечне вредности, у ствари говоре да су најбољи познаваоци стања квалитета рада у примарној здравственој заштити сами носиоци професије; они сами искуствено и потврђено истраживањем, стварају листу обележја која може постати критеријум за процену квалитета сопственог рада и става да све што ураде треба и да забележе, као потребни минимум, да би се манифестна болест уредно контролисала, а дуготрајна незаразна обољења, као масовна савремена епидемија, рано открила, у почетној фази, која никада није испод десет година не приметнога тока до првих манифестних метаболичко-биохемијских и клиничких параметара. Значи, најбитнија улога примарне превенције код сваког појединца, као интервенција најбољег квалитета рада, оштећена је временским ограничењем посете због преобимног администрирања и због следећег пацијента који „дежура пред вратима“ и чека своје такође кратко време за квалитетно пружену услугу. Осим тога, рано откривање компликација и њихова рана секундарна превенција, значи најзначајнија улога специјализације опште медицине као дисциплине, сведена је на бављење купирањем симптома болести а не правом супресијом фактора ризика и тешким послем промена људских погрешних навика, које би болест држале под жељеном контролом, лагано враћајући патофизиолошке механизме уназад, у реверзibilност стања. Лекари опште медицине морају сами да нађу пут да се најчешће дуготрајне болести, које оптерећују свакодневни рад и чине водећи узрок оболевања становништва, као што је случај са истраживаним обољењима, доведу у оквиру физиолошких вредности за дате године живота и да се тако болест уредно контролише. Само та-

кав рад на примарном нивоу је квалитетан рад, који може да се мери, јер униформних мера квалитета за све аспекте рада нема, а и непроменљивих такође. Квалитет подразумева различите аспекте истог ентитета, квалитет за здравственог радника, квалитет за пацијента и квалитет за друштвену заједницу. Лекар има своју стручну потребу да пружи квалитетну услугу пацијенту за његов здравствени проблем, а та квалитетна услуга је заправо квалитетна интеррелација пацијента и изабраног доктора, то је та димензионална мера квалитета која садржи два појма: оно што је лекар проценио као квалитетну услугу и што жели да пружи свом пацијенту и оно што је пацијент проценио као квалитетну обраду његовог проблема, и жели да добије од свог изабраног лекара. А за цео тај процес неопходно је довољно расположиво време за квалитетан индивидуални контакт, за којим вапе и пацијенти и лекари, јер је обострано уочено и студијом доказано да је то просечно време између 15 и 20 мин. Коментар резултата је тражење могућности да се функционисање система побољша квалитетнијим контактом у расположивом времену, да се открије оно што је непожељно, што кочи пружање квалитетне здравствене заштите а могуће га је отклонити организационим и системским решењем. Квалитетан однос резултира задовољством лекара и пацијента, а то омогућује вештина међусобних комуникација усмерених на целовитост обе личности у решавању истог здравственог проблема. То је обострана сатисфакција, то је права сатисфакција, и то је мера квалитета коју је тешко бројано или на други начин илустровати, али је начин мерења аналогном визуелном скалом у овој студији дао изванредне резултате у објективизацији степена задовољства лекара као изабраног доктора одређених пацијената.

Степен задовољства пацијената својим изабраним лекаром као елемент процене квалитета рада

Да би одделило ово, такође, јако битно поглавље процеса рада у општој медицини, као саставни део процеса рада на коме се интензивно радило у краљевачком дому здравља, методологијом упитника је најпре истражена структура пацијената који се изјашњавају о свом изабраном лекару, по школској спреми, односно образовању, заправо о могућностима квалитетне процене тражених обележја о свом изабраном доктору. У краљевачком узорку највећи број пацијената је без завршене средње школе – 52,7%, са завршеном средњом школом – 34%, са вишом школом – 8%, а најмање са факултетским образовањем – 5,3%. Студија је велики део упитника, као инструмента истраживања, посветила сатисфакцији пацијената радом изабраног лекара, и нарочито детаљно испитала умешност комуникације изабраног лекара са пацијентом.

Ради развијања властитих механизма процене квалитета рада, степен задовољства пацијента својим доктором је важан елемент здравствене заштите сваког појединца, јер све што је на првом контакту, на првој линији добро решено у директној је позитивној корелацији ра-

ционалне и економичне здравствене службе и позитивног великог доприноса здрављу нације. Успешно решавање здравствених проблема било које врсте има основни предуслов – да се пацијент определи за лекара по свом избору и својим критеријумима процене који је то његов изабрани лекар коме ће поверити своје здравље и начин решавања проблема везаних за болест. Њихова међусобна релација контакта, односно уметност комуникације лекара према пацијенту, и начин на који решава све проблеме здравља и болести пацијента, са таложењем искуства у праћењу процеса тока болести, у контексту породичног, радног и локалног окружења, непроцењива је предност изабраног лекара – породичног лекара, као организационог модела који у краљевачком дому здравља функционише већ пет година, кроз 50 тимова који имају своје регистроване пацијенте, и неколико мобилних тимова према потребама стручних задужења. У студији *Како лекар обавља своју улогу изабраног доктора* у свим својим компонентама, 25 тимских лекара истраживача је изабрало, по упутствима упитника, узорак од 191 пацијента, просечне старости 63 године, 67% (126) женског и 33% (62) мушког пола, који су били узорковани редоследом појављивања код свог изабраног доктора због својих удружених болести, дијабетес мелитуса и артеријске хипертензије, али и појединачних оболевања; са 188 валидно урађених упитника добијени су, кроз 4 анкетна питања и 8 визуелних аналогних скала мерења задовољства својим изабраним доктором, следећи резултати: 93,6% испитаника се изјаснило да има свога изабраног доктора, а 6,4% да ипак има свог доктора, понекад одлази и код другог. Питањем које је мерило доступност свог лекара у току истог дана у случају хитности, 98,4% пацијената може да дође код свог доктора у току истог дана, чију стручност у просеку оцењују са 9,4 а схватање озбиљности свога проблема од стране доктора са 9,56; пружање информација о стању здравља са 9,20; могућност разговарања и о личним проблемима оценом 9,22; уважавање захтева за терапијом оценом 9,1; свега 36,6% пацијената је имало заказан преглед а 63,3% је дошло а да није имало заказан термин у то време, ипак им је стално доступна отворена телефонска линија код тимске сестре, где од куће могу заказати свој термин за посету лекару. То значи да је оправдана најнижа оцена од 4,12 која је дата за време чекања на пријем у ординацију код свог изабраног лекара као мера тога стања, јер свест грађана да као опредељени пацијенти закажу своју посету изабраном лекару није довољно зрела и развијена. Такође, оцена од 4,12 и прецизан долазак на заказани термин са лекаром само код трећине регистрованих пацијената, казује да су великим делом сами креатори начина да се избегну гужве и чекања у холловима испред ординација, ипак је у краљевачком моделу веома велики медијски простор пружен едукацији становништва на потребу и сврху заказаног прегледа, као ефикасног механизма реформе организационог система функционисања Службе опште медицине. Испитивање једног од најзначајнијих елемената задовољства пацијента са радом лекара је ефективно време које пацијент има на располагању код свог лекара,

расположиво време за преглед, односно за задржавање у ординацији свога доктора према својим потребама.



Графикон 1. Колико времена по Вашем мишљењу треба да Вам посвети Ваш доктор?

У изјашњавању пацијената, 65,3% испитиваних особа сматра да им је 15-20 минута неопходно време за лекарски преглед и консултацију са својим лекаром; највећи број – 42,2% мисли да је 15 минута неопходно време, а 23,1% да је неопходно 20 минута. Апсолутно исти проценат – 23,1% испитиваних особа мисли и да је довољно 10 минута, а за 5 минута, колики је сада реални просек на нивоу Србије, изјаснило се свега 2,1%; 8% нема своје мишљење колико је минута довољно за преглед код лекара. Имајући у виду да је степен задовољства пацијената овим истраживањем детаљно истражен, из свих аспеката који чине елементе квалитетног лекара из угла пацијентових потреба и процена, средња оцена степена задовољства пацијената својим изабраним лекарима у Дому здравља Краљева је означена оценом 9,4, што је мера високог ранга задовољства својим докторима. Упоредивши оцену задовољства лекара својом улогом која је 7,57 (мин. 3,8-10), ова Студија отвара потребу да се на исти начин детаљно и лекари изјасне о својим пацијентима, кроз 12 тачака посматрања, које би одсликале задовољство лекара својим изабраним пацијентима, а све ради објективног сагледавања стања стручних потреба квалитетног рада праћеног задовољством и лекара и пацијената. Наравно да су узорковани пацијенти били носници постојања истовремено две најтеже дуготрајне болести које дају и најтеже компликације и највише интересују рад лекара опште медицине, то је и степен задовољства ове групе пацијената веома битно обележје мере квалитета рада у општој медицини; јер, у 92,8% пацијената своје

та рада у општој медицини; јер, у 92,8% пацијената своје потребе у решавању свих проблема са артеријском хипертензијом решава код изабраног лекара од 95,7% пацијената који су у задња два месеца потражили помоћ и дошли код свог лекара. Оцењујући своје здравствено стање, пацијенти су се декларисали да је њихов проблем хроничан – 81,2%; да је проблем акутан 9,1%; 7% долази због погоршања хроничне болести; 61% долази ради редовне контроле и прописивања терапије, са годишњом фреквенцијом посећивања изабраног лекара више од 10 пута (74,3%) по здравственом проблему у вези са дијабетесом и артеријском хипертензијом, а у задња два месеца 95,7% и добром проценом озбиљности свога проблема.

Изабрани лекар и параметри квалитета лечења оболелих од дијабетес мелитуса и артеријске хипертензије

Резултати истраживања су показали да пацијенти оболели од дијабетес мелитуса и хипертензије, укључени у студију на краљевачком терену, имају у 93,6% свог изабраног лекара, али су се на заказане термине за контролу своје болести одазивали у 37,2% у 2006. години, а на удаљеном сеоском подручју само у 9,9%.

За наведена клиничка истраживања у краљевачкој студији, 25 лекара је обрадило 191 пацијента, од којих је 187 пацијената имало удружене обе болести, и 4 само хипертензију, с тим што је на ужем градском терену било

Табела 2. Породично оптерећење болестима а) дијабетесом и б) хипертензијом.

Укупан број испитаника	Дијабетес у породици	Позитивна анамнеза	Проценат
135	Отац	17	12,6
135	Мајка	37	27,4
135	Отац и мајка	3	2,2

Укупан број испитаника	Хипертензија	Позитивна анамнеза	Проценат
141	Отац	44	31,2
141	Мајка	50	35,5
141	Отац и мајка	47	33,3

Табела 3а. Разлог посете код дијабетеса

Укупан број испитаника	Разлог посете	Број пацијената по разлогу посете	Проценат
135	Редовна контрола	61	45,2
135	Прописивање терапије	49	36,3
135	Погоршање болести	3	2,2
135	Донеси извештај специјалисте	13	9,6
135	За упут (заказан прег. спец.)	7	5,2
135	Административни разлози	4	3,0

Табела 3б. Разлог посете код хипертензије

Укупан број испитаника	Разлог посете	Број пацијената по разлогу посете	Проценат
191	Редовна контрола	62	32,5
191	Прописивање терапије	58	30,4
191	Погоршање болести	3	1,6
191	Донеси извештај специјалисте	13	6,8
191	За упут (заказан прег. спец.)	3	1,7
191	Административни разлози	6	3,1

135, а на сеоском терену 56 особа. Интерни договор истраживача је да се градско и сеоско подручје раздвоји у обради података, како би се добила карактеристичнија слика и евентуалне специфичности, што би било кори-

Табела 4а.

Структура прегледа на једногодишњем нивоу дијабетеса

Укупан број испитаника	Број прегледа током 2006. године по структури	Укупан број	Просек по једном пацијенту
135	Аускултација срца и плућа	104	0,77
135	Мерење крвног притиска	120	0,89
135	Палпација и аускултација крви. судова	79	0,59
135	Преглед врата – штит, жлезда и каротиде	61	0,45
135	Преглед абдомена	87	0,64
135	Неуролошки преглед	63	0,47
135	ЕКГ	56	0,41
135	ККС	55	0,41
135	Урин -уринокултура	54	0,40
135	Биохемијске анализе	50	0,37
135	Гликемија	100	0,74
135	ОГТТ	32	0,24
135	HbA _{1c}	47	0,35
135	C пептид	30	0,22
135	RTG плућа и срца	33	0,24
135	ЕХО срца	24	0,18
135	Доплер крвних судова	32	0,24
135	Доплер каротида	38	0,28
135	Кардиолошки преглед	51	0,38
135	Офталмолошки преглед	63	0,47
135	Ендокринолошки преглед	51	0,38
135	Неуролошки преглед	46	0,34
135	Гликемија – задња вредност	9,44	0,07
135	Преглед стопала	50	0,37

Табела 46.
Структура прегледа на једногодишњем нивоу хипертензије

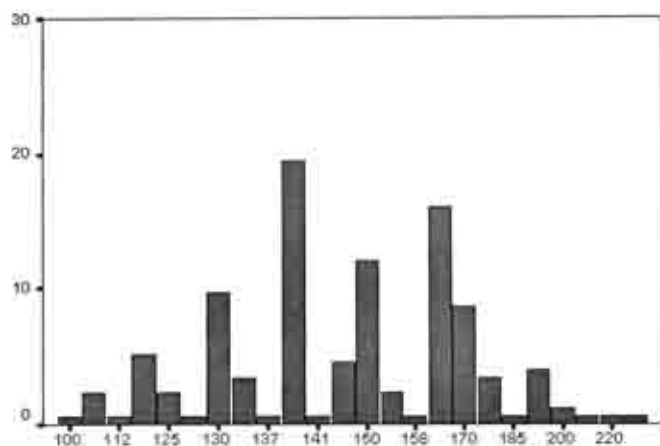
Укупан број испитаника	Број прегледа током 2006. године по структури	Укупан број	Валидан проценат
191	Аускултација срца и плућа	151	98,70
191	Мерење крвног притиска	164	100,00
191	Палпација и аускултација крвн. судова	87	45,50
191	Преглед врата – штит, жлезда и каротиде	59	30,90
191	Преглед абдомена	70	36,60
191	Неуролошки преглед	47	24,60
191	ЕКГ	61	31,90
191	ККС	58	30,40
191	Урин -уринокултура	58	30,40
191	Биохемијске анализе	53	27,70
191	Хормони штит. жлезде	6	3,10
191	RTG плућа и срца	15	7,90
191	ЕХО срца	6	3,10
191	Доплер крвних судова	15	7,90
191	Доплер каротида	18	9,40
191	Кардиолошки преглед	29	15,20
191	Офталмолошки преглед	40	20,90
191	Ендокринолошки преглед	29	15,20

Табела 5. Терапија дијабетеса на градском подручју

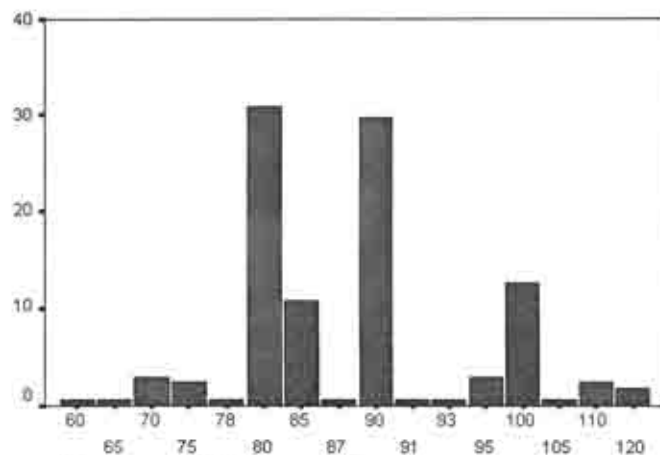
Укупан број испитаника	Терапија	Број пацијената по разлогу посете	Проценат
135	Парентерална (Инсулин)	20	14,8
135	Перорална терапија	Иста као до сада	56,3
135		Повећање дозе лекова	23,7
135		Смањење дозе лекова	4,4
135		Увођење новог лека у терапију	5,2
135	Провера ХДР и савет	117	86,7

шћено у организационе и стручне анализе, мада је главна статистичка обрада урађена за укупан број, 191 особу.

Разлози посета лекару су дијабетес и хипертензија. Опређени грађани су се у 74,3% 10 пута и више у току године јављали свом лекару, а 19,3% више од 5 пута; свој проблем са овим болестима као озбиљан проблем доживљавало је 33%, као средње озбиљан проблем – 46,3%; збирно 79,3% оболелих од обе болести је озбиљно схватало своју болест; из годишње просечне вредности гликемије од 9,4 mmol/lit и просечне вредности есенцијалне артеријске хипертензије 147 mmHg систолне и 89 mmHg дијастолне, види да се су резултати изјашњавања реални. Већина пацијената лоше спроводи саветовани хигијен-



Графикон 2. Измерен систолни притисак



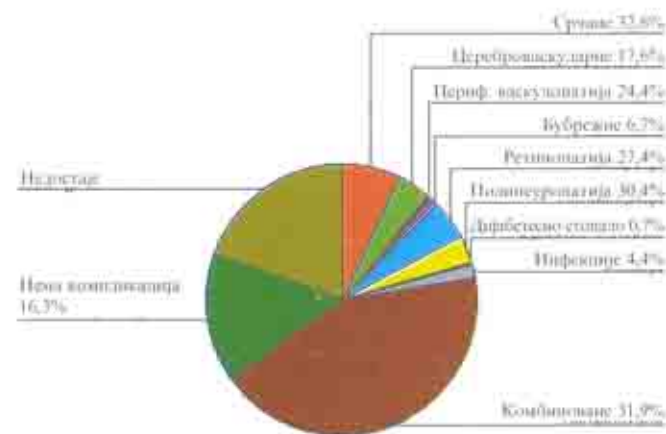
Графикон 3. Измерен дијастолни притисак

ско-дијететски режим, који је једина мера регулације хипергликемије и хипертензије.

Од свих дијабетичара, на парентералној терапији је 52,7% а на пероралној и нефармаколошкој терапији 47,3%. Проценат особа које се редовно лече је 89,8%, а 10,2% пацијената се нередовно лечи. Резултати истраживања за есенцијалну артеријску хипертензију у процесу рада у 2006. години. Структура лечених лица од дијабетеса и хипертензије је следећа: просечна старост испитаника је 61 година, просечна дужина болести 11,0 година (1-35) за дијабетес и 13,0 (1-40) за хипертензију; од тога, за целу студију структура по полу је 67% жена и 33% мушкарца (72,1% су жене и 27,9% мушкарци на селу, а 67,7% мушкарца и 32,3% жена у граду), са 3 фактора ризика по особи у просеку, и просечном гликемијом од 9,4 mmol/lit (8-21), са просечним бројем од 12 прегледа годишње (екстремни параметри у минималном и максималном распону, од 1-46 прегледа за дијабетес и 1-35 за хипертензију).

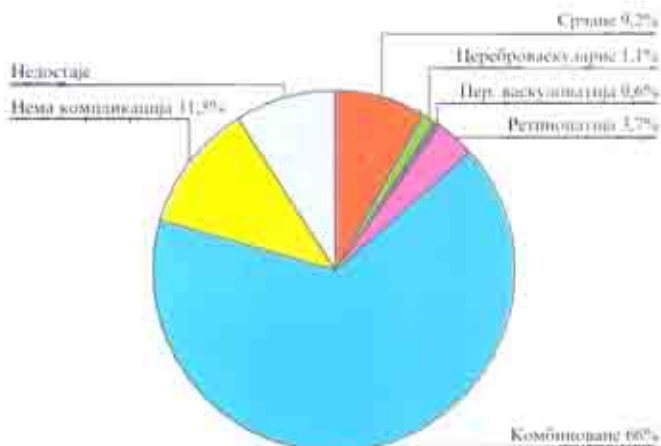
Истраживање је показало да се у ординацији изабраног лекара у 81,3% самостално решавају сви здравствени захтеви за дијабетес мелитус, а да на специјалистичке консултације одлази годишње 18,7% дијабетичара, од че-

зију у 2006. години, примењеним методима рада, дало је следеће резултате: самостално решавање здравствених потреба и захтева за хипертензију је у 92,8%. Просечна дужина трајања хипертензије је 13 година (1-40), просечна годишња вредност систолног притиска је 147 mmHg, просечна вредност дијастолног притиска је 89 mmHg, и 13 просечних годишњих прегледа по пацијенту. Истраживање је такође показало да изабрани лекари у Краљеву, у својим ординацијама, решавају 92,8% свих потреба пацијената у вези са есенцијалном артеријском хипертензијом, а на консултативне специјалистичке прегледе је упућено 7,2% оболелих. У току 2006. године крвни притисак је нормализован, односно доведен у пожељне физиолошке вредности у 20,9%, стабилзован близу пожељних вредности у 54,2%, а повећан у односу на последње мерење у 23% особа. Изабрани лекари су у 2006. години имали јако тешку и тешку хипертензију код својих пацијената у 6,3%, умерену тешку у 33,5% и благу у 51,8%. У случају хитних потреба, по сопственој процени пацијената у 98,4% изабрани лекар је доступан у истом дану, наравно само у радно време.



Графикон 4а. Заступљеност компликација код дијабетеса (135 испитаника)

За испитивано сеоско краљевачко подручје, добијен је карактеристичан податак да су се дијабетичари јављали својим изабраним лекарима 17,5 пута у 88,5%, а најмање 2-5 пута годишње у 11,5%. Ангажованост изабраних лекара овом болешћу јако велика, и доступност лекара оболелим потпуна, што је добро за превенцију ком-



Графикон 4б. Заступљеност компликација код хипертензије (174 испитаника)

пликација нако је одазив на заказане прегледе у одређеном термину веома мали – 9,9%, што је и разумљиво у односу на стил живљења и рада особа на селу, али је оптерећеност изабраног лекара стихијска, како одговара потребама пацијената.

Закључак

Овом студијом лекари опште медицине су показали да могу да креирају истраживачки пројекат за процену свога рада, да претраже све елементе који могу да послуже у процени квалитета свога рада, да измере задовољство пацијената својим ангажовањем у професионалном решавању здравствених проблема за две најтеже по компликацијама и најзаступљеније болести у својој ординацији, да сагледају факторе системске и организационе природе који коче пружање квалитетније здравствене заштите, и да суштински доживе и предложе мере за њихово решавање. Овом студијом и интерпретацијом добијених резултата допринели су развоју своје струке и здравствене заштите, јер су овладали елементима процеса мере квалитета сопственог рада, који ће у будућем времену бити окосница сваке добре праксе у нашем систему здравствене заштите, нарочито на примарном нивоу. У краљевачком истраживању учествовало је 50% изабраних тимских лекара.

Head Researcher:

Prim. dr Vera Pertot,

Researchers: dr Stojanka Ratkovic,

dr Vesna Košanin, dr Marija

Ivanovic, dr Slavica Kostic, dr Nada

Bojanic, dr Slavica Virijevic, dr

Ljiljana Vekic, dr Vesna Stojanovic,

dr Svetlana Scepanovic, dr Milena

Radovanovic, dr Milica Milošević,

dr Dana Bulatovic, dr Danijela

Djokic, dr Dragana Trifunovic,

dr Sonja Peric, dr Vera

Vukosavljevic, dr Vesna Dimitrijevic,

dr Jelena Bacevic, dr Tatjana

Pavicevic, dr Biljana Djuric

Quality of Healthcare Process in General Practice Performed by the Chosen Doctor in the Health Center, Kraljevo, within our health system

Key words:

quality of health care,
chosen doctor,
satisfaction of doctors,
satisfaction of patients

Abstract

Introduction. Study „Quality of health care process in general practice within our health system” was designed through collaboration of Section of General Practice of Serbian Medical Society and Department of General Practice, University of Belgrade School of Medicine is a prospective/retrospective research

Aim. Research of all the parameters of structural characteristics of the 25 chosen doctors and 191 patient suffering from diabetes mellitus associated with arterial hypertension; research of the level of satisfaction of patients with their chosen doctor; and research of the level of satisfaction of doctors with their professional role as a chosen doctor, in order to gather parameters that could be used in evaluation of quality of work of the chosen doctors in Kraljevo, as well as chosen doctors in Serbia.

Method. Research comprised the year 2006 retrospectively, by gathering the parameters from medical records of the patients, and relevant data from the health statistics service, regarding the question what was done, and the beginning of the year 2007 for the question what are the plans for the next year. The questionnaire consists of seven separate questionnaires that are processing 152 parameters regarding both doctors and patients, in order to scrutinize parameters for asserting the role of the chosen doctor and factors that are limiting his efforts, in order to improve health care of all determined citizens.

Results. Data from questionnaires undergone comprehensive analysis, and were classified in two categories: for evaluation of satisfaction of patients with their chosen doctor, and for satisfaction of chosen doctor with his professional role in the healthcare system, focused on the two diseases that that represent the greatest burden for doctors regarding frequency of medical consultations, severity of their complications and responsibility for their primary and secondary prevention. Structural characteristics of the doctors are within limits in the Republic regarding number of the registered patients, number of medical each day, and number of first medical examinations and follow-up examinations. Average level of satisfaction of doctors was 7.57, regardless of the specialization, which is much less than it was expected for the doctors in Kraljevo, according to equalization and improvement of the working conditions in all designations, in comparison to the last couple of decades. Average level of satisfaction of the patients with their doctors equals 9.40 and presents a high level of satisfaction. Every obstacle for the work of chosen doctor, his functioning and improvement of the quality of health care of the registered patients,

was researched and classified as well. Major obstacles are found in the health care system, especially in the relation of availability of medical technology and procedures for obtaining definitive diagnosis, and in relations with consultation services of the specialists from the secondary level of the health care. Research of the treatment of arterial hypertension in the year 2006 in all 25 doctors revealed, as matter of utmost importance, that 92.2% of arterial hypertension problems were solved in the general practitioners office, and only 7.2 problems were referred to secondary level. For diabetes mellitus percentage of solved problems was 82.6%.

Conclusion. Study comprised and evaluated many parameters and gained a lot of data regarding essentials of the work process of the chosen doctor and regarding structure of problems in management of this two severe diseases, that make the part of everyday routine in the general practitioners' process of work. Parameters which consider Quality of health care process in general practice in Kraljevo, within our health system, as part of the General practice in Serbia in period of the Study (2006/2007) are presented in results of this study. Parameters of the structural characteristics of the chosen doctors were especially emphasized, as well as measures of satisfaction of the patients with their doctors, and satisfaction of doctors with their work and the way he handles it, and the most important obstacles in the process of the work. All the results could be used as elements of evaluation of the work of the doctors from Kraljevo, the way it was stipulated in the study. Many results of this retrospective/prospective study are not included in this presentation, and their results of their analyzing and conclusions and propositions will be presented some other time.

.....

Литература

1. Жигић Д, Иванковић Д, Пертот В. и сар. *Испитивање елемената за процену квалитета рада у ПЗЗ од дегенеративних обољења локомоторног система*. IV конгрес лекара опште медицине Југославије. Зборник радова. Блед, 1985;7-28.
2. Марчетић Љ, Жигић Д. *Квалитет у здравственој заштити*. Зборник радова 11. стручне конференције опште медицине Србије. Врњачка Бања, септембар 1987; стр. 347-350.
3. Константиновић Д и сар. СПОМ студија – *Како изабрани лекар опште медицине обавља своју улогу у здравственом систему*. Општа медицина 2007; 13 (1-2): 11-28.