

СПОМ студија Како изабрани лекар опште медицине обавља своју улогу у нашем здравственом систему

Сажетак

Увод. СПОМ студија припада групи истраживања која се баве квалите-
том здравствене заштите и проспективно-ретроспективног је карактера.

Циљ рада. Добијање одговора на питање шта је све урађено, а шта је
требало урадити у процесу здравствене заштите оболелих од есенцијалне ар-
теријске хипертензије и дијабетеса.

Метод. Период истраживања обухвата 2006. годину у ретроспективном
и јануар 2007. године у проспективном делу. Овим истраживањем анализи-
ран је рад 15 изабраних доктора опште медицине и 598 њихових пацијената
(359 хипертоничара и 239 дијабетичара). Истраживање је обављено помоћу
7 упитника са укупно 152 обележја; ради тестирања мишљења пацијената и
њихових доктора, примењена је визуелна аналогна скала са рангом од 0-10.

Резултати. Добијени просечни резултати из Студије показују висок сте-
пен сатисфакције пацијената (9,5) и доста изражено незадовољство доктора
остваривањем своје улоге изабраног доктора, као и процесом рада (6,6).
Процесне и структурне карактеристике доктора су на очекиваном нивоу,
док исход лечења ових болесника доводи до побољшања клиничке слике хи-
пертоничара у оквиру прве две класификационе подгрупе и статистички
значајног побољшања клиничке слике дијабетичара у све три класификаци-
оне подгрупе лечених лица. Током лечења ових пацијената реализовано је
потребно самостално решавање свих здравствених захтева пацијената (за
хипертоничаре 85,8% а за дијабетичаре 81,6%).

Закључак. Овим истраживањем аутори су регистровали читав низ ин-
терних и екстерних, локалних и системских ограничења у раду, а и изнели
предлоге за решавање уочених проблема у свакодневном раду.

Кључне речи

квалитет здравствене заштите,
артеријска хипертензија,
дијабетес мелитус

Увод

Служба опште медицине је намењена очувању и уна-
пређењу 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 најпри-
кладнији облик здравствене заштите.

Служба опште медицине је основни и највећи сег-
мент примарне здравствене заштите која, заједно с ло-
калном самоуправом, треба да спроводи превентивне

здравствене програме, врши рано откривање обољења и
решава приоритетне здравствене проблеме циљне попу-
лације. Зато је *општа медицина основни конституентни до-
ма здравља као основне здравствене установе примарне
здравствене заштите*, што је јасно утврђено у нашем
здравственом законодавству. 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 систе-
ма. С друге стране, има пацијенте са целином својих би-
олошких, психичких, социјалних и других проблема, ко-
ји с правом очекују да се сви испостављени захтеви

адекватно и квалитетно решавају, јер они 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; према бројним истраживањима, просечно расположиво време за преглед једног пацијента је 6 мин. Међутим, непрекидно повећање администрације у процесу рада додатно смањује могућности квалитетне здравствене заштите, тако да лекари с правом постављају питање чему све то води, да ли је то само *уљуљивање* 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 непрекидно повећање трошкова здравствене заштите. Какве су негативне последице 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; пацијенти су пак незадовољни јер мисле да им изабрани лекар ускраћује многе потребе, да су нестручни, и није ретко да доктора доживљавају само као административно лице коме треба да се обрате за рецепт или упут; 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 ради решавања само тренутног проблема, тренутне епизоде 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 битна улога изабраног лекара да *обезбеђује концигуитет здравствене заштите у целини биолошког проблема и уз анализу утицаја породичног, социјалног, радног, и еколошког окружења на психософичко 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 драгоцене време; тиме, опет, улазимо у зачарани круг неефикасне и скупе здравствене заштите, која ствара повећане трошкове лечења, повећање издатака за хитну медицинску интервенцију, болничко лечење, скупе операције, отклањање инвалидности, повећану радну неспособност, или, што је најгоре, превремени губитак живота.

Делатности изабраног лекара

- комуникација с 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,
- организација кућног лечења,
- палијативно збрињавање,
- примена читавог низа помоћних дијагностичких метода,
- обавља читав низ административних послова
- спроводи здравствену политику.

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

- *корист* за *пацијента* – брза и тачна дијагноза, уштеда пацијентовог времена, новца, брз третман и већи успех лечења
- *корист* за *државу и здравствени систем* – рационално трошење ресурса и ослобађање 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 и
- рационалним коришћењем времена

У обављању своје улоге нешто зависи од личних и стручних карактеристика ИЛ, али првенствени 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 бити озбиљна сметња, па чак и препрека 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 рада. 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 су члан 88 Закона о здравственој заштити Републике Србије, *WONCA* дефиниције (*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, 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, укупно 7, са 152 обележја :

1. Историјат лечења артеријске хипертензије (ретроспективна анализа процеса рада током 2006)
2. Лечење артеријске хипертензије (проспективна анализа процеса рада у јануару 2007)
3. Историјат дијабетеса (ретроспективна анализа процеса рада током 2006)
4. Лечење дијабетеса (проспективна анализа процеса рада у јануару 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 1. јануар – 31. децембар 2006. из здравствених картона пацијената и проспективну анализу процеса рада у периоду 1-31. јануар 2007. год.

Узорак

Узорак пацијената сачињава 598 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 15 изабраних доктора.

Методологија истраживања

Током јануара 2007. године, првих 30 пацијената оболелих од наведених клиничких ентитета уводи се у истраживање тако 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 одређеног пацијента, изабрани доктори уносе податке о томе шта је све урађено током процеса лечења у 2006. години у упитник *Историја лечења*, а оно што тренутно раде и планирају током процеса лечења у јануару 2007. год. – уносе у упитник *Лечење обољевања*. На крају истраживања попуњавају податке о себи и уносе у упитник *Структурне карактеристике*.

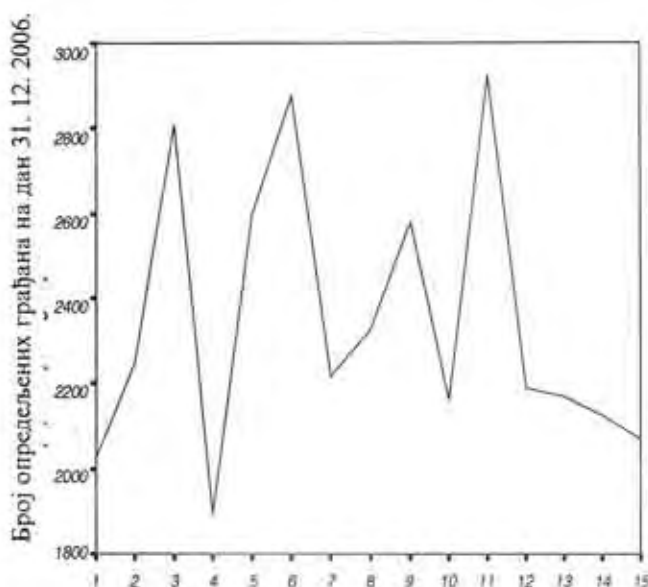
Прикупљене податке истраживачи уносе у компјутерски програм (SPSS) и анализирају, а завршна фаза истраживања обухвата компјутерску обраду добијених резултата, формирање и дистрибуцију извештаја, текстуално уобличавање, презентацију и публикавање.

Резултати истраживања

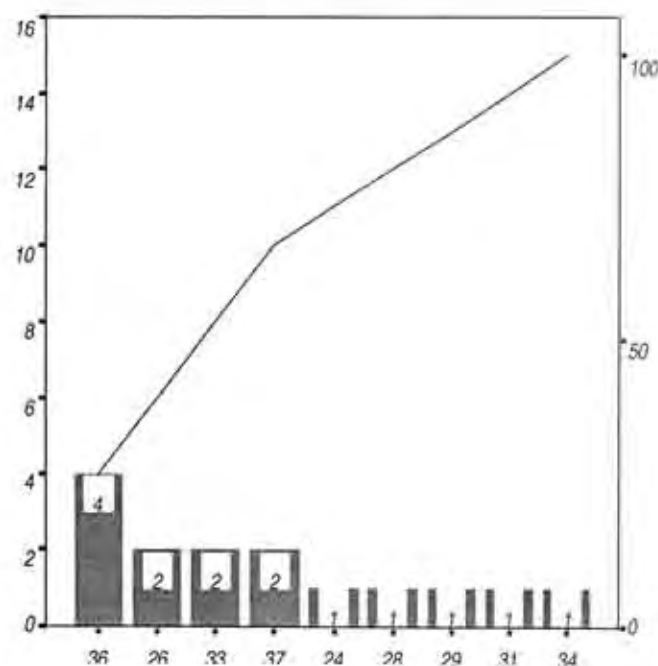
Структурне карактеристике доктора-истраживача

У истраживању је учествовало 15 доктора женског пола: 2 примаријуса (13,3%), 9 специјалиста опште медицине (60%), 1 специјализант опште медицине (6,6%) и 3 лекара опште медицине (20%). Група истраживача представља репрезентативни узорак свих ординаријуса Дома здравља „Нови Београд” како по броју (21,4%), тако и по другим обележјима (просечан број одређених грађана, просечан број прегледа на дан, итд.). Просечна старост истраживача је 45,5 година а просечан лекарски стаж код свих лекара 17,5 година; код доктора специјалиста опште медицине, просечан специјалистички стаж је 9,4 године.

Број одређених грађана по једном изабраном доктору износи у просеку 2.347 а варира од 1.890 до 2.924 (графикон 1), док просечан број прегледа на дан износи 32,1 (ранг: 24-37, СД=4,5) (графикон 2).



Графикон 1. Просечан број одређених грађана



Графикон 2. Просечан број прегледа на дан у периоду 1. 1. – 31. 12. 2006. године

Утврђено је да постоји сигнификантна позитивна корелација између броја одређених грађана и просечног дневног оптерећења доктора (табела 1).

Корелација између броја одређених грађана и просечног дневног оптерећења

		1. Број одређених грађана на дан 31.12.2006.	3. Просечан број прегледа на дан у периоду 01.01.2006. - 31.12.2006.
Spearman's rho	1. Број одређених грађана на дан 31.12.2006.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	1.000 .033 15
	3. Просечан број прегледа на дан у периоду 01.01.2006. - 31.12.2006.	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	.553* .033 15

*. Correlation is significant at the .05 level (2-tailed).

Доктори су током 2006. године обавили укупно 97.818 прегледа, просечно 6.521,2 прегледа годишње (ранг: 2,496-8,766; СД=1.987,3). Структура прегледа је приказана на табели 2.

Табела 2. Структура прегледа

Укупан број прегледа	97.818	
Поновни прегледи	50.544	51,7%
Превентивни прегледи	6.103	6,2%
Систематски прегледи	2.476	2,5%

Здравствено-васпитни рад се углавном обавља по индивидуалном типу (100%), док само једна трећина доктора реализује рад у малој групи. Већина доктора (92,3%) је упозната с приоритетним проблемима у локалној заједници.

Ради стручног усавршавања, једна трећина доктора је посетила републичке стручне скупове, 41,7% доктора је активно у стручним асоцијацијама, а 26,7% истраживача има објављен стручни рад у прошлој години.

Просечно чекање за рутинску помоћну дијагностику у дому здравља и специјалистичке консултације, приказано је у наредном прилогу:

Врста помоћне дијагностике

• ЕКГ

- Рtg плућа и срца
- Рtg – друго
- Лабораторија
- ЕХО абдомена
- ЕХО штитасте жлезде
- ЕХО срца
- Специјалистичка консултација

Просечно време чекања самостално, истог дана (100%)

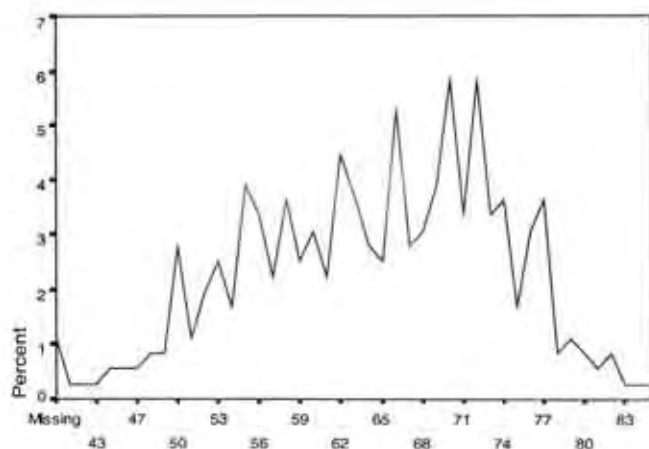
1 дан
21,3 дана
10,9 дана
28,5 дана
31,1 дан
55,7 дана
34,6 дана

Важно је напоменути да су се сви доктори изјаснили да специјалисти консултанци заказују контролне прегледе.

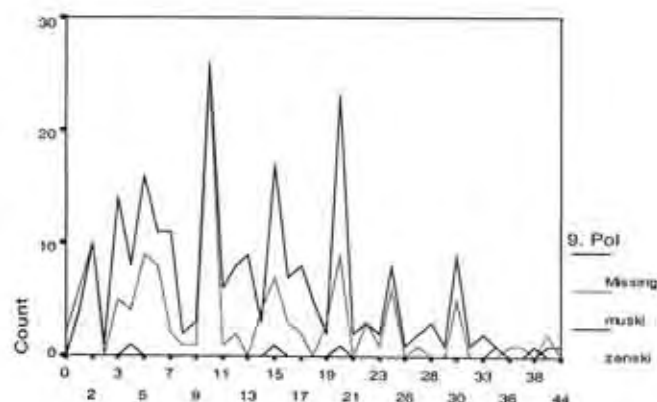
Квалитет лечења оболелих од есенцијалне артеријске хипертензије

А. Структура лечених лица

Овим истраживањем обухваћено је 359 лица оба пола (34,7% мушкараца и 64,3% жена) просечне старости 64,7 година (ранг: 36-86 год.), који у просеку имају 2,2 фактора ризика за наведени клинички ентитет и просечну дужину трајања обољења од 13,1 год. (ранг 0-44 год.) (графикони 3 и 4).



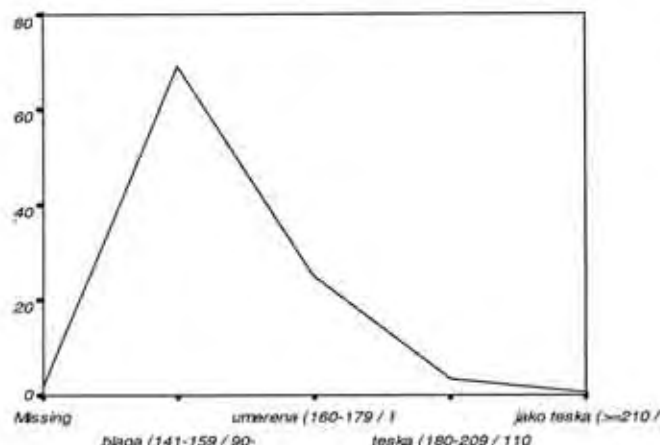
Графикон 3. Старост лечених лица



Графикон 4. Дужина трајања обољења у годинама

Врста хипертензије одређена вредностима систолног и дијастолног притиска, приказана је на графикону 5, где

се уочава да 70,5% лечених лица болује од благе хипертензије (141-159/90-99 mmHg), 25,6% од умерене хипертензије (160-179/100-109 mmHg), 3,4% од тешке хипертензије (180-209/110-119 mmHg), и 0,6% од јако тешке хипертензије ($\geq 210 / \geq 120$ mmHg) [5].

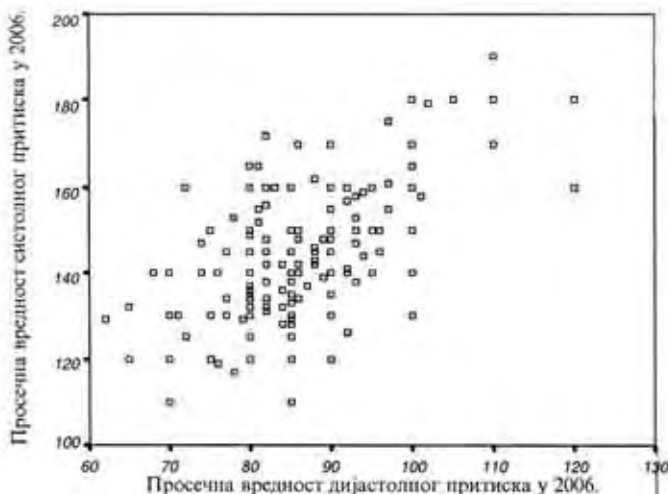


Графикон 5. Врста хипертензије

Просечна вредност крвног притиска током 2006. године код ових пацијената приказана је на табели 3 и износи за систолни притисак 143,4 mmHg а за дијастолни 86,1 mmHg.

Табела 3. Просечне вредности крвног притиска у 2006. год.

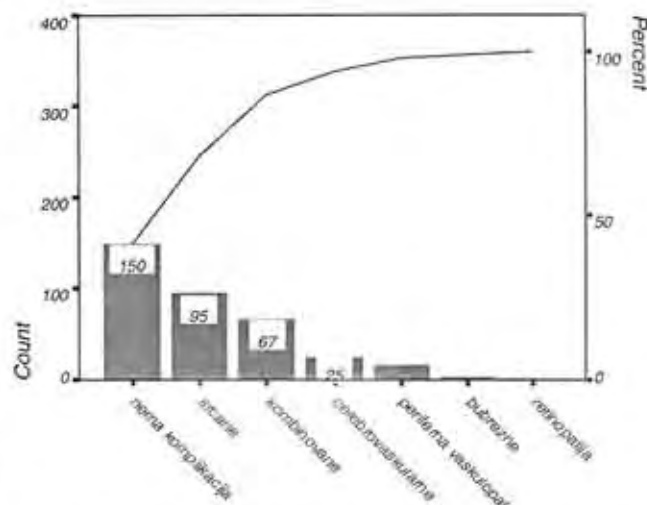
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
4. Prosечna vrednost sistolnog pritiska u 2006.	355	110	190	143.44	13.790
5. Prosечna vrednost diastolnog pritiska u 2006.	355	62	120	86.08	8.320
Valid N (listwise)	355				



Графикон 6. Вредности крвног притиска

Највеће до сада измерене вредности за систолни притисак износе просечно 188,2 mmHg (ранг: 140-260 mmHg) а за дијастолни 106,8 mmHg (ранг: 90-170 mmHg).

Компликације обољења приказане су на графикону 7, где се може уочити да 41,8% пацијената нема никаквих компликација узрокованих артеријском хипертензијом, а у групи пацијената са развијеним компликацијама најчешће су срчане (26,5%) и комбиноване компликације (18,7%).



Графикон 7. Компликације артеријске хипертензије

Већина пацијената се редовно лечи и контролише (90%), (табела 4).

Табела 4. Број прегледа током 2006.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
7. Broj pregleda zbog osnovne bolesti tokom 2006.	351	0	25	9.01	4.153
Valid N (listwise)	351				

Б. Анализа процеса рада

Анализа процеса рада обухвата анализу свега што је урађено лечењем артеријске хипертензије током 2006. године и приказана је на наредним прилозима. Бројеви поред табела означавају процентуални обухват пацијената примењеним методом прегледа.

Табела 5. Садржаји клиничког прегледа

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	
15. Broj pregleda tokom 2006. po strukturi ... auskultacija srca i pluća	352	0	20	4.05	3.403	98.0%
Valid N (listwise)	352					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	
15. Broj pregleda tokom 2006. po strukturi ... merenje krvnog pritiska	358	0	25	7.40	4.131	98.6%
Valid N (listwise)	358					

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
15. Broj pregleda tokom 2006. po strukturi ... auskultacija srca i pluća	352	0	20	4.05	3.402
Valid N (listwise)	352				

98.0%

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
15. Broj pregleda tokom 2006. po strukturi ... pregled vrata (stima pregled i karotida)	308	0	5	.68	.841
Valid N (listwise)	308				

56.5%

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
15. Broj pregleda tokom 2006. po strukturi ... pregled abdomena (vrat ... stoma)	327	0	5	.63	1.094
Valid N (listwise)	327				

62.1%

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
15. Broj pregleda tokom 2006. po strukturi ... neurološki pregled (vrat ... stoma)	313	0	5	.64	.832
Valid N (listwise)	313				

53.2%

Табела 6. Заступљеност помоћне дијагностике

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
15. Broj pregleda tokom 2006. po strukturi ... bihemijske analize	352	0	8	1.63	.962
Valid N (listwise)	352				

93.3%

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
15. Broj pregleda tokom 2006. po strukturi ... RTG pluća i srca	323	0	5	.58	.689
Valid N (listwise)	323				

56.3%

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
15. Broj pregleda tokom 2006. po strukturi ... hormoni štitne žlezde	303	0	4	.20	.525
Valid N (listwise)	303				

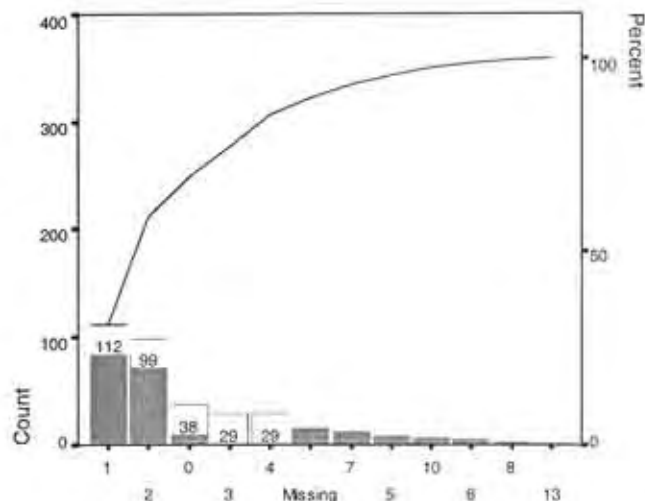
30.1%

Учесће електрокардиографије као важног дијагностичког и прогностичког помоћног дијагностичког метода, посебно је анализирано и приказано на наредним прилозима.

Табела 7. Електрокардиографија

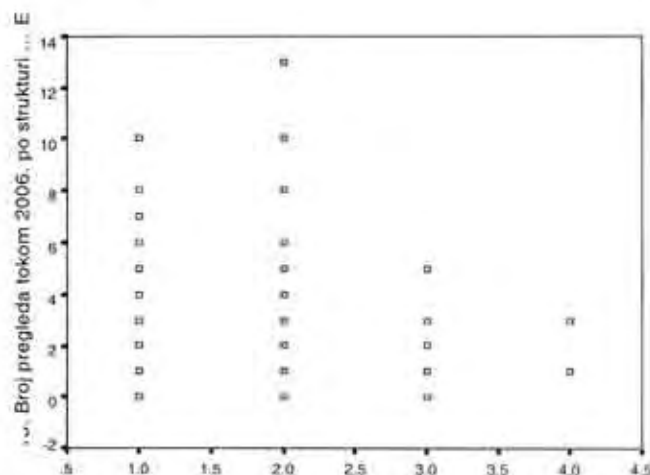
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
15. Broj pregleda tokom 2006. po strukturi ... EKG	343	0	13	2.26	2.105
Valid N (listwise)	343				

Обухват пацијената електрокардиографијом износи 95,4%, а сваком пацијенту је урађен ЕКГ у просеку 2,26 пута годишње (ранг: 0-13).



Графикон 8. Број прегледа током 2006. по структури ... ЕКГ

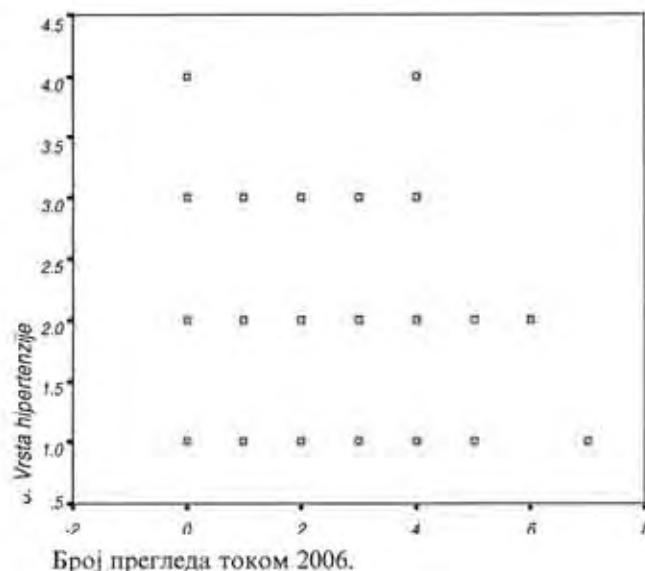
Учесталост регистровања електрокардиограма у односу на врсту хипертензије приказана је на графикону 9, где се уочава да је овај метод најзаступљенији код умерене хипертензије, а најређе се примењује код јако тешке хипертензије.



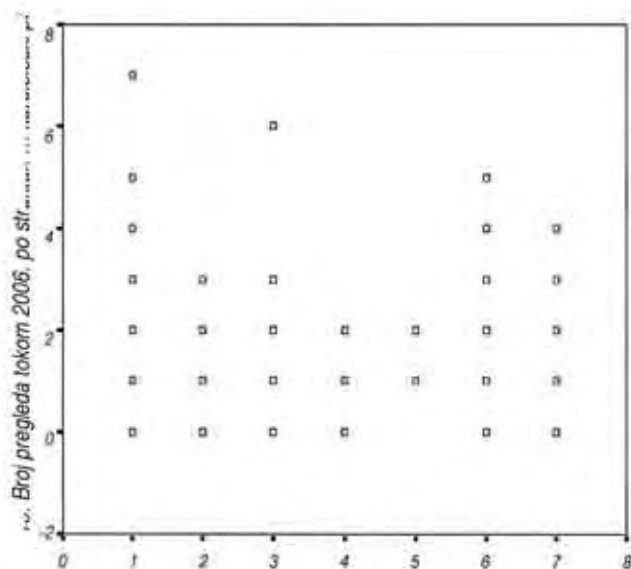
(1- блага, 2-умерена, 3-тешка и 4-јако тешка)

Графикон 9. Врста хипертензије

Упућивање на специјалистички консултативни преглед код кардиолога у односу на тежину болести, и упућивање кардиологу у односу на компликације артеријске хипертензије, приказани су на наредним графикама.



Графикон 10. Кардиолошке консултације у односу на тежину клиничке слике



1 – срчане компликације, 2 – цереброваскуларне, 3 – периферна васкулопатија, 4 – бубрежне, 5 – ретинопатија, 6 – комбиноване, 7 – нема компликација

Графикон 11. Кардиолошке консултације у односу на компликације

На кардиолошку консултацију најчешће су упућивани пацијенти с благом хипертензијом, а у односу на компликације пацијенти са срчаним компликацијама.

Табела 8. Компликације и кардиолошка консултација

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid srчане	95	26.5	26.5	26.5
cerebrovaskularне	25	7.0	7.0	33.4
periferna vaskulopatija	16	4.5	4.5	37.9
bubreжне	4	1.1	1.1	39.0
retinopatija	2	.6	.6	39.6
комбиноване	67	18.7	18.7	58.2
нема компликација	150	41.8	41.8	100.0
Total	359	100.0	100.0	

Табела 9. Обухват пацијената ехокардиографијом

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	130	36.2	36.2	36.2
2	100	27.9	27.9	64.1
3	13	3.6	3.6	67.7
4	1	.3	.3	68.0
Total	244	67.7	67.7	
Missing System	115	32.3		
Total	359	100.0		

Из претходног прилога се уочава да је обухват ехокардиографијом свих пацијената 45,8%, док је трећина пацијената са срчаним компликацијама прегледана овим методом.

На контролном прегледу у јануару 2007. регистрован је просечан систолни притисак од 143,8 mmHg и просечан дијастолни притисак од 86,6 mmHg, што је приказано на наредним табелама.

Табела 10. Просечна вредност дијастолног притиска 2006.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
5. Prosечna vrednost dijastolnog pritiska u 2006	355	62	120	86.08	8.320
Valid N (listwise)	355				

Табела 11. Просечна вредност дијастолног притиска 2007.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
3. Izmeren dijastolni pritisak	358	65	120	86.57	9.857
Valid N (listwise)	358				

Табела 12. Просечна вредност систолног притиска 2006.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
4. Prosечna vrednost sistolnog pritiska u 2006	355	110	190	143.44	13.790
Valid N (listwise)	355				

Табела 13. Просечна вредност систолног притиска 2007.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
2. Izmeren sistolni pritisak	358	110	220	143.84	17.757
Valid N (listwise)	358				

В. Исход лечења оболелих од есенцијалне артеријске хипертензије

Пожељне вредности у 2007. години за систолни притисак ≤ 140 mmHg имало је 54,0% лечених лица, а пожељни дијастолни притисак ≤ 90 mmHg 80,2%, мада је у том периоду дошло до благог повећања вредности оба притиска без статистичке значајности.

Табела 14. Пожељне вредности крвног притиска

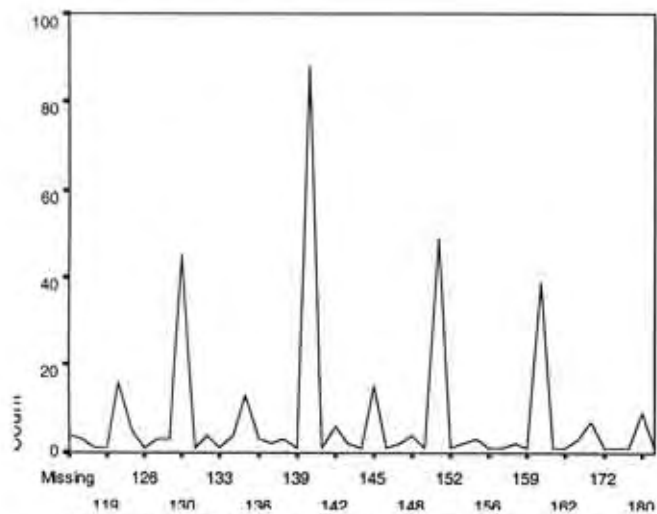
	2006.	2007.
Систолни притисак	202 56,2%	194 54,0% (+2,2%)
Дијастолни притисак	298 83,0%	288 80,2% (+2,8%)

Иако је дошло до благог повећања просечних вредности систолног и дијастолног притиска, регистровано је побољшање клиничке слике артеријске хипертензије јер је смањен број оболелих од умерене артеријске хипертензије за 2,7%; ови пацијенти су прешли у групу благе хипертензије из групе умерене хипертензије, чиме је смањен ризик од срчаних, цереброваскуларних и других компликација (табела 15 и графикони 12-15).

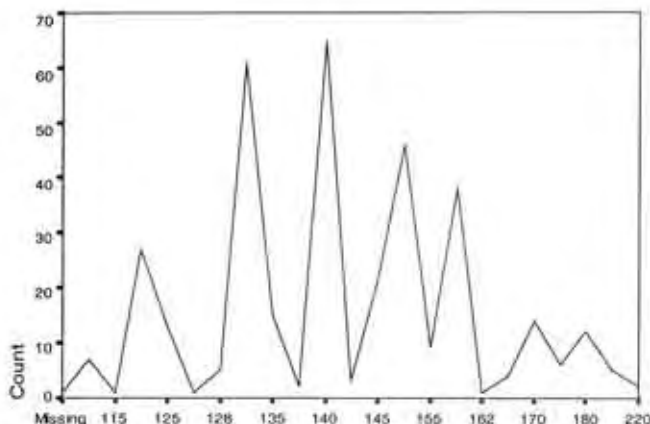
Табела 15.

Побољшање клиничке слике артеријске хипертензије

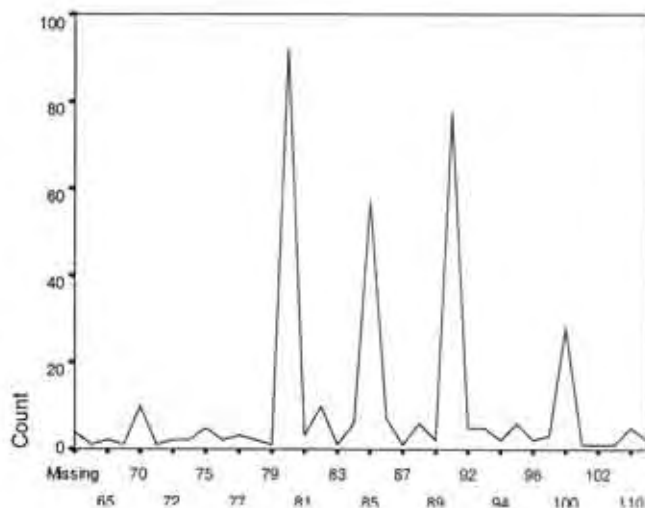
Тежина обољења	2006.	2007.	χ^2
блага	248	262 (+2,7%)	1-3
умерена	90	82 (-2,7%)	0,49
тешка.	12	12	-
јако тешка	2	2	-



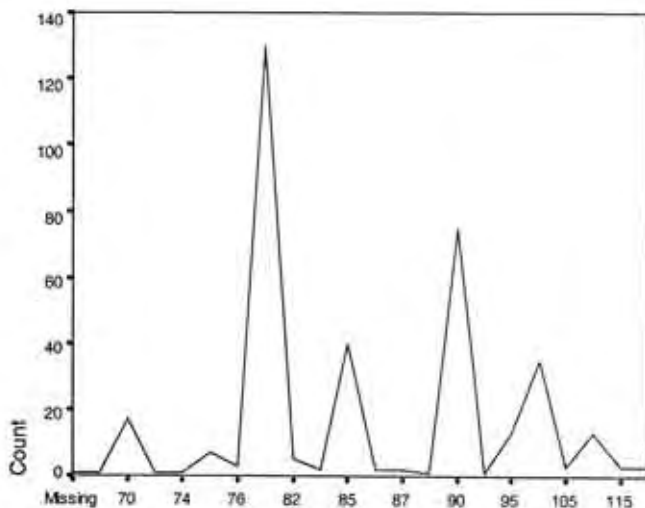
Графикон 12. Просечна вредност систолног притиска (2006)



Графикон 13. Измерен систолни притисак (2007)



Графикон 14. Просечна вредност дијастолног притиска (2006)

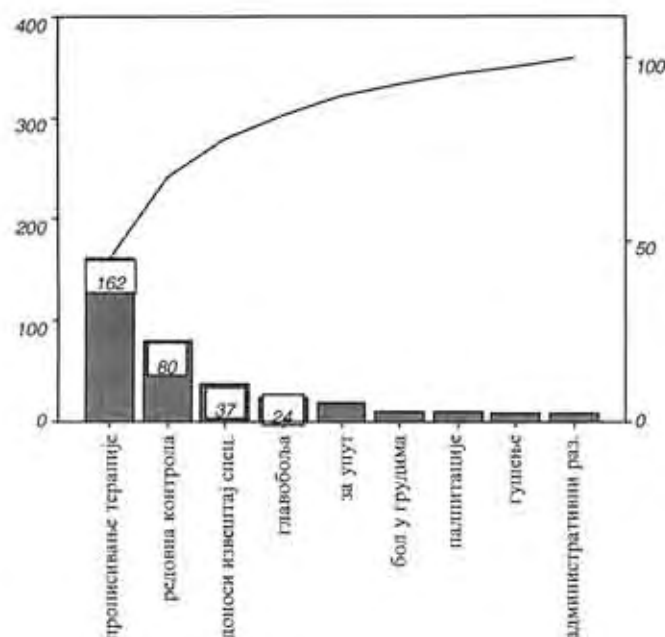


Графикон 15. Измерен дијастолни притисак (2007)

Током 2006. године изабрани доктори обавили су 3.164 прегледа пацијената оболелих од есенцијалне артеријске хипертензије, што значи да је сваки пацијент прегледан у просеку 8,8 пута за годину дана. Од свих здравствених захтева ових пацијената, изабрани доктор је самостално решио 85,8%, остале пацијенте је упутио кардиологу (448/3.164), 22,8% лечених лица није обавило кардиолошку консултацију током годину дана.

Према резултатима проспективног истраживања, пацијенти се најчешће обраћају изабраном доктору ради:

- прописивања терапије 45,1%
- редовне контроле 22,3%
- погоршања болести 14,8%
- доносе извештај специјалисте 10,3%
- упута на заказани преглед 5,3%

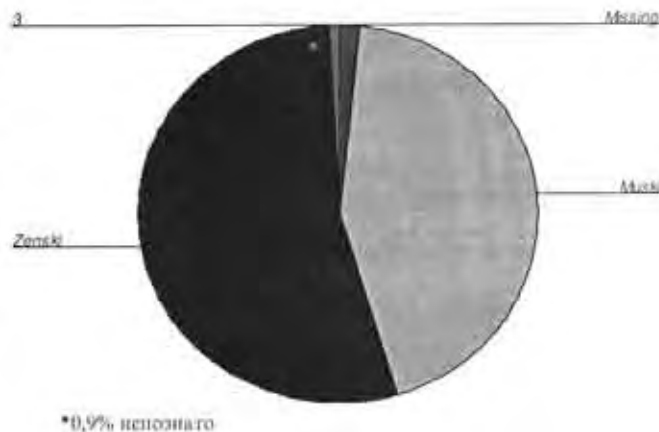


Графикон 16. Разлози посете оболелих од артеријске хипертензије изабраном доктору

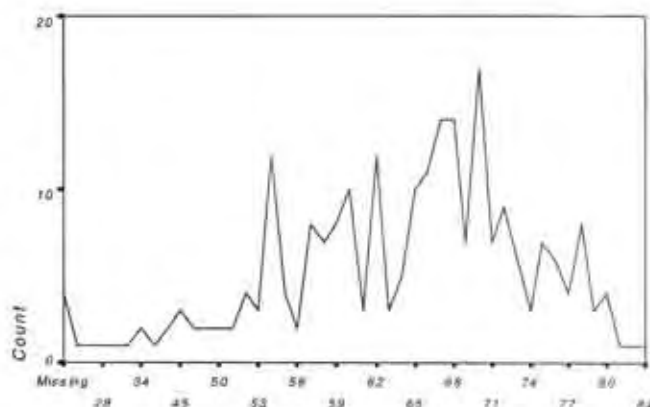
Квалитет лечења оболелих од дијабетес мелитуса

А. Структура лечених лица

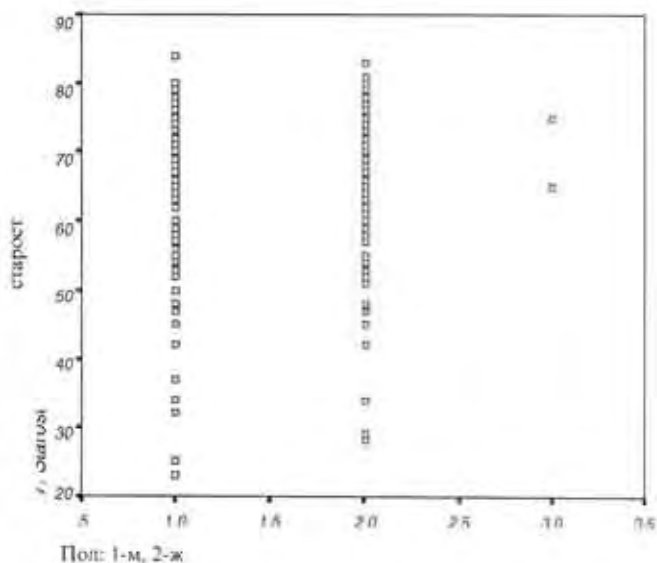
Овим истраживањем обухваћено је 239 лица оба пола оболелих од дијабетеса (44,3% мушкарца и 54,9% жена)*, просечне старости 63,9 година (ранг: 23-84 год.), који у просеку имају по 2,47 фактора ризика за наведени клинички ентитет и просечну дужину трајања обољења од 11,9 година (ранг: 0-35 година), што је графички приказано на наредним прилозима.



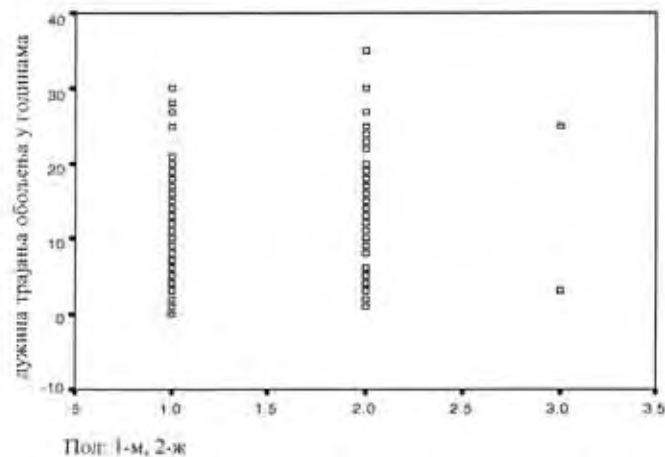
Графикон 17. Структура лечених лица према полу



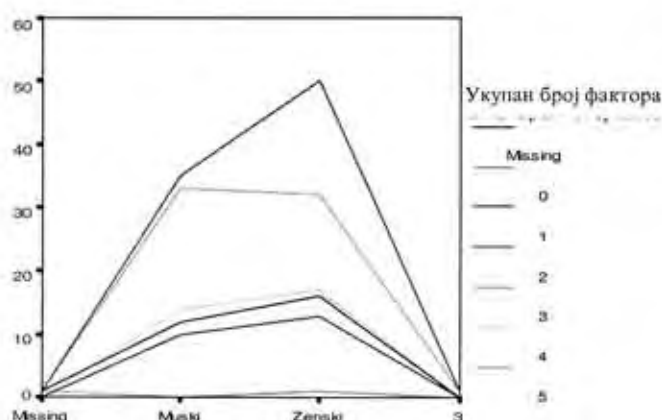
Графикон 18. Структура лечених лица у односу на старост



Графикон 19. Структура лечених лица у односу на пол и старост

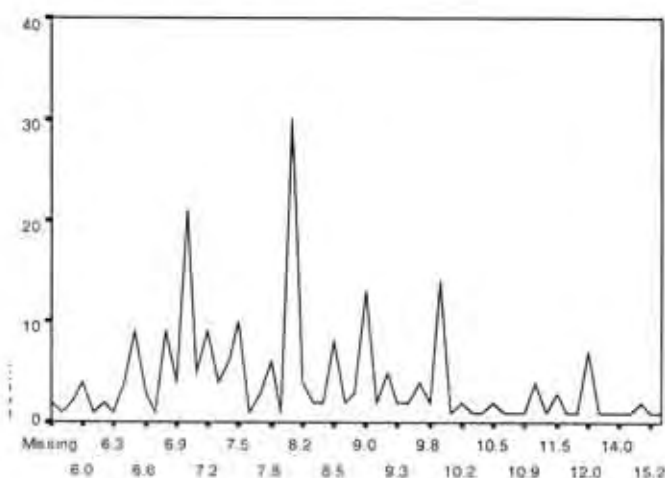


Графикон 20. Дужина трајања обољења



Графикон 21. Фактори ризика у односу на пол

Просечна вредност гликемија код пацијената оболе-
лих од дијабетеса током 2006. године износила је 8,43
mmol/l (ранг: 5,2-16,0), а дистрибуција вредности глике-
мија приказана је на графикону 22.



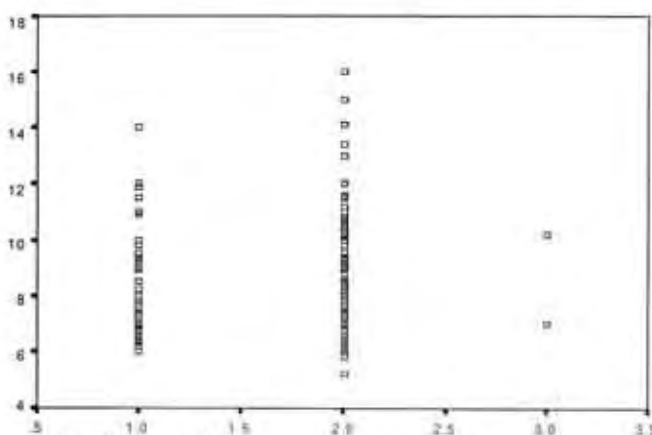
Графикон 22. Просечна вредност гликемије (2006)

У односу на класификацију дијабетеса, важно је да је
регистровано 26,8% болесника са дијабетесом тип 1, а
остали су са дијабетесом тип 2.

Вредности гликемије у односу на васкуларни ризик
[6] приказане су на табели 16, а просечне вредности гли-
кемије у односу на пол на графикону 23.

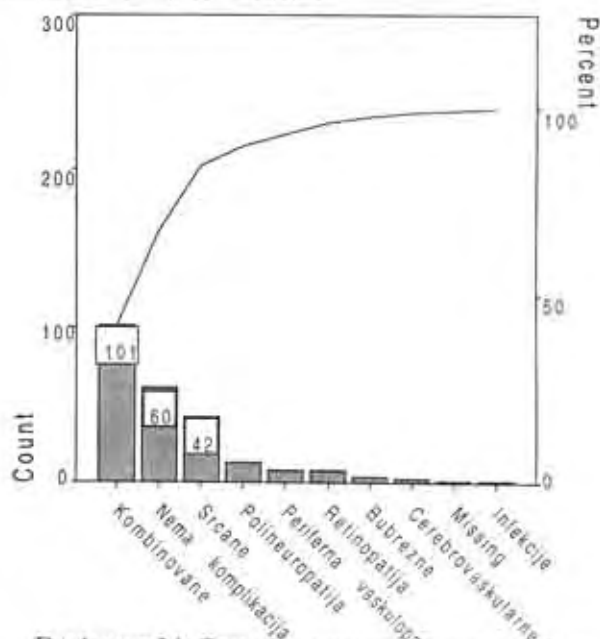
Табела 16. Вредности гликемије

Пожељни ≤ 5,4	Макроваскуларни ризик 5,5-6,0	Микроваскуларни ризик > 6,1
1 0,4%	6 2,5%	232 97,1%



Графикон 23. Просечна вредности гликемије у одно-
су на пол (2006)

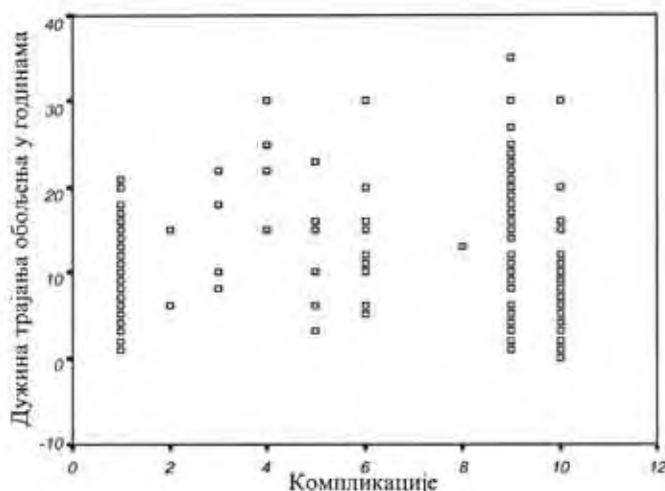
У популацији дијабетичара регистровано је да само
четвртина лечених лица (25,1%) нема ниједну комплика-
цију дијабетеса, а 42,2% има већ развијене комбиноване
компликације. Структура тих компликација приказана је
на табели 17 и графикону 24.



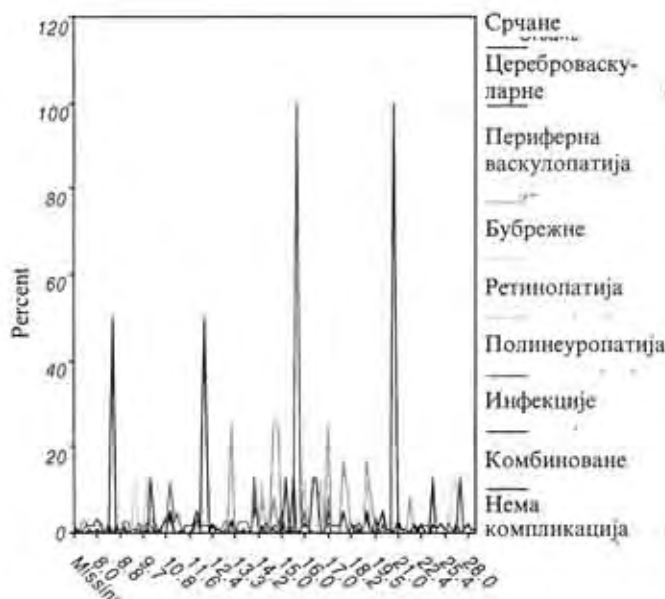
Графикон 24. Структура компликација дијабетеса

Табела 17. Структура компликација дијабетеса

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Srčane	42	17.6	17.6	17.6
	Cerebrovaskularne	2	.8	.8	18.5
	Periferna vaskulopatija	8	3.3	3.4	21.8
	Bubrežne	4	1.7	1.7	23.5
	Retinopatija	8	3.3	3.4	26.9
	Poli neuropatija	12	5.0	5.0	31.9
	Infekcije	1	.4	.4	32.4
	Kombinovane	101	42.3	42.4	74.8
	Nema komplikacija	60	25.1	25.2	100.0
	Total	238	99.6	100.0	
Missing	System	1	.4		
Total		239	100.0		



Графикон 25. Компликације дијабетеса у односу на дужину трајања обољења



Графикон 26. Компликације дијабетеса у односу на највеће до сада регистроване гликемије

Из података са графикона 26 јасно се уочава повезаност цереброваскуларних и нарочито комбинованих компликација, и периферне васкулопатије с високим вредностима гликемије.

Б. Анализа процеса рада

Анализа процеса рада обухвата све оно што су изабрани доктори урадили током процеса лечења оболелих од дијабетеса у 2006. години, што је и приказано на наредним табелама.

Табела 18. Процесне карактеристике лечења дијабетеса

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
13. Број pregleda tokom 2006. po strukturi auskultacija srca i pluća	238	0	14	3.30	2.849
Valid N (listwise)	238				

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
13. Број pregleda tokom 2006. po strukturi pregled vrata (stična zleзда i karotide)	210	0	6	.71	.797
Valid N (listwise)	210				

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
13. Број pregleda tokom 2006. po strukturi merenje krvnog pritiska	238	0	20	5.93	3.725
Valid N (listwise)	238				

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
13. Број pregleda tokom 2006. po strukturi palpacija i auskultacija krvnih sudova	222	0	8	1.01	1.128
Valid N (listwise)	222				

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
13. Број pregleda tokom 2006. po strukturi pregled abdomena	222	0	7	1.00	1.132
Valid N (listwise)	222				

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
13. Број pregleda tokom 2006. po strukturi neurološki pregled	217	0	9	.90	1.062
Valid N (listwise)	217				

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
13. Број pregleda tokom 2006. po strukturi EKG	231	0	10	1.84	1.835
Valid N (listwise)	231				

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
13. Број pregleda tokom 2006. po strukturi biokemijske analize	238	0	13	2.61	1.934
Valid N (listwise)	238				

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
13. Број pregleda tokom 2006. po strukturi glikemija	231	0	20	5.35	3.646
Valid N (listwise)	231				

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
13. Број pregleda tokom 2006. po strukturi RTG pluća i srca	217	0	11	.69	1.055
Valid N (listwise)	217				

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
13. Broj pregleda tokom 2006. po strukturi... HbA1c	220	0	5	.62	.793
Valid N (listwise)	220				

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
13. Broj pregleda tokom 2006. po strukturi... C-pep	211	0	5	.53	.732
Valid N (listwise)	211				

Обухват пацијената појединим методима прегледа и помоћним дијагностичким методима, може се приказати на следећи начин:

• аускултаторни преглед плућа и срца	94,5%
• мерење крвног притиска	97,5%
• палпација крвних судова	67,6%
• преглед врата и штитасте жлезде	57,6%
• преглед абдомена	62,2%
• неуролошки преглед	62,3%
• ЕКГ	79,8%
• биохемијске анализе	95,0%
• гликемија	98,7%
• Rtg плућа и срца	49,3%
• HbA _{1c}	50,0%
• C – пептид	44,1%
• преглед стопала	63,8%

В. Исход лечења оболелих од дијабетеса

Последња просечна вредност гликемије у јануару 2007. године износила је 8,6 mmol/l (табела 19), што значи да је на последњем контролном прегледу регистровано благо повећање просечне вредности гликемије за 0,13 mmol/l без статистичке значајности.

Табела 19. Последње просечне вредности гликемије

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
2. Ste je doktor uradio na današnjem pregledu... glikemija (zadnja vrednost)	237	3.9	20.9	8.562	2.5985
Valid N (listwise)	237				

Иако је дошло до благог повећања просечних вредности гликемије, регистровано је побољшање клиничке слике дијабетеса и статистички значајно смањење микро васкуларног ризика; број пацијената са пожељном гликемијом се удесетостручио (табела 20).

Табела 20. Смањење васкуларног ризика лечених пацијената

Пожељна гликемија ≤ 5,4	Макроваскуларни ризик 5,5 – 6,0	Микро васкуларни ризик > 6,1
10 4,2% $\chi^2 = 7,5^*$ $p = 0,006$	21 8,8% $\chi^2 = 8,8^*$ $p = 0,002$	208 87,0% $\chi^2 = 16,4^*$ $p = 4,95$

* статистичка значајност

Дакле, квалитет лечења оболелих од дијабетеса јасно је утврђен наведеним статистички значајним подацима, чиме су постигнути циљеви лечења:

- повећање броја лечених лица са пожељном (нормалном) гликемијом,
- статистички значајно је смањен број лица са микро васкуларним ризиком који су успешним начином лечења преведени у групу са макроваскуларним ризиком.

Током 2006. године оболели од дијабетеса посетили су у просеку 9,7 пута свог изабраног доктора (ранг: 2-26), најчешће због прописивања терапије (56,3%), редовне контроле (17,2%), доношења извештаја специјалисте (9,6%) и због погоршања болести (8,0%).

Табела 21. Разлог посете оболелих од дијабетеса

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Redovna kontrola	41	17.2	17.2	17.2
Propisivanje terapije	134	56.1	56.1	73.3
Pogorsanje bolesti	19	7.9	8.0	81.3
Donosi izveštaj specijaliste	23	9.6	9.7	91.2
Za uput (zakazan pregled specijaliste)	14	5.9	5.9	97.1
Administrativni razlozi	7	2.9	2.9	100.0
Total	238	99.8	100.0	
Missing System	1	.4		
Total	239	100.0		

Доктори су током 2006. године прегледали 2.281 пацијента оболелог од дијабетеса и упутили ендокринологу на консултацију 419 (18,4%), што значи да су **самостално решили све здравствене захтеве ових пацијената у 81,6% случајева**. Важно је истаћи да 36,5% пацијената није обавило ендокринолошку консултацију током прошле године (табела 22).

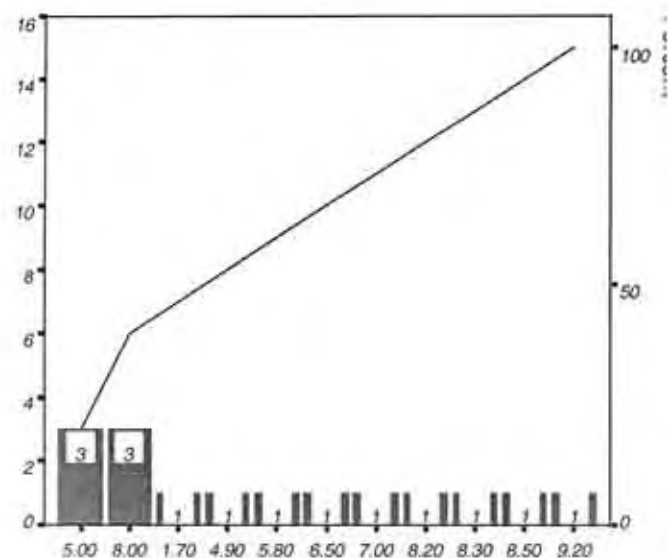
Табела 22. Број ендокринолошких консултација

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	81	33.9	36.5	36.5
1	33	13.8	14.9	51.4
2	34	14.2	15.3	66.7
3	26	10.9	11.7	78.4
4	26	10.9	11.7	90.1
5	10	4.2	4.5	94.6
6	4	1.7	1.8	96.4
7	4	1.7	1.8	98.2
8	3	1.3	1.4	99.5
10	1	.4	.5	100.0
Total	222	92.9	100.0	
Missing System	17	7.1		
Total	239	100.0		

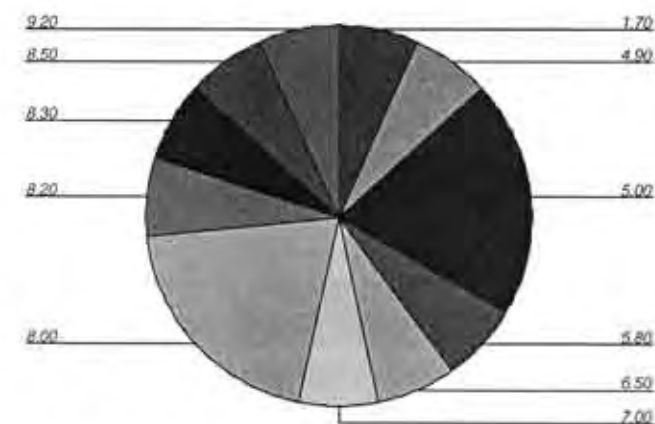
Сатисфакција доктора процесом рада и својом улогом изабраног доктора

Истраживање мишљења изабраних доктора обављено је помоћу визуелне аналогне скале и приказани су

на графиконима 27a и 27b; одговори на друга постављена питања добијени су на класичан начин и приказани на наредним прилозима.



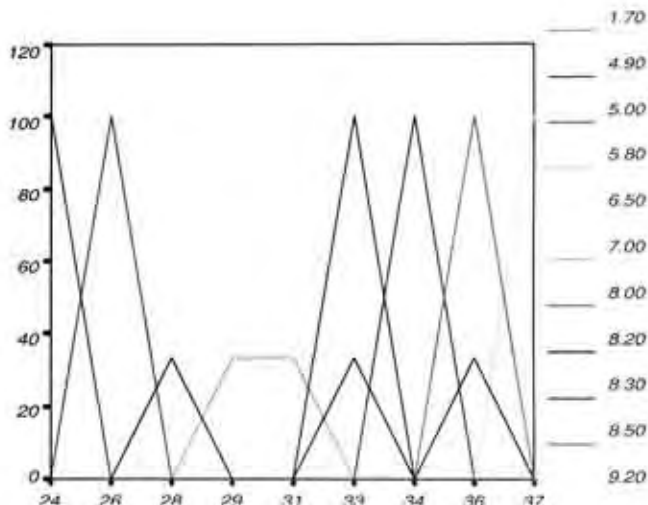
Графикон 27a. Да ли сте задовољни како обављате улогу избраног доктора?



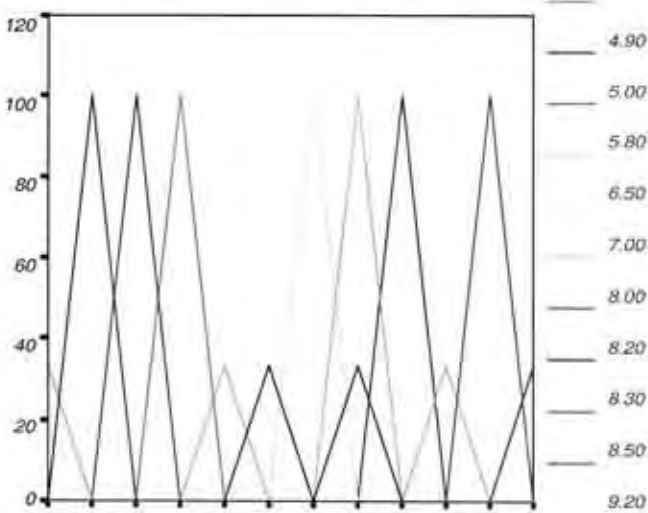
Графикон 27b. Сатисфакција доктора процесом рада и улогом избраног лекара

Истраживање сатисфакције доктора визуелном аналогном скалом (ранг: 0-10) показује да се њихово мишљење о задовољству процесом рада оцењује у просеку са 6,6, док се за оцену 5 и мање изјашњава 33,3% анкетираних доктора; за оцене између 5,8-8,0 изјаснило се 40,1% а оценом 8,2-9,2 изјаснило се 26,8% анкетираних (ранг: 1,7-9,2).

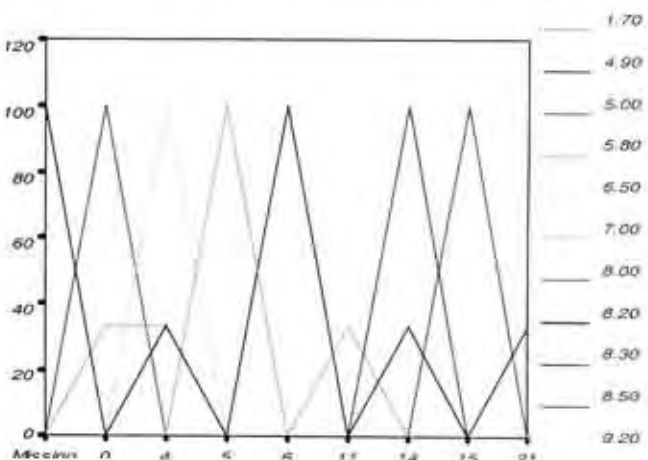
Незадовољство доктора је доста изражено и код оних који имају испод просека и натпросечан број прегледа, што је и у истој мери појава и у односу на укупан лекарски стаж и укупан специјалистички стаж (графикони 28-30).



Графикон 28. Сатисфакција и просечан број прегледа на дан



Графикон 29. Сатисфакција и укупан лекарски стаж



Графикон 30. Сатисфакција и укупан специјалистички стаж

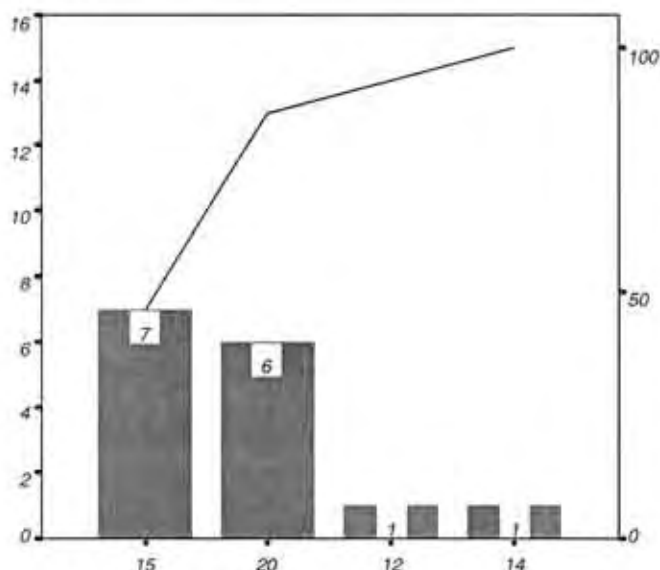
Анализа узрока незадовољства доктора приказана је на наредној табели, где се може уочити да се $\frac{1}{4}$ анкетираних доктора жали на недовољно времена за преглед једног пацијента у просеку.

Табела 23. Узроци незадовољства доктора

1. МАЛО ВРЕМЕНА ЗА ПРЕГЛЕД	73.3%	7. ПОША ИНФОРМИСАНОСТ	20%
2. ВЕЛИКИ БРОЈ ПАЦИЈЕНАТА	53.3%	8. РЕЦЕПТИ	20%
3. ВЕЛИКО АДМИНИСТРИР.	53.3%	9. ЗАКОНСКА ОГРАНИЧЕЊА	13.3%
4. СПОРА ПОМОЋНА ДИЈАГНОСТИКА	33.3%	10 - 12. САРАДЊА СА АПОТЕКОМ, МЕСЕЧНО ПРОПИСИВАЊЕ ТЕРАПИЈЕ И НЕПРОСВЕЋЕНОСТ ПАЦИЈЕНАТА	6.7%
5. ПОША САРАДЊА СА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКОМ СЛУЖБОМ	40%		
6. РЕТКЕ ЕДУКАЦИЈЕ	33.3%		

Анализа њихових предлога о оптималном просечном расположивом времену за преглед једног пацијента приказана је на графикону 31, из кога се види да 86,7% доктора предлаже 15 мин. и више у просеку за један преглед. Апсолутно доминира мишљење да је за један преглед потребно 15 мин. у просеку.

Током 2006. имали су на располагању 10 мин. у просеку за један преглед.

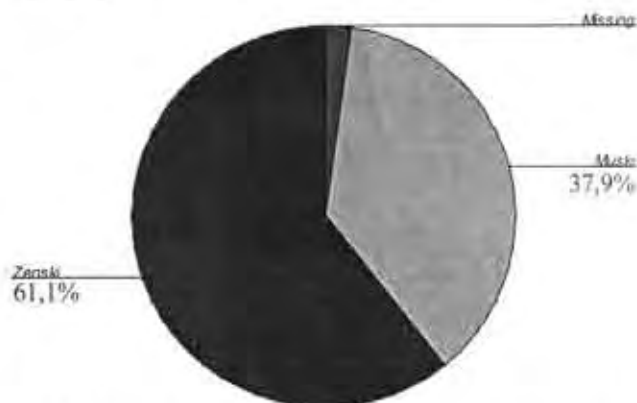


Графикон 31. Колико је времена потребно у просеку за преглед једног пацијента

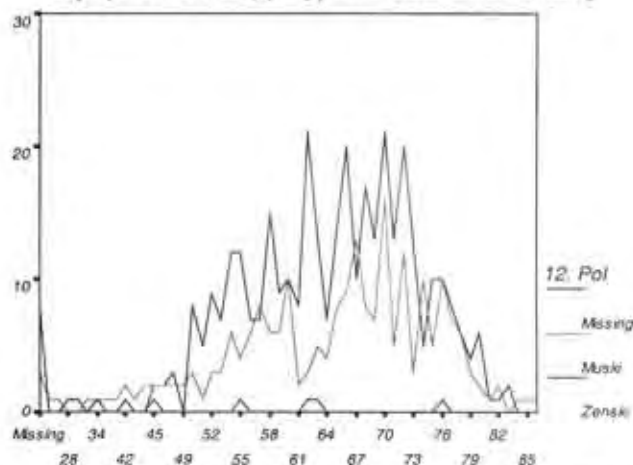
Сатисфакција пацијената

У „СПОМ“ студији учествовало је 598 пацијената оба пола, просечне старости 64,6 година (ранг: 23-86 год.) који имају дијагностиковану есенцијалну артеријску хипертензију (359) или дијабетес мелитус (239).

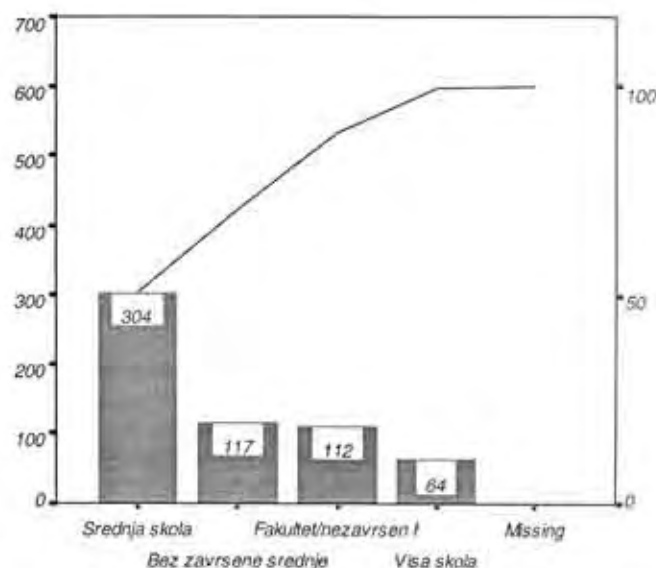
Структура лечених лица према полу и узрасту, приказана је графиконима 32 и 33.



Графикон 32. Структура лечених лица по полу



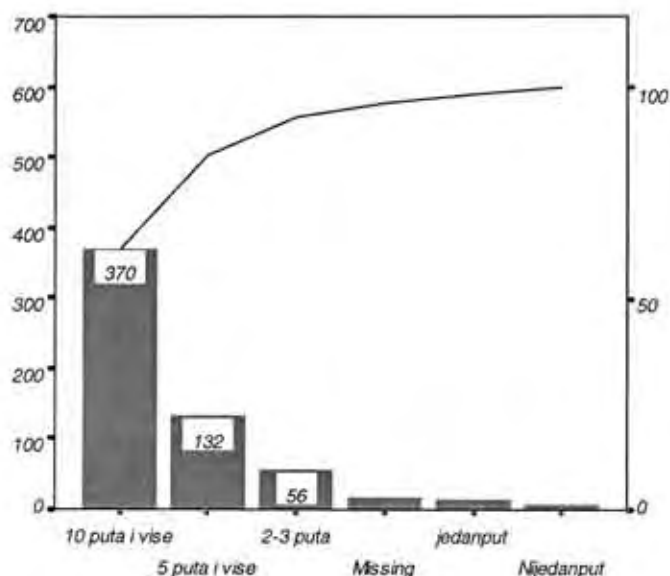
Графикон 33. Структура лечених лица по полу и годинама старости



Графикон 34. Структура лечених лица у односу на образовање

Образовање пацијената и коришћење здравствене службе током протекле године, приказано је на графичкој 34.

Највећи број лечених лица, практично једна половина, припада групи са средњим образовањем (50,8%), док 18,7% пацијената има завршен факултет.



Графикон 35. Коришћење здравствене службе за годину дана

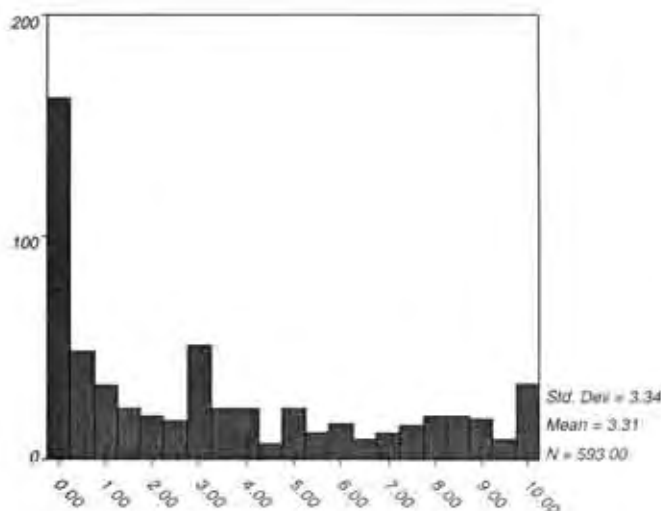
Табела 23. Ако сте помоћ затражили у последњих годину дана, колико пута сте посетили свог доктора опште медицине (свог породичног или другог доктора)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ниједанпут	8	1.3	1.4	1.4
	једанпут	14	2.3	2.4	3.8
	2-3 пута	56	9.4	9.7	13.4
	5 пута и више	132	22.1	22.8	36.2
	10 пута и више	370	61.8	63.8	100.0
	Total	580	97.0	100.0	
Missing	System	18	3.0		
	Total	598	100.0		

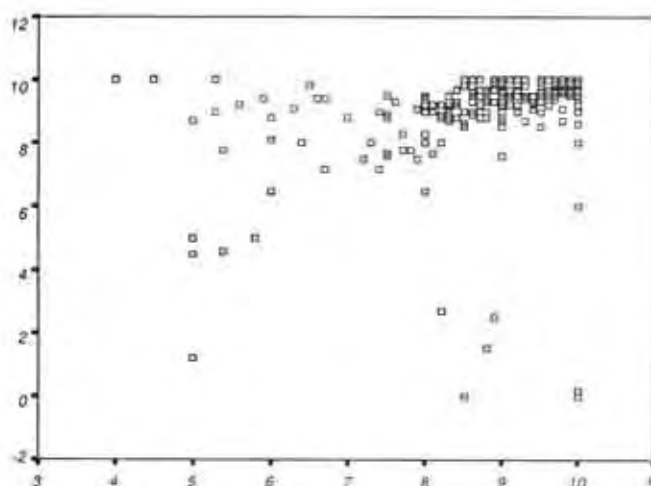
Из претходно приказаних података може се уочити да 63,8% пацијената посећује свог доктора 10 и више пута годишње, што показује да су они често у контакту са здравственом службом и да је могу компетентно оценити.

На питање „да ли дуго чекате на преглед када дођете код свог доктора“, просечан добијени одговор износи 3,31; 23,4% се изјаснило да мало чека, само онолико колико је неопходно, а 5,2% да чека јако дуго (графикон 36).

На питање шта мисле о стручности свог доктора и како оцењују лично задовољство пруженом здравственом заштитом, пацијенти су се изјаснили на следећи начин (графикон 37).



Графикон 36. Чекање на преглед



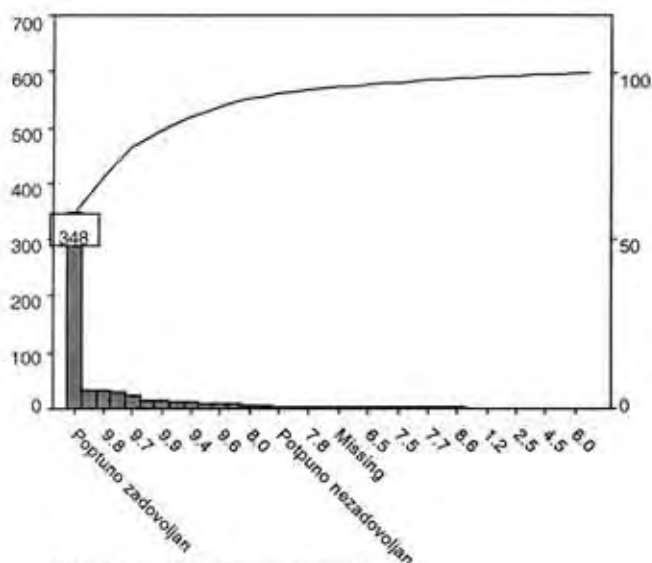
Графикон 37. Стручност и сатисфакција

Просечна оцена сатисфакције пацијената је веома висока и износи 9,5 док је 58,2% пацијената у потпуности задовољно својим доктором (графикон 38, табела 24). Регистровано је 0,7% потпуно незадовољних пацијената.

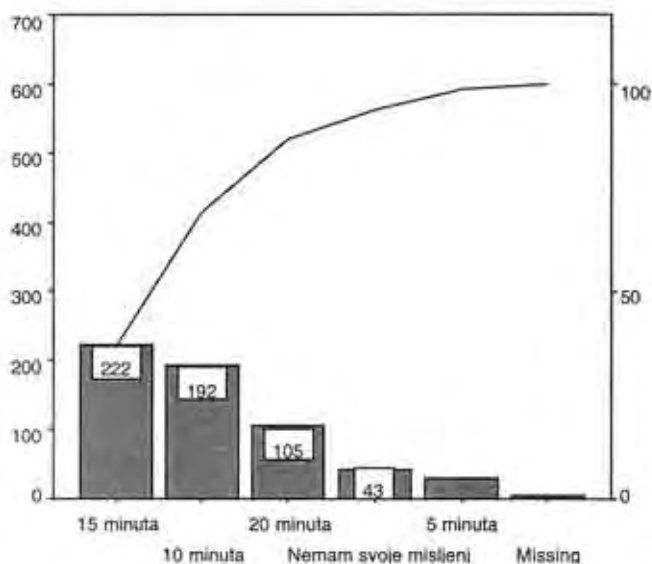
Табела 24. Сатисфакција

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
12. Uzimajući sve u obzir navedeno, da li ste zadovoljni Vašim lekarom?	598	0	10 0	9.519	1.2786
Valid N (listwise)	596				

На питање „колико је времена по Вашем мишљењу потребно у просеку за један преглед“, 37,1% пацијената се изјаснило за 15 мин; 32,1% за 10 мин; 17,5% за 20 мин; 7,2% нема своје мишљење а 5,1% пацијената мисли да је 5 мин. довољно време у просеку за један преглед (графикон 39).



Графикон 38. Сатисфакција



Графикон 39. Потребно време за један преглед (у просеку)

Дискусија

Овом студијом су обухваћени претежно искусни и добро едуковани специјалисти опште медицине и њихови пацијенти оболели од есенцијалне артеријске хипертензије и дијабетеса, који дуго болују од наведених обољења и често посећују свог изабраног лекара, тако да имају квалитетне утиске о свом доктору и начину функционисања здравствене службе. Студија је проистекла из потребе да изабрани доктори проуче свој процес рада, услове у којима раде, резултате лечења посматраних клиничких ентитета и да аргументовано предложе мере за унапређење здравствене заштите, како би оправдали и

унапредили своју улогу темељног носиоца здравственог система.

Методологија истраживања је морала да буде проспективно-ретроспективног карактера, да би се добио одговор на питање *шта је урађено, а шта је требало урадити*. Примена визуелне аналогне скале за тестирање мишљења учесника у процесу здравствене заштите, показала је у пуној мери своју оправданост, јер се помоћу ње добија читав спектар нијансираних одговора, што није могуће постићи класичним тестирањем помоћу структурираних упитника. Примена визуелне аналогне скале је новитет и за докторе и за пацијенте, и мора се истаћи да је њена примена оригинални приступ оваквом типу истраживања, који је приуштио велико задовољство истраживачима.

Даљи ток дискусије биће усмерен ка сегментима квалитета здравствене заштите, како би се ова студија приказала на одговарајући начин.

Сатисфакција лечених лица показује изненађујуће добар резултат и високо мишљење пацијената о стручности доктора, које је у поређењу с генералном сатисфакцијом пацијената у **високостатистички значајној позитивној корелацији** – Спирманов (*Spearman*) $\rho = 0,734^{**}$. Практично једна четвртина пацијената се изјаснила да мало чека на преглед код свог доктора, само онолико колико је неопходно, а сви пацијенти су се у вези са овим питањем изјаснили просечном оценом 3,31, док је њихово доминантно мишљење да преглед треба да траје у просеку 15 мин. Овакви ставови морају се разматрати у контексту реалног догађања у протеклој години, када су доктори имали на располагању просечно 10 мин. за преглед једног пацијента и у контексту сатисфакције пацијената, што говори у прилог рационалном коришћењу времена као основног ресурса и доброј утренираности доктора да у кратком времену пруже добар квалитет лечења, што је и доказано анализом процеса рада. Анализа уважавања пацијента као партнера у процесу здравствене заштите, такође показује високопозитивне вредности, јер пацијент добија довољно информација (9,2), доктор у довољној мери уважава мишљење пацијента о планираном лечењу и дијагностици (8,9), озбиљно схвата пацијентов проблем (9,3) и пацијент може са својим доктором да разговара и о личним проблемима (9,1). На тај начин доктори су обезбедили тако високо мишљење својих пацијената када је у питању квалитет лечења.

Процес рада карактерише велико оптерећење доктора бројем опредељених грађана, што је у директој статистички значајној позитивној корелацији са просечним бројем прегледа и сигурно је допринело недовољној реализацији броја превентивних и систематских прегледа у структури прегледа.

Чињеница да практично једна половина пацијената посећује свог лекара ради прописивања терапије (56,3% дијабетичара и 45,1% хипертоничара), јасно говори да је то један од узрока великог оптерећења и један од кључних разлога незадовољства доктора, што се може

** висока статистичка значајност

избећи променом начина прописивања терапије уз важност рецепта у трајању од три или шест месеци. На тај начин би се ослободило време за унапређење превентивног и здравствено-васпитног рада.

Осим тога, процесу рада се озбиљно супротстављају бројна интерна и екстерна ограничења у дијагностичком делу процеса, јер доктор, на пример, мора да чека на лабораторијске резултате у просеку 10,9 дана а за специјалистичку консултацију у просеку 34,6 дана, чиме је дијагностички процес неоправдано продужен.

Анализа техничког аспекта заштите даје задовољавајуће резултате како у примени појединих метода прегледа, тако и у погледу обухвата пацијената појединим дијагностичким поступцима; уочава се потреба усавршавања садржаја клиничког прегледа и чешћа примена неких метода прегледа, као што су, на пример, преглед врата и штитасте жлезде, преглед крвних судова, неуролошки преглед и преглед стопала код дијабетичара.

Други уочени феномен у процесу рада је заказивање кардиолошких контролних прегледа, углавном код лакших клиничких случајева артеријске хипертензије, што је апсолутно непотребно и неоправдано компликује и продужава процес лечења. С друге стране, дуплира број прегледа изабраном лекару, повећава трошкове лечења, троши време и пацијентима и докторима. Елиминација ове појаве захтева организационе интервенције ради додатног ослобађања времена изабраном лекару, што ће неминовно повећати и задовољство доктора процесом рада.

Феномен великог администрирања је веома јасно уочен и у вези је са обрасцем рецепта, шифрама лекова, листама лекова, бројним уредбама и административним мерама, прописивањем помагала и др. Администрирање представља један од значајних узрока незадовољства лекара, који желе што више ослобођеног времена за остваривање и комплетирања своје улоге претежно превентивним и здравствено-васпитним садржајима рада који су у структури прегледа мало заступљени.

Исход лечења представља круну овог истраживања, јер је резултат лечења оболелих од есенцијалне артеријске хипертензије или дијабетеса на завидном нивоу како у области клиничке слике, тако и у области самосталног решавања здравствених захтева. Побољшање клиничке слике код оболелих од дијабетеса при том има и високу статистичку значајност.

Закључак

Уместо закључка цитирамо и подржавамо *Предлог акционог плана за побољшање стања у општој медицини* који је једногласно подржан од стране организатора и полазника курса Континуирана медицинска едукација (КМЕ), под називом *Вештачке комуникације у општој медицини* у организацији три Катедре Медицинског факултета БУ: опште медицине, социјалне медицине и хуманистичких наука.

- време потребно за један преглед износи 12-15 мин;
- број опредељених грађана по једном изабраном лекару требало би да буде на нивоу од око 1.600, као што то нови нормативи предвиђају;
- елиминисати заказивање лабораторијских прегледа;
- обогатити спектар лабораторијских анализа са електролитима, INR, хормонима штитасте жлезде, MB-CPK, тропонином, LDL и HDL фракцијама холестерола и тумор маркерима;
- елиминисати категорију заказивања кардиолошких контролних прегледа;
- обезбедити време изабраном доктору за групни здравствени рад, предавања становништву, менторски и едукативни рад, стручно усавршавање, континуирану медицинску едукацију;
- успоставити стандарде техничког аспекта заштите за преглед и оптималну дијагностику у односу на врсту обољења (на пример, за кардиолошког болесника, пулмолошког, онколошког, итд.);
- успоставити јединствен систем за процену квалитета рада и критеријуме и елиминисати личке приступе у овој области;
- променити образац рецепта и политику прописивања рецепта уз повећање његове важности на период од три до шест месеци;
- отклонити појаву да доктори ради информисања читају разноврне уредбе из Службеног гласника, што треба да обавља менаџмент установе у којој изабрани лекар ради и да благовремено у прикладној, обрађеној форми, информисе докторе;
- обезбедити јавну расправу свих законских и подзаконских аката пре њиховог доношења у институцијама опште медицине;
- здравствену политику у области опште медицине треба да воде истакнути стручњаци из ове области, пореклом из праксе.

Head researcher:
Prim dr Dejan Konstantinović
Senior researchers: Prim dr Dragica
Akulov, prim dr Ljiljana Jandrić,
dr Bojan Jelečanin,
dr Božica Novaković
Researchers: dr Koviljka Vilić-Bra-
jčić, dr Dragica Spasić, dr Milena
Radosavljević, dr Tamara Kontić-
Basić, dr Olga Milanović, dr Katari-
na Jovanović, dr Vesna Knezević, dr
Ljiljana Krivokapić, dr Slavica Pav-
lović-Krstić, dr Mira Milovanović,
dr Gordana Santrac-Stijak, dr Mari-
na Fiseković i dr Ivana Vidanović

Department of General Practice, University of
Belgrade School of Medicine; member of WONCA and
EURACT

Novi Beograd Health Center, Belgrade

Key words:

Quality of health care,
Hypertension,
Diabetes mellitus

SPOM study Quality of Health Care Process in General Practice Within Our Health care system

Abstract

SPOM study a prospective/retrospective research of the quality of health care. Its aim is to register what was done and what should have been done in the process of health care of the patients suffering from arterial hypertension and/or diabetes. **Method.** The retrospective part of the study comprises entire 2006th year, and prospective part comprises January 2007. The investigation analyzes work of 15 general practitioners and opinions of 598 of their patients (359 with hypertension and 239 diabetics). Seven questionnaires were used to test the opinions of patients as well as of their practitioners. **Results.** Mean values of the patients' opinions show a high level of satisfaction (9.5), and doctors' opinions exhibit distinct dissatisfaction with their role within the process of work, as well as with working procedures (6.6). Structural characteristics of the practitioners, and of their process of work achieve an expected level. The outcome of the medical treatment is improvement of the clinical presentation of the patients within first two subgroups of hypertension classification, and statistically significant improvement of clinical presentation of patients within all three subgroups of diabetes classification. During the treatment, practitioners have independently resolved 85.8% needs of hypertensive patients, and 81.6% needs of diabetics. Multiple limitations in the working process were registered, of internal, external, local and systemic character. **In conclusion,** authors present suggestions for resolving the noticed problems of quotidian work.

Литература

1. Цуши В. Теоријске основе за процену квалитета рада у здравственој делатности. У: Технологија у здравственој заштити, монографија РСИЗЗ, Београд, 1983;46-56.
2. Брук Р. Пийање мерења квалитета медицинске заштите. У: Технологија у здравственој заштити, монографија РСИЗЗ, Београд, 1983;37-45.
3. Константиновић Д, Акулов Д, Секулић А, Павловић Д. Самостално решавање здравствених захтева у односу на дијагнозу, као подршка савременом руковођењу у општој медицини. Општа медицина, 1996; 2(2/3):135-140.
4. 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):29-36.
5. Marantz P, Rucker LM. Hypertension. In: Essentials of Adult Ambulatory Care, Williams & Wilkins, 1997;183-188.
6. Национални водич клиничке праксе Diabetes mellitus. ЕПОО, Београд, септембар, 2002, стр 25.