

PRESEČNA ŠTUDIJA O DELU ZDRAVNIKOV SPLOŠNE MEDICINE V SLOVENIJI

A CROSS SECTIONAL STUDY OF PERFORMANCE OF SLOVENE GENERAL PRACTITIONERS

Igor Švab¹, Marija Petek Šter¹, Janko Kersnik¹, Gordana Živčec Kalan¹, Josip Car²

Prispelo: 25. 7. 2005 - Sprejeto: 19. 9. 2005

Izvirni znanstveni članek
UDK 614.2 (497.4)

Izvleček

Namen: Analizirati delo zdravnikov splošne medicine v Sloveniji in preskusiti način presečnega poročanja iz ambulant splošne medicine.

Metode: Presečna študija, v kateri je sodelovalo 42 zdravnikov, ki so registrirali vsak po 300 zaporednih obiskov, skupno 12296 obiskov v ambulant.

Rezultati: Čas obiska v ambulant je kratek, tretjina vseh obiskov je administrativne narave. Obremenjenosti zdravnikov so zelo različne.

Zaključek: Presečno poročanje iz ambulant splošne medicine je izvedljivo. Potrebne so dodatne, poglobljene analize, ki bi natančneje pojasnile odločanje zdravnikov. Tak način poročanja bi bilo treba redno ponavljati.

Ključne besede: primarno zdravstveno varstvo, družinska medicina, Slovenija

Original scientific article
UDC 614.2 (497.4)

Abstract

Objective: To analyse the work of general practitioners in Slovenia with a cross-sectional method.

Methods: A cross-sectional survey involving 42 general practitioners who had reported 300 office contacts, i.e. a total of 12,296 contacts.

Results: Consultations are very short; approximately one third of consultations are administrative in nature.

Conclusions: A cross-sectional method is applicable to data collection in general practice. Additional analyses will be necessary to provide more insight into general practitioners' decision making. Regular cross-sectional data reporting is necessary.

Key words: primary health care, family medicine, Slovenia

Uvod

V vseh sistemih zdravstvenega varstva poudarjajo pomen osnovne zdravstvene dejavnosti, ki naj bi predstavljala težišče njihovega delovanja. Usmeritev v primarno zdravstveno varstvo je danes najbrž edina možnost za ustrezno zdravstveno oskrbo prebival-

stva in rešitev za obvladovanje rasti stroškov zdravstva (1, 2). Vse več storitev se namreč prelaga iz sekundarne na primarno raven (3–6).

Trendi sprememb v osnovnem zdravstvu
Splošni trendi sprememb v osnovnem zdravstvu so naslednji:

¹Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

²Imperial College London, South Kensington campus, London SW7 2AZ

Kontakti naslov: e-pošta: igor.svab@mf.uni-lj.si

- Epidemiološke spremembe

S staranjem prebivalstva, ki je značilnost razvitega sveta, narašča tudi delež prebivalstva s kroničnimi boleznimi. Med bolniki tako prevladujejo tisti s kroničnimi, praviloma neozdravljivimi boleznimi, ki zahtevajo temeljito spremljanje, stalno poučevanje bolnika in skrben nadzor zdravljenja.

V zadnjih desetletjih tudi opazamo naraščanje števila bolnikov z več kroničnimi boleznimi, kakor tudi bolnikov z duševnimi motnjami, zlasti anksioznostjo in depresijo. Vodenje in nadzor teh bolnikov sta zahtevna, ne le zaradi njihove zapletenosti, ampak jim je potrebno posvetiti tudi več časa kot bolnikom z ostalimi boleznimi (7).

- Spremembe v slogu in obsegu dela

Tradicionalni obiski pri zdravniku so bili kratki (8). Bolnik je prišel s simptomi in zdravnik je predpisal zdravilo. S tem se je končala odgovornost zdravnika do bolnika. Z razvojem medicine se je začel uveljavljati nov pristop k bolniku, ki poleg obravnave trenutnega problema vključuje tudi spodbujanje zdravja (9) in izobraževanje bolnika o uporabi zdravstvenega sistema. Vse bolj pomembna je tudi vloga bolnika samega pri skrbi za lastno zdravje in njegovo soodločanje pri izbiri diagnostike in načrtovanju zdravljenja (10). V zadnjih letih je sistematično presejanje prebivalstva postala ena glavnih nalog zdravnikov družinske medicine, kar zahteva veliko časa in pozornosti in predstavlja novo breme.

Danes je prisoten zelo močan trend zmanjševanja števila bolniških postelj v bolnišnicah in skrajševanja hospitalizacij. Bolniki so zelo zgodaj odpuščeni v oskrbo zdravnika družinske medicine oz. v »intermediarno« oskrbo (11), številni že dan po operaciji. Ravno tako se prelaga na primarno raven tudi oskrba vse več kroničnih bolezni (12). Za vse te bolnike naj bi prevzela skrb osnovna zdravstvena dejavnost.

- Pomanjkanje zdravnikov družinske medicine

Splošni trend je tudi pomanjkanje zdravnikov za delo v primarni dejavnosti. Kar nekaj evropskih držav se srečuje z resnim pomanjkanjem zdravnikov. Posledice pomanjkanja zdravnikov se le redko opazijo takoj, ker se breme prenese na ostale zdravnike iste stroke. S stališča organizacije zdravstvenega sistema je to pomembno zaznati in pravočasno ukrepati, ker se zaradi tega dolgoročno zmanjša kakovost zdravstvene oskrbe.

- Nadzor nad kakovostjo dela

Izvajalci v osnovni zdravstveni dejavnosti so pod vse

večjim pritiskom s strani vlade, zavarovalnic, delodajalcev in bolnikov, da zagotovijo čim večjo kakovost in učinkovitost svojega dela. Narašča breme administrativnega dela. Zaradi slabo koordinirane zdravstvene politike se uvajajo vedno novi obrazci in sistemi poročanja, ki tratijo dragoceni čas zdravnikom in medicinskim sestram. Narašča število administrativnih nadzorov, ki odtegujejo zdravnike iz ambulantnega dela in med neposrednimi izvajalci sejejo nezadovoljstvo zaradi slabo opredeljenih meril in nadzora dokumentacije, ne pa resnično opravljenega dela. Način plačevanja spodbuja neracionalne rešitve.

Stanje v Sloveniji

Tudi Slovenija je v zadnjem času doživela pomembne spremembe zdravstvenega sistema (13,14). Spremenil se je način plačevanja storitev, omogočena je bila zasebna zdravstvena dejavnost, uvedla se je nova specializacija iz družinske medicine in preventivni program za odraslo populacijo.

Vse glasnejše so pritožbe zdravnikov zaradi vse večjih obremenitev. Vse manj jih zmore prenašati vedno bolj naraščajoče obremenitve poklica, kar ni problem samo v Sloveniji, temveč tudi v tujini (15,16).

Ob vseh teh spremembah je bila analitika na tem področju deležna sorazmerno majhne pozornosti. Iz rutinsko zbrane zdravstvene statistike je razvidno, da narašča število obiskov v osnovni zdravstveni dejavnosti, da pada število hišnih obiskov in raste število napotitev. Natančnejše analize ti podatki ne omogočajo. Iz podatkov zdravstvene statistike v Sloveniji vemo, da obremenitve v splošni medicini naraščajo. Ker še ni bilo podrobneje raziskano delo zdravnikov splošne medicine na nacionalni ravni, smo izvedli raziskavo v obliki presečne študije. Z raziskavo smo želeli opisati in analizirati delo zdravnikov v splošni medicini v Sloveniji in preizkusiti sistem presečnega poročanja iz ambulant splošne medicine kot alternativo sedanjemu rutinskemu zajemu podatkov.

Metodologija

- Vzorec zdravnikov

Raziskavo smo izvedli s pomočjo reprezentativnega vzorca 42 slovenskih zdravnikov splošne medicine (od povabljenih 50, odziv 84%), izbranih iz registra Združenja zdravnikov družinske medicine po sistemu tablice naključnih števil. V raziskavo nismo vključili zdravnikov, ki delajo v splošnih ambulantah v socialno-varstvenih zavodih, in zdravnikov, ki ne delajo polni delovni čas kot zdravniki splošne medicine. Vsak

od povabljenih zdravnikov je imel nalogo, da registri-
ra 300 zaporednih kontaktov v ambulanti ali na hiš-
nem obisku v času redne ambulan- te po priloženem
obrazcu, ki smo ga razvili za namen študije. Uporabili
smo metodologijo, ki je nastala v sodelovanju na pro-
jektu MATRA, katerega so podpisnik je bilo Ministr-
stvo za zdravje. Zdravniki so imeli še nalogo, da za
vsak obisk na pol minute natančno izmerijo čas po-
sveta v ambulanti oziroma na hišnem obisku. Ob
koncu delovnega dne so izpolnili še obrazec s speci-
fikacijo o številu in vrsti pregledov v ambulanti. V isti
obrazec so zabeležili tudi število telefonskih posvetov
in ostalih opravil na ta dan.

Podatke smo zbirali od 1. oktobra 2003 do 31. marca
2004. Zbrali smo podatke o 12296 stikov.

Navodila sodelujočim zdravnikom

Skupina izbranih zdravnikov je bila deležna instruk-
taže na Katedri za družinsko medicino ter pisnih
pojasnil o namenu, ciljih in poteku raziskave ter o
načinu zbiranju podatkov.

V primeru nejasnosti, ki so se pojavljale med izvaja-
njem raziskave, so imeli sodelujoči zdravniki možnost
po telefonu ali preko elektronske pošte kontaktirati
odgovorne raziskovalce.

• Način izbora preiskovancev

Raziskava, ki je za zdravnika pomenila dodatno delo,
ki so ga opravili izven časa redne ambulan- te, smo
zdravnikom svetovali, da raziskavo izvajajo največ
enkrat tedensko in da takrat evidentirajo vse stike v
času redne ambulan- te. Zdravnikom smo svetovali, da
naj bodo dnevi v tednu, ko izvajajo raziskavo, zastop-
ani enakomerno, da bi se izognili morebitni pristra-
nosti, ki je povezana z razlikami v obremenjenosti
ambulan- te ob različnih dneh v tednu.

Med stike so bili šteti vsi stiki med zdravnikom in bolni-
kom ali njegovimi svojci in vsi stiki z ostalimi medicins-
kimi sodelavci (npr. patronažnimi sestrami), ki so od
zdravnika zahtevali opravilo, ki se po Pravilih zavaroval-
nice obračunava kot storitev in zahteva zapis v ambu-
lantni karton splošne medicine; to pomeni, da smo
poleg obiskov bolnikov v ambulanti in hišnih obiskov evi-
dentirali še stike, pri katerih se bolnik fizično ni pojavil v
ambulanti, imel pa je potrebo po stiku z zdravstveno
službo (npr. predpis recepta, bolniškega lista, izpolnitve
obrazca za invalidsko komisijo, izdaja napotnice ...).
Evidentirali smo tudi nujne preglede v ambulanti in na
terenu, če so bili opravljeni v času redne ambulan- te.

• Merjenje časa posveta v ambulanti

Čas posveta v ambulanti smo merili s pomočjo štopa-

rice na pol minute natančno. Merjenje časa smo
začeli takrat, ko je bolnik stopil skozi vrata ambulan-
te in ga nehali meriti, ko je bolnik zapustil ambulanto.
V primeru, da je imel zdravnik v času bolnikovega obi-
ska telefonski pogovor ali kakšno drugo nepričakova-
no neodložljivo opravilo, ki se ni nanašalo na v ambu-
lanti prisotnega bolnika, smo čas telefonskega pogo-
vora in/ali opravila odšteli od časa, izmerjenega v
ambulanti.

• Izpolnjevanje vprašalnikov

Vprašalnik je vseboval osnovne podatke o bolniku
(spol, starost, izobrazba) in vprašanje o morebitni
menjavi zdravnika v zadnjem letu. Sestavljen je bil
tako, da je omogočal identifikacijo stike glede na:

- prisotnost bolnika v ambulanti (obisk s pregledom
in obisk brez pregleda – t.i. kratek obisk);
- vrsto obiska (pri oseb- nem zdravniku v ambulanti
ali na hišnem obisku, pri nadomestnem zdravniku
v ambulanti ali na hišnem obisku, v času urgentne
službe);
- namen obiska (pri stik zaradi akutne bolezni, prvi
stik zaradi kronične bolezni, kontrola akutne
bolezni, kontrola kronične bolezni, preventivni pre-
gled, predoperativni pregled, ponovni predpis
recepta, drug administrativni razlog, kontakt s
svojci);

V nadaljevanju vprašalnika smo zbirali podatke o dia-
gnostičnih postopkih, ki jih je zdravnik izvedel ali je
nanje bolnika napotil. Sledil je sklop vprašanj o napo-
titvah k kliničnim specialistom in vprašanje o diagno-
zah, zaradi katerih je bil bolnik obravnavan ob opazo-
vanem obisku. Zdravnik je imel nalogo, da navede vse
zdravstvene težave, ki jih je ob opazovanem obdobju
obravnaval. Vprašanje o terapevtskih ukrepih je imelo
tudi rubriko, kamor je zdravnik vpisal ob obisku pred-
pisane recepte in naročilnice za tehnične pripomočke.
Posebno vprašanje je bilo namenjeno posegom, ki jih
je zdravnik izvedel v svoji ambulanti, pri hišnem obisku
ali na terenu. Zanimalo nas je tudi, če je bil bolnik v
času pregleda v bolniškem staležu in kdaj ga je zdrav-
nik naročil na kontrolni pregled. Pri opredelitvi termina
kontrolnega pregleda smo ločili potrebo po kontrolnem
pregledu zaradi akutne ali kronične bolezni.

Ob koncu vprašalnika je bilo potrebno vpisati čas
posveta.

Za vsak dan, ko je izvajal raziskavo, je zdravnik izpol-
nil še vprašalnik o vrsti in številu posameznih obiskov
v ambulanti. Zdravnik je imel možnost, da zabeleži še
vsa druga opravila, ki so ga na ta dan obremenjeva-
la in niso bila vključena v vprašalnik (npr. obisk far-
macevtskega predstavnika).

Vsak zdravnik je ob koncu raziskave izpolnil še obrazec, ki je vseboval osnovne podatke o zdravniku in ambulantni (število opredeljenih bolnikov, število na starost standiziranih količnikov, lokacija ambulate, zaposlitev zdravnika, specializacija).

- Pregled vprašalnikov in šifriranje

Pred vnosom smo vse izpolnjene vprašalnike pregledali. V primeru nejasnosti smo kontaktirali zdravnika, ki je vprašalnike izpolnjeval. Če so bili ključni elementi vprašalnika pomanjkljivo ali tako nejasno izpolnjeni in da nam tudi zdravnik, ki je vprašalnik izpolnjeval, ni znal pomagati, smo vprašalnik izločili iz analize. Iz analize smo izločili 304 vprašalnike (2,4%), tako, da smo končno analizo opravili na 12296 vprašalnikih. Za klasifikacijo diagnoz, ki so jih zdravniki izpisali z besedo, smo uporabil mednarodno ICPC klasifikacijo diagnoz. Predpisane recepte smo klasificirali po prilagojeni ATC klasifikaciji zdravil. Za tehnične pripomočke pa smo pripravili lastno klasifikacijo, ki je upoštevala delitev tehničnih pripomočkov glede na namen uporabe.

- Vnos podatkov

Vnos podatkov je izvedla Fakulteta za računalništvo in informatiko. Vnos je bil izveden tako, da so bili vsi vprašalniki skenirani, nato pa so bili podatki s pomočjo posebej izdelanega programa vnešeni v bazo. Pravilnost elektronskega vnosa je bila preverjena s pomočjo logičnih kontrol, narejena pa je bila tudi ročna kontrola pravilnosti vnosa. V primeru nejasnega prenosa podatkov iz vprašalnika v bazo je bil v vsakem trenutku na vpogled tudi skeniran obrazec.

- Statistična analiza podatkov

Za statistično analizo podatkov smo uporabili statistični paket SPPS, verzija 11. Kot mejo statistične značilnosti smo upoštevali vrednost $p < 0,05$. Za opis vzorcev smo uporabili metode deskriptivne statistike. Financiranje projekta

Projekt je poleg Ministrstva za šolstvo, znanost in šport ter Ministrstva za zdravje podprla tudi Zdravniška zbornica Slovenije. S sredstvi, ki jih je prispevala Zdravniška zbornica Slovenije, smo preko pogodb plačali delo zdravnikov in vnos podatkov v bazo.

Raziskavo je odobrila Komisija za medicinsko etiko pri Ministrstvu za zdravje.

Rezultati

1. OPIS VZORCA PREISKOVANCEV

V raziskavi smo zbrali podatke o 12296 obiskovalcih 42 ambulant splošne medicine, med katerimi je bilo 45,2% moških in 54,8% žensk, ki so bili v povprečju stari 51,7 let (od 0 do 97 let, SD 19,0 let). Po izobrazbi jih je imelo 41% le osnovno šolo, višje ali visoko izobraženih je bilo 11,3%, ostali so imeli poklicno ali srednjo izobrazbo. V zadnjem letu je 4,7% bolnikov zamenjalo svojega zdravnika.

2. OBLIKE, VRSTE IN NAMEN OBISKA ZDRAVNIKA

Med stiki je bilo 72,3% obiskov s pregledom, t.j. bolnik je bil tudi fizično prisoten v ambulantni, 27,7% kontaktov pa so predstavljali kontakti, pri čemer bolnik ni prišel do zdravnika.

Večino obiskov so bolniki opravili pri svojem osebnem zdravniku v ambulantni (93,2%), 4,8% bolnikov je zaradi nenujnih razlogov obiskalo nadomestnega zdravnika, nenujni hišni obiski so predstavljali le 0,8% vseh kontaktov (0,7% jih je opravil osebni zdravnik, 0,1% pa nadomestni zdravnik). V času redne ambulate je bilo 1,2% vseh obiskov (v ambulantni in na terenu) opredeljenih kot nujnih.

Po namenu obiska so prevladovali prvi pregledi zaradi akutne bolezni (27,8%) in kontrolni pregledi zaradi kroničnih bolezni (25,1%). Ob istem obisku je lahko bolnik obiskal zdravnika zaradi več razlogov. Skupno je bilo 47% obiskov zaradi akutnih zdravstvenih problemov in 30,5% pregledov zaradi kroničnih zdravstvenih problemov.

Obiske po namenu prikazuje Tabela 1.

1. OBRAVNAVA V AMBULANTI IN NAPOTITVE NA DIAGNOSTIČNE PREISKAVE

Pri 30,5% stikov zdravnik ni opravil nobene preiskave pri bolniku. Glede na to, da so 27,7% stikov predstavljali bolniki, ki sploh niso prišli do zdravnika, je bilo bolnikov, ki so prišli v ambulantno in odšli brez kakršnekoli preiskave, le 7%. Med v ambulantni prisotnimi bolniki pa jih 10% ni bilo deležno kliničnega pregleda.

2. NAPOTITVE K SPECIALISTOM

Med vsemi stiki je bilo 2485 stikov (20,2%), pri katerih so bili bolniki napoteni k kliničnemu specialistu. Razmerje med nenujnimi in nujnimi napotitvami je bilo v korist nenujnih; v 83% napotitev ni bila nujna.

Tabela 1. Prikaz obiskov po namenu.

Table 1. Visits by reason.

Vrsta obiska <i>Type of visit</i>	Odstotkov %
Akutna bolezen-prvi <i>Acute disease- first</i>	27,8
Akutna bolezen-ponovni <i>Acute disease-repeat</i>	19,8
Kronična bolezen-prvi <i>Chronic disease-first</i>	5,4
Kronična bolezen-ponovni <i>Chronic disease-repeat</i>	25,1
Preventivni pregled <i>Preventive medical examination</i>	2,4
Predoperativni pregled <i>Preoperative examination</i>	0,8
Predpis recepta ali naročilnice <i>Prescription or referral note</i>	15,2
Drugi administrativni razlogi <i>Other administrative reasons</i>	10,2
Posvet svojcev <i>Consultation for relatives</i>	2,4
Skupaj* <i>Total*</i>	108,5

* Skupna vsota je več kot 100%, ker so bolniki prihajali zaradi dveh različnih namenov, npr. kontrole kronične bolezni in prvega obiska zaradi akutne bolezni.

* exceeds 100% : patients attended for two different reasons, e.g. follow up of chronic disease, first visit for acute disease

Med napotitvami so prevladovala ponovna napotitve, ki jih je bilo 51,5%. Zdravniki so bolnika na svojo pobudo napotili v 46%, na pobudo kliničnega specialista v 32%, na pobudo bolnika v 12%, v 8% pa se zdravnik ni znal opredeliti, na čigavo pobudo je bila prevladujoča.

Najpogostejše so bile napotitve k internistom v 6,3% (najpogostejše h kardiologu v 2,1%), kirurgom v 5,4% (najpogostejše k travmatologu v 1,8%), med ostalimi napotitvami pa je bilo vsaj 1% bolnikov napoteno še k : oftalmologu v 2,1%, ortopedu v 1,6% in otorinolaringologu v 1%. Ostale napotitve so bile redkejšje in so bile porazdeljene med ostalimi kliničnimi specialisti.

3. NAJPOGOSTEJŠI ZDRAVSTVENI PROBLEMI

Bolniki, so bili v povprečju obravnavani zaradi 1,57 zdravstvenega problema (SD 0,869), tisti, ki so bili v ambulantni, zaradi 1,62 problema, ostali pa zaradi 1,43 (SD 0,888) zdravstvenega problema (SD 0,794). Razlika je statistično pomembna ($p < 0,001$).

Tabela 2. Deleži bolnikov, pri katerih so bile opravljene posamične diagnostične preiskave. Pri nekaterih bolnikih je bilo opravljenih več preiskav.

Table 2. Proportion of patients subjected to one diagnostic procedures; some.

Preiskava <i>Examination</i>	Delež bolnikov z opravljeno preiskavo <i>Proportion of examined pts.</i>
Nič <i>No</i>	30,5%
Klinični pregled <i>Physical examination</i>	65,9%
Urinske preiskave <i>Urine tests</i>	6,9%
Krvne preiskave <i>Blood tests</i>	18,3%
EKG <i>ECG</i>	4%
Spirometrija <i>Spirometry</i>	0,4%
Rtg – nativno <i>Plain X-ray films</i>	0,3%
CT preiskave <i>CT</i>	0,1%
UZ preiskave <i>Ultrasound</i>	2,3%
Endoskopske preiskave <i>Diagnostic endoscopy</i>	0,7%
Citološke in histološke preiskave <i>Cytologic and histologic studies</i>	0,1%
Mikrobiološke preiskave <i>Microbiology</i>	0,4%
Nevrofiziološke preiskave <i>Neurophysiologic investigations</i>	0,4%
Kardiološke preiskave <i>Cardiologic examinations</i>	0,4%

Med najpogostejšimi skupinami zdravstvenih problemov, ki so jih zdravniki obravnavali, so bili: bolezni srčno-žilnega sistema v 26,5%, bolezni kostno-mišičnega sistema v 24,7%, bolezni dihal v 16,8%, bolezni kože in podkožja v 12,7%, motnje metabolizma v 11% ter bolezni prebavil v 10,6%. Ostale skupine zdravstvenih problemov so se pojavljale pri manj kot 10% kontaktov. Maligne bolezni so po ICPC klasifikaciji zajete v sklop organskega sistema, kamor pripadajo (tabela 3).

Tabela 3. Pogostnost skupin diagnoz.
Table 3. DRG rates.

DRG	%
Splošna stanja/simptomi <i>General condition/symptoms</i>	7,2%
Bolezni krvi/krvotvornih organov <i>Blood and haemopoietic disorders</i>	1,6%
Bolezni prebavil <i>Gastrointestinal disorders</i>	10,6%
Bolezni oči <i>Eye disorders</i>	3,4%
Bolezni ušes/mastoida <i>Ear/mastoid disorders</i>	2,7%
Bolezni srčno-žilnega sistema <i>Cardiovascular diseases</i>	26,5%
Bolezni kostno-mišičnega sistema <i>Musculoskeletal diseases</i>	24,7%
Nevrološka obolenja <i>Neurological disorders</i>	4,8%
Psihiatrična obolenja <i>Psychiatric diseases</i>	7,8%
Bolezni dihal <i>Respiratory tract diseases</i>	16,8%
Bolezni kože/podkožja <i>Skin and subcutaneous tissue disorders</i>	12,7%
Endokrine motnje <i>Endocrine disorders</i>	11,0%
Bolezni sečil <i>Urinary tract diseases</i>	4,8%
Težave povezane z nosečnostjo <i>Pregnancy-related health problems</i>	1,1%
Bolezni ženskih spolnih organov <i>Diseases of female sex organs</i>	1,9%
Bolezni moških spolnih organov <i>Diseases of male sex organs</i>	2,1%
Ostali razlogi za stik z zdravstveno službo <i>Other reasons for attendance</i>	1,6%

4. TERAPEVTSKI UKREPI

Bolnik je ob obisku lahko dobil več terapevtskih ukrepov. V 11,9% se zdravnik ni odločil za terapevtski ukrep. Med terapevtskimi ukrepi je bil najpogostejši predpis recepta pri 58,1% kontaktov, pogosto so bolniki dobili nasvet – v 51,1%. Ostali ukrepi, ki so jih bili bolniki še deležni, pa so bili: svetovana dieta v 7,2%, preveza rane v 6,6%, aplikacija injekcije v 3,9%, napotitev na fizioterapijo v 2,6%, predpis tehničnega pripomočka v 2,5% in cepljenje v 2,2%.

Med tistimi, ki so dobili recept, je bilo povprečno število predpisanih receptov 1,95 (od 1 do 9, SD 1,342). Poseg je zdravnik izvedel v 4% kontaktov. Najpogostejši poseg je bil izpiranje ušes v 1,3% stikov, ostali posegi (dejanje kisika, inhalacije, nastavitev infuzije, kirurška oskrba rane s šivanjem, odstranitev tujka...) so bili opravljeni pri manj kot 0,5% stikov.

5. SPREMLJANJE BOLNIKOV

Na kontrolni pregled je bila naročeno 64,8% vseh stikov. Med kontrolami je bila polovica kontrol zaradi akutne in polovica zaradi kronične bolezni. V 1,2% stikov je zdravnik v spremljanje bolnikovega stanja vključil tudi patronažno sestro.

Na kontrolni pregled akutne bolezni (vključene tudi poškodbe) so bili bolniki naročeni v povprečju čez 7,7 dni (od 1 do 180 dni, SD 6,72 dni), na kontrolo kronične bolezni pa v povprečju čez 57,9 dni (od 1 do 1800 dni, SD 50 dni).

6. ČAS POSVETA

Povprečen čas posveta ob upoštevanju vseh stikov je bil 7,08 minute (od 0,5 do 150 minute, SD 6,28 minute). Ob upoštevanju zgolj stikov s prisotnostjo bolnika v ambulantni je bil povprečen čas posveta 8,50 minute (SD 3,36 minute), ostali stiki pa so trajali v povprečju 3,38 minute (SD 3,36 minute). Za hišni obisk je zdravnik potreboval v povprečju 34,04 minute (SD 24,51 minute). 22,7 % vseh stikov je trajalo 10 minut ali več.

Trajanje posveta je bila odvisna tudi od števila obravnavanih zdravstvenih problemov. Posveti, ko je zdravnik obravnaval več kot 1 zdravstveni problem (38,46%), so trajali v povprečju 8,80 minute, posveti, kjer pa je obravnaval le en problem pa 6,0 minut, razlika je statistično pomembna ($p < 0,001$).

7. OBREMENJENOST ZDRAVNIKOV

Sodelujoči zdravniki so imeli povprečno 1789 vpisanih oseb (od 862 do 3186, SD 436 oseb). Povprečno število standardiziranih količnikov je bilo 2394,5 (od 1094 do 4202, SD 628,9 količnika).

Večina zdravnikov (35) je bila prisotna tudi za nujne primere v času redne ambulante.

Zdravniki so imeli v povprečju dnevno 45,6 stikov (SD 9,98), od tega 31,03 stikov s pregledom (SD 7,24) in 14,54 stikov brez pregleda (SD 6,95).

Nenujnih hišnih obiskov je bilo v povprečju 0,45 (SD). Telefonskih posvetov je bilo v povprečju 8,85 (SD

Tabela 4. *Trajanje posveta glede na namen obiska.*
 Table 4. *Length of consultation, by reason for visit.*

Obisk po namenu <i>Visit, by reason</i>	Čas obiska (SD) v minutah <i>Length of visit (min)</i>
Prvi obisk akutne bolezni <i>First visit for acute disease</i>	8,47 (6,92)
Prvi obisk kronične bolezni <i>First visit for chronic disease</i>	10,1 (6,21)
Kontrolni obisk akutne bolezni <i>Follow-up visit for acute disease</i>	6,37 (4,04)
Kontrolni obisk kronične bolezni <i>Follow-up visit for chronic disease</i>	8,87 (6,73)
Preventivni pregled <i>Preventive medical examination</i>	13,28 (8,35)
Predoperativni pregled <i>Preoperative examination</i>	10,76 (5,22)
Predpis recepta <i>Prescription</i>	3,37 (3,50)
Drugi administrativni vzroki za obisk <i>Other administrative reasons for attendance</i>	3,97 (4,60)
Svojci na posvetu <i>Consultation for relatives</i>	7,03 (9,61)

4,40). Zdravnik je obravnaval v povprečju 0,93 nujnega primera v času redne ambulate (SD 1,36).

Razprava

METODOLOGIJA

V raziskavi je sodelovalo 42 od 50 povabljenih zdravnikov. Tako visok delež sodelovanja zdravnikov smo zagotovili zaradi sodelovanja z Zdravniško zbornico Slovenije, ki je z vsakim sodelujočim zdravnikom sklenila pogodbo o delu.

Glavni razlog, da smo se odločili za obrazec v papirni obliki, je pomanjkljiva informatizacija v naših ambulantah. Zdravnikom je izpolnjevanje obrazcev vzelo veliko dodatnega časa, saj so prepisovali podatke iz kartoteke v obrazec na papirju. Delo so praviloma opravili po končanem rednem delu v ambulantah. V primeru, da bi imel zdravnik že v osnovi vse podatke zbrane v računalniški obliki, bi sodelovanje v raziskavi od zdravnika zahtevalo le merjenje časa posveta, česar rutinsko ne počnemo, vse ostale podatke pa bi v papirni ali elektronski obliki lahko brez večjega dodatnega dela posredoval za namen raziskave. Tak način sodelovanja bi tudi zmanjšal možnost napake, ki se je lahko zgodila pri prepisovanju, oz. bi izničil

vpliv pristranosti zdravnika. Omenjen način poročanja iz ambulant bi lahko predstavljal tudi obliko nadzora nad strokovnim delom zdravnika in bi bil osnova za izboljšanje kakovosti dela zdravnikov.

VSEBINSKI DEL

Vrste obiskov

Ugotovili smo, da v skoraj tretjini primerov zdravnik obravnava probleme bolnikov, ne da bi jih pregledal. Med temi stiki prevladuje predpis receptov ter ostali administrativni razlogi za stik z osebnim zdravnikom. Obiski brez pregleda so bili najpogostejši v skupini starostnikov (oseb starih 65 ali več let), v katerih je bilo takih stikov kar 36%. Med verjetnimi razlogi velja omeniti gibalne težave starostnikov, ki jim onemogočajo oziroma otežujejo obisk v ambulantah, zdravniki splošne medicine pa jih na domu ne obiščejo. Administrativni razlogi jemljejo veliko časa, ki bi ga sicer lahko porabili za bolnika. V raziskavi, ki so jo izvedli v ZD Celje, je zdravnik porabil 21% vsega ordinacijskega časa za administrativna opravila, od tega 25% za pisanje receptov (17). Rešitve v obliki elektronskega recepta ali vsaj računalniškega izpisa receptov za zdravljenje kronične bolezni so se že ponujale, pa še vedno recepte pišemo ročno.

Manj kot 1% vseh stikov je bilo v obliki hišnih obiskov, pri starejših od 65 let pa 2%. To je primerljivo s podatki druge raziskave, ki je na osnovi vprašalnika raziskovalo hišne obiske v Sloveniji (18). Takšno število hišnih obiskov glede na potrebe po večjem številu stikov pri starostnikih verjetno ne zadošča. Med glavnimi razlogi za majhno in upadajoče število hišnih obiskov velja omeniti večjo potrebo časa za hišni obisk, ki je v povprečju skoraj petkrat daljši od povprečnega stika v ambulantni.

Napotitve

Zaskrbljujoč je zlasti podatek o številu nenujnih napotitev, ki narašča (19). Pričakovali bi prav nasprotni trend, saj sistem teži k prenosu obravnave zlasti kroničnih bolnikov k osebnemu zdravniku. Med morebitnimi razlogi za povečevanje napotitev vidimo zlasti navado kliničnih specialistov, da si bolnike vedno znova naročajo na kontrolne preglede, tendenco nekaterih klinik, da znova vzpostavljajo poliklinični način dela za nekatere sorazmerno enostavno vodljive kronične zdravstvene probleme (npr. vodenje antikoagulantnega zdravljenja), pomanjkanje časa za spremljanje bolnika skozi fazo uvažanja bolj specifičnega zdravljenja, staranje prebivalstva, napotitve na naročene kontrolne preglede pri specialistih, tudi takrat, ko pregled pri kliničnem specialistu dejansko ne bi bil potreben, strah zdravnikov pred morebitno napako in tožbo, kar spodbuja dodatne preiskave in specialistična mnenja na zahtevo bolnika in vodi v defenzivno medicino ter neustrezno zasnovano stalno strokovno izobraževanje, ki daje prednost vrhunskosti obravnave pred splošno medicinskim pristopom, tj. uporabe časa v diagnostične in terapevtske namene. Povečevanje števila napotitev je povezano tudi z večjimi diagnostičnimi možnostmi in dejanskim razvojem medicine. Za razjasnitev tega problema, ki predstavlja veliko finančno breme za zdravstveni sistem so potrebne dodatne analize.

Zdravstveni problemi

Med najpogostejšimi zdravstvenimi problemi so po pričakovanju na vodilnih mestih srčno-žilne bolezni in težave s kostno-mišičnim sistemom. Obe skupini vključujeta pretežno kronična stanja. Na tretjem mestu so respiratorne bolezni, poleg kroničnih diagnoz obsega tudi akutne zdravstvene probleme.

Terapevtski ukrepi

Med pregledi, ki so se končali brez terapevtskega ukrepa, velja omeniti zlasti administrativne razloge (npr. potrdilo za zavarovalnico po končanem zdravljenju, izpolnjen obrazec za invalidsko komisijo) in pa kontrolni pregledi zaradi akutne bolezni, ko je bolnik že prebolel bolezen oz. dodatnega zdravljenja ne potrebuje.

Bolniki so pogosto odhajali iz ambulante z receptom. Več časa za bolnika, ki ga zdravnik nameni izčrpnější anamnezi in pregledu in sklepanju terapevtskega dogovora, z bolnikom, bi verjetno lahko zmanjšalo število predpisanih receptov.

Čas

Čas posveta v ambulantni ob upoštevanju zgolj obiskov s pregledom je znašal 8,5 minute, če izključimo tiste stike, ko bolnik ni bil prisoten v ambulantni. To je v primerjavi z evropskimi državami med najkrajšimi časi posveta, ki se v povprečju gibljejo okoli 10 minut, čeprav je razpon zelo velik (1,33–34 minut) (20–22).

Obremenjenost

Ugotovili smo, da so razlike v obremenjenosti zdravnikov velike, kar štirikratne, če upoštevamo le standardizirane glavarinske količnike. Ob upoštevanju dnevne frekvence obiska v ambulantni so razlike dvainpolkratne. Predvidevamo, da najbolj obremenjeni zdravniki zaradi količine dela, ki jo morajo opraviti, ne zmorejo več delati kakovostno. Zdravniki, ki imajo manj vpisanih bolnikov, pa bi sicer imeli pogoje za kakovostno delo, vendar se lahko postavlja vprašanje, zakaj si jih bolniki ne izbirajo za svoje osebne zdravnike. Med možnimi odgovori so organizacijski razlogi (lokacija ambulante, pretežno delo v ambulantni nujne medicinske pomoči, zdravnik na specializaciji ...), zdravnikova neprijaznost ali celo nezaupanje v strokovnost zdravnika na strani bolnika ... Za potrditev teh hipotez bi potrebovali dodatne analize. Brez dodatne analize je vsak zaključek lahko napačen. Ob vsesplošnem pomanjkanju zdravnikov, zlasti v družinski medicini, bi bilo poleg samega povečanja števila zdravnikov potrebno razmisliti tudi o prerazporeditvi obremenjenosti med zdravniki na tak način, da bi najbolj obremenjeni pridobili boljše pogoje za kakovostnejše delo, v skupini manj obremenjenih zdravnikov pa bi poizkušali odpraviti razloge za njihovo manjšo obremenjenost in jih pripravili za neizbežne večje delavne obremenitve.

Sklepi

Presečni način poročanja iz ambulant se je izkazal za izvedljivega, čeprav bi bilo nujno potrebno zagotoviti računalniško zajemanje podatkov, ki bi ga omogočila kakovostna elektronska kartoteka.

Ugotovili smo, da je čas posveta v ambulantni kratek, pogosti so administrativni razlogi za obisk, obiski na bolnikovem domu pa so redki.

Ugotovili smo velike razlike v obremenjenosti zdravnikov, ki se zrcalijo tudi v dnevni frekvenci obiskov. Bolj enakomerna obremenitev zdravnikov splošne medicine je eden od možnih predlogov za izboljšanje kakovosti dela zdravnikov splošne medicine. Vsekakor pa je pred tem potrebo ugotoviti, kolikšna je še sprejemljiva obremenitev zdravnika, ki zagotavlja kakovostno obravnavo bolnika. Za opredelitev le-te bo ključno rutinsko spremljanje kazalcev kakovosti oskrbe bolnikov, ki bodo temeljili na vnaprej postavljenih standardih.

Potrebne so podrobnejše analize posameznih elementov zdravnikovega dela za pojasnjevanje nekaterih ugotovitev.

Zaradi opredelitve trendov bi bilo tako študijo potrebno redno ponavljati in uvajati ukrepe za izboljševanje kakovosti dela.

Zahvala

Zahvaljujemo se vsem bolnikom, ki so dovolili, da njihove podatke uporabimo v namene raziskave. Največja zahvala gre vsem 42 zdravnikom, ki so sprejeli izziv in se niso ustrašili dodatnega dela, ki ga je sodelovanje v raziskavi zahtevalo ob že tako velikih delovnih obremenitvah. V raziskavi so sodelovali naslednji zdravniki:

Mihaela Arhar, Darinka Bašič, Marjeta Benko Šbull, Peter Bossman, Miaela Flac Lisjak, Ana Gomboc, Frančiška Grabljevec Miklavčič, Marjana Grm, Rade Ilijaž, Jasmina Jagić, Miro Jurančič, Franci Kenk, Anita Klančar, Cvetka Kolbl, Branko Košir, Katja Kramar Perovnik, Andrej Kravos, Vera Lipičar, Marija Petek Šter, Nadja Pfajfer Križnič, Katarina Planinec, Jelka Polh, Milan Rajtmajer, Dušan Senica, Branka Skledar, Mateja Škrjanec, Janez Šmid, Emil Šprajc, Anja Štemberger, Milena Šterbenc, Barbara Vavken, Bogdan Vičar, Živka Vivod Pečnik, Mojca Zajc Krašovec, Tanja Zelinka, Erika Zelko Peterka, Katarina Žirovnik Kuster, Gordana Živčec Kalan in Anton Žunter.

Zahvaljujemo se sofinancerju raziskave: Zdravniški zbornici Slovenije, Ministrstvu za šolstvo, znanost in šport, ki je raziskavo podprlo kot ciljni raziskovalni projekt ter Ministrstvu za zdravje.

Literatura

1. World Health Organization. The world health report 2000 health systems : improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000.
2. Institute of Medicine. Primary Care: America's Health in a New Era. Washington, DC: National Academy Press, 1996.
3. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-33.
4. World Health Organization. World health report 1998 life in the 21st century, a vision for all. 1998.
5. Great B, Department of Health. The NHS plan a plan for investment, a plan for reform. London: Stationery Office, 2000.
6. World Health Organization. The world health report 1997, Conquering suffering, enriching humanity. 1997.
7. Kendrick T, Burns T, Freeling P. Randomised controlled trial of teaching general practitioners to carry out structured assessments of their long term mentally ill patients. *BMJ* 1995; 311: 93-7.
8. Mechanic D. How should hamsters run? Some observations about sufficient patient time in primary care. *BMJ* 2001; 323: 266-8.
9. Garner MP, Lumpkin TR. Nutrition counseling: guidelines for the practicing physician. *Ala Med* 1990; 60: 34, 36-7, 51.
10. Deber RB. Physicians in health care management: 8. The patient-physician partnership: decision making, problem solving and the desire to participate. *CMAJ* 1994; 151: 423-7.
11. Pencheon D. Intermediate care. [letter; comment.]. *BMJ* 2002; 324(7350): 1347-8.
12. Burkey Y, Black M, Reeve H. Patients' views on their discharge from follow up in outpatient clinics: qualitative study. *BMJ* 1997; 315: 1138-41.
13. Svab I, Progar IV, Vegnuti M. Private practice in Slovenia after the health care reform. *European Journal of Public Health* 2001; 11: 407-12.
14. Svab I. Primary health care reform in Slovenia: first results. *Social Science & Medicine* 1995; 41: 141-4.
15. Huby G, Gerry M, McKinstry B, Porter M, Shaw J, Wrate R. Morale among general practitioners: qualitative study exploring relations between partnership arrangements, personal style, and workload. *BMJ* 2002; 325: 140.
16. Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ* 2002; 324: 835-8.
17. Govc Eržen J, Selič Amon M, Žmavc A, Veninšek Kajba S, Rajtmajer M, Kolar M. Koliko časa porabi zdravnik družinske medicine za administrativna opravila. *Zdrav Var* 2004; 43: 111-6.
18. Svab I, Kravos A, Vidmar G. Factors influencing home visits in Slovenian general practice. *Fam Pract* 2003; 20 (1): 58-60.
19. Švab I. Multivariatna analiza vzrokov napotitev iz splošnih ambulant. Doktorska disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta 1993, 1-91.
20. Freeman GK, Horder JP, Howie JGR, Hungin AP, Hill AP, Shah NC et al. Evolving general practice consultation in Britain: issues of length and context. *BMJ* 2002; 324: 880-2.
21. Sheldon T. Dutch GPs treat more patients and in less time than 20 years ago. *BMJ* 2004; 328: 976.

22. Deveugele M, Derese A, Van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ* 2002; 325: 472–81.