

Vojislav Ivetić¹

Razlike v ustreznosti delovnih pogojev specializantov družinske medicine glede na sektor zaposlitve in dela (javni ali zasebni delodajalci)

Differences in the Suitability of Working Conditions for Family Medicine Trainees With Regard to the Employment and Labor Sector (Public or Private Employers)

IZVLEČEK

KLJUČNE BESEDE: družinska medicina, primarno zdravstveno varstvo, specializant, delovne razmere

IZHODIŠČA. Družinska medicina predstavlja enega od ključnih dejavnikov organizacije modernega zdravstvenega sistema. Ob tako pomembni nalogi, ki jo v zdravstvenem sistemu skuša uresničevati družinska medicina, je smiselno pričakovati ustrezne delovne pogoje, ki vključujejo tudi izobraževanje bodočih specialistov družinske medicine. Pri tem so izrednega pomena dobri mentorji in primerna organizacija ustanove, ki lahko mlademu zdravniku v svojih ambulantah zagotovi ustrezne delovne pogoje. Namen naše raziskave je bil preveriti trenutne delovne pogoje specializanta družinske medicine v ambulantno-modularnem delu specializacije in ugotoviti, ali obstaja razlika v delovnih pogojih pri specializantih, zaposlenih v javnem sektorju, in specializantih, ki so zaposleni in delajo pri zasebnih izvajalcih. **METODE.** Uporabili smo kvantitativno presečno obliko raziskave. Podatki so bili zbrani v vprašalniku, ki je bil razdeljen med 105 naključno izbranih specializantov družinske medicine v ambulantno-modularnem delu specializacije. V statistični analizi smo glede na opredeljen tip spremenljivk in (ne)normalnost porazdelitve uporabili ustrezne parametrične in neparametrične teste, kot so t-test, test χ^2 , Mann-Whitneyjev test in Kruskal-Wallisov test. **REZULTATI.** Zdravniki specializanti družinske medicine, ki so zaposleni v javnih zavodih, boljše delovne pogoje izkazujejo pri številu opredeljenih pacientov v ambulanti, opravljenih obveznih izobraževanjih in pri izvajanju notranjih izobraževanj. Zdravniki specializanti družinske medicine, ki so zaposleni in delajo pri zasebnikih, pa beležijo značilno boljše delovne pogoje le z vidika razpoložljivosti opreme v ambulanti. **RAZPRAVA.** Naša raziskava predstavlja dobro osnovo za izboljšanje delovnih pogojev specializantov družinske medicine in izboljšanje izvajanja specializacije v praksi ter predstavlja dobro izhodišče za nadaljnje raziskave, vezane na področje delovnih pogojev specializantov družinske medicine.

¹ Doc. dr. Vojislav Ivetić, dr. med., Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Mariboru, Taborska ulica 8, 2000 Maribor; SAVA MED d. o. o., Cesta k Dravi 8, 2241 Spodnji Duplek; vojislav.ivetic@um.si

ABSTRACT

KEY WORDS: family medicine, primary healthcare, trainees, working conditions

BACKGROUND. Family medicine is one of the key factors in the organization of a modern health care system. With such an important task that family medicine is trying to accomplish in the health care system, it makes sense to expect appropriate working conditions, which also include the education of future family medicine specialists. Good mentors and the appropriate organization of the institution, which can provide the young doctor with appropriate working conditions at their clinics, are extremely important. The purpose of our study was to check the current working conditions of family medicine trainees in the outpatient-modular part of the specialization and to determine whether there is a difference in working conditions between specialists employed in the public sector and specialists employed by private providers. **METHODS.** The study was designed as a quantitative cross-sectional form of study. A complex questionnaire was used for the purpose of data collection. 105 Slovenian family medicine trainees were randomly selected for analysis. In the statistical analysis, we used appropriate parametric and non-parametric tests such as t-test, χ^2 test, Mann-Whitney test and Kruskal-Wallis test, depending on the defined type of variables and (non) normality of the distribution. **RESULTS.** Family medicine trainees employed in public institutions show better working conditions in the number of patients listed in the outpatient clinic, completed compulsory education and internal training, while family medicine trainees employed and working in private institutions record significantly better working conditions only in terms of the availability of equipment in the outpatient clinic. **DISCUSSION.** Our study represents a good basis for improving the working conditions of family medicine trainees as well as the implementation of family medicine specialization in practice and represents a good starting point for further research related to the working conditions of family medicine trainees.

IZHODIŠČA

Družinska medicina je akademska in znanstvena veda, ki je s svojo lastno izobraževalno vsebino, raziskavami, z dokazi podprto klinično dejavnostjo in klinično specialnostjo, usmerjena v primarno zdravstveno varstvo (1). Je ključen element v organizaciji sodobnega zdravstvenega sistema (2). Ob tako pomembni nalogi, ki jo v zdravstvenemu sistemu sprejema družinska medicina, je smiselno pričakovati ustrezne delovne pogoje za izobraževanje bodočih specialistov družinske medicine.

Glede na kompetence in specifičnost družinske medicine kot vede bi bilo treba sestaviti merila za ustrezne delovne pogoje specializanta v ambulanti, ki bi se pri raz-

pisu specializacij upoštevala (3–5). Tako bi morali specializantu družinske medicine zagotoviti, da bi imel ustrezno opremljen prostor. Pomembna so vprašanja, ali ima na voljo svoj računalnik, zaščitna oblačila, stalno populacijo bolnikov, svoje delovišče, možnost ustreznega posvetovanja, možnost dostopa do interneta, ali je opravil ustrezna izobraževanja pred pričetkom dela (varnost pri delu, požarna varnost, bolnišnične okužbe ...), ali ima ustrezen čas za počitek (dopust, malico ...), ali pa samo celotno specializacijo nadomešča in dela pod drugim imenom. S tem izgubimo možnost sledenja kakovosti dela, kar onemogoča napredovanje v znanju in doseganju kompetenc, ki jih določa program specializacije (6, 7).

Trenutno specializacija iz družinske medicine traja štiri leta, od tega dve leti zavzema klinični del kroženja v bolnišnici in dve leti ambulantno-modularni del (6). Specializant mora v času kliničnih kroženj enkrat na teden delati z mentorjem v ambulanti družinske medicine, od tega vsaj enkrat z glavnim mentorjem. Ob tem mora specializant v času ambulantno-modularnega dela praviloma delati najmanj tri polne dni v tednu z enako populacijo bolnikov. Posledično specializant ni namenjen le za nadomeščanje manjkajočih zdravnikov. Delo z glavnim mentorjem je obvezno ves čas specializacije, tako v času kliničnega kroženja kot tudi modularnega dela (8).

Koncesija zasebnemu zdravniku ali zasebni pravni osebi v Sloveniji omogoča podpis pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki je plačnik opravljenih storitev. Bolniki so povsem izenačeni, pa naj obiskujejo zasebnega izvajalca s koncesijo ali zdravnika v javnem zavodu (9). Delo zasebnega družinskega zdravnika brez koncesije je v današnjih razmerah v Sloveniji praktično nemogoče, ker imajo vsi državljani možnost, da se osnovno zdravstveno zavarujejo, tudi če niso redno zaposleni (status občana) (10, 11). Tako so lahko specializanti zaposleni pri koncesionarju ali v javnem zavodu (zdravstveni dom). Program specializacije je za vse enak. Glavni mentor pa ni vezan na ustanovo, kjer je specializant zaposlen.

Ureditev delovišča zdravnika družinske medicine

Za uspešnost in kakovost dela zdravnika družinske medicine so poleg njegovega znanja, stališč in veščin v praksi zelo pomembni naslednji pogoji (12, 13):

- ustreznost lokacije ambulante,
- primerna velikost in opremljenost ambulantnih in spremljajočih prostorov,
- kakovost medicinske opreme,
- usklajeno in dobro organizirano timsko delo ter

- dosledno upoštevanje zakonskih predpisov in dobre poslovne prakse.

Pri načrtovanju organizacije in pogojev dela ambulante je nujno predvsem upoštevati temeljne značilnosti družinske medicine, kot so dostopnost zdravstvenega osebja, razpoložljivost, stalnost in dolgotrajnost zdravstvene oskrbe, usposobljenost in opremljenost za promocijo zdravja, preprečevanje bolezni in reševanje najpogostejših in manj zahtevnih zdravstvenih težav, usmerjenost v posameznika, družino in skupnost ter usposobljenost za nujno ukrepanje, kadar je to potrebno (13).

Oprema za delo

Standardi za prostore in opremo

Za uporabo prostorov v zdravstveni dejavnosti so predpisane smernice. Osnovne prostorsko-tehnične smernice, kot so urbanistične, prostorske in ergonomske, so urejene z zakonskimi predpisi. Tehnične smernice za opremo in instrumente, medicinske pripomočke in potrošni material pa so opisane v strokovnih virih. Obseg opreme je odvisen od tega, katere posege zdravnik izvaja, in od finančnih zmožnosti posameznega zdravnika ali ustanove.

Urejenost prostorov

Ambulantni prostori in javne zdravstvene ustanove morajo biti urejeni tako, da ustrezajo dejavnosti, za katero so namenjeni, funkcionalnim zahtevam okolja, v katerega so umeščeni, splošnim zahtevam glede arhitekture objekta, bivalnim in varnostnim zahtevam.

Zakonodaja in podzakonski akti urejajo (14, 15):

- opremljenost in velikost prostorov,
- higienske normative in
- odlaganje odpadkov.

Ordinacija z garderobnim boksom 14–16 m² je razdeljena v cono za pogovor z bolnikom in cono za pregled bolnika. Mora biti naravno

prezračevana in osvetljena. Biti mora zvočno dobro izolirana. Za zasebno ambulanto družinske medicine s koncesijo veljajo enaki sanitarno-prostorski normativi in predpisi kot za ambulante v javnih zavodih.

Pohištvena in informacijska oprema ambulante

Za informacijsko in pohištveno opremo obstajajo le strokovna merila. Obseg in raznovrstnost opreme je odvisna od tipa ambulante in potreb populacije (16).

V ordinaciji se morajo nahajati pisalna miza in vsaj trije stoli, računalnik s tiskalnikom, programska oprema in internetni dostop, telefon, umivalnik, milo, razkužilo, preiskovalna miza, obešalnik, stojala za zloženko, omara, dva koša za odpadke ter klicna naprava.

Ker pri delu z bolniki nastajajo občutljivi podatki zaupne narave, morajo biti prostori ustrezno zvočno izolirani, varovani in zaklenjeni.

Medicinski inštrumenti in pripomočki

V zadnjih letih je, vsaj v zasebnih ambulantah, zaslediti naraščanje dodatnega opremljanja z različnimi diagnostičnimi aparati, ki so zaradi večje ponudbe na trgu, s tem povezanih sprejemljivejših cen ter nezahtevne in hitre uporabe postali dostopni praktično vsakemu zdravniku (17).

V ordinaciji naj bi našli: merilec pretoke zraka, merilnik krvnega tlaka, fonendoskop, spekule, baterijske svetilke, različno dodatno opremo za ORL-diagnostiko in zdravljenje (ušesni livčki, nosne spekule, ušesne pincete, naglavna svetilka...), oftalmoskop, fluorescinske lističe, refleksno kladivce, pulzni oksimeter, aparat za merjenje glukoze v krvi s pripadajočim potrošnim materialom, merilni trak in rokavice za pregledovanje.

V prostoru za posege bi se morali nahajati merilnik krvnega tlaka, termometer, fonendoskop, brizga za izpiranje ušes, instrumenti za manjše posege in EKG.

Namen naše raziskave je bil preveriti trenutne delovne pogoje specializanta družinske medicine v ambulantno-modularnem delu specializacije in ugotoviti, ali obstaja razlika v delovnih pogojih pri specializantih, zaposlenih v javnem sektorju, in specializantih, ki so zaposleni in delajo pri zasebnih izvajalcih.

METODE

Raziskovalni načrt

Uporabljena je bila kvantitativna presečna oblika raziskave, za namen zbiranja podatkov pa obsežen tridelni vprašalnik, ki predstavlja del kompleksne raziskave o delovnih pogojih specializantov družinske medicine in njihovem zadovoljstvu z delom (18). Podatki so se zbirali od septembra 2016 do decembra 2016.

Za namen našega članka smo se osredotočili na del vprašalnika, ki se je nanašal na delovne pogoje specializanta družinske medicine. Ta del vprašalnika se je osredotočal na mentorstvo, zagotavljanje ustreznega prostora in opreme za diagnostiko in redno delo, zagotavljanje ustreznosti zasebnosti pri delu, srečevanje z regijskim koordinatorjem, uporabo računalnika, ustreznost izobraževanja, uporabo profesionalne kartice, ustreznost plačilnih razredov itd.

V tabeli 1 smo opredelili ustreznost delovnih pogojev glede na prostorske zahteve, zahtevano opremo ter zahteve poteke specializacije (1–18).

Vzorčenje in vzorec

Vzorec so predstavljali zdravniki specializanti družinske medicine v ambulantno-modularnem delu specializacije. V času zbiranja podatkov je bilo v Sloveniji 353 specializantov družinske medicine. V analizo jih je bilo vključeno 105, kar predstavlja 29,75% vseh specializantov družinske medicine. Vprašalniki so bili razdeljeni na modularnem delu specializacije. Povabili smo specializante 17., 18., 22., in 23. modularne skupine. Modularne skupine so bile

naključno izbrane. Specializantov iz modularnih skupin je bilo 93. Nato smo vprašalnik razdelili še eni naključno izbrani regijski skupini specializantov v modularnem delu specializacije. S tem smo zbrali še dodatnih 12 izpolnjenih vprašalnikov. Popolne odgovore, ki so upoštevani v analizi, sta podala 102 zdravnikov od 105 zdravnikov, ki so prejeli vprašalnik.

Etična ustreznost raziskave

Komisija za medicinsko etiko Republike Slovenije je 20. 9. 2016 s svojo odločbo št. 0120-493/2016-2 odločila, da je raziskava etično sprejemljiva.

Statistična analiza

Statistična analiza podatkov je bila izpeljana s statističnim paketom IBM® SPSS® 20.0. Stopnja statistične značilnosti je bila določena s 5-odstotno stopnjo tveganja ($p < 0,05$).

Za analizo osnovnega profila zdravnikov specializantov družinske medicine so bile uporabljene osnovne opisne statistike. Za preverjanje raziskovalnega vprašanja in hipotez smo glede na opredeljen tip spremenljivk in (ne)normalnost porazdelitve uporabili ustrezne parametrične in neparametrične teste, kot so t-test, test χ^2 , Mann-Whitneyjev test in Kruskal-Wallisov test. Normalnost porazdelitve podatkov smo preverjali s Shapiro-Wilkovim in Kolmogorov-Smirnovim testom. Za ugotavljanje kategorij, ki pomembno prispevajo k značilnosti razlik, pa smo uporabili tudi standardizirane prilagojene ostanke.

REZULTATI

V našo analizo sta bila vključena 102 zdravnikov specializanta družinske medicine. Od tega jih je bilo 88 (86,3%) zaposlenih in delalo v javnem zavodu, preostalih 14 (13,7%) pa pri zasebniku. Z analizo smo iskali razlike v ustreznosti 25 delovnih pogojev, pri čemer smo predhodno ovrednotili stanje ustreznosti: vrednost 1 določa ustreznost, 0 pa neustreznost. V primeru deloma ustreznih delov-

nih pogojev smo te prišteli k neustreznim pogojem. V nadaljevanju smo za vsakega od njih preverili, ali je statistično značilno povezan s sektorjem zaposlitve in dela.

Delovni pogoji, ki niso statistično značilno povezani s sektorjem zaposlitve in dela

Ugotovili smo, da ustreznost naslednjih delovnih pogojev ni statistično značilno povezana s sektorjem zaposlitve in dela: lokacija dela, povprečno dnevno število obiskovalcev, izbrani pacienti, kot jih predvideva program specializacije, srečanja z regijskim koordinatorjem, razpoložljivost uporabnega računalnika, razpoložljivost uporabnega telefona ter uporaba računalnika v ambulanti (tabela 2).

V nadaljevanju smo ugotovili, da ustreznost naslednjih delovnih pogojev ni statistično značilno povezana s sektorjem zaposlitve, enako velja tudi pri naslednjih pogojih: lokacija dela s pacienti, zasebnost prostorov, dostopnost do glavnega mentorja, uporaba profesionalne kartice, uporaba žiga, uporaba ustrezne uniforme in stalnost populacije bolnikov (tabela 3).

V naslednjem delu smo ugotovili, da tudi ustreznost naslednjih delovnih pogojev ni statistično značilno povezana s sektorjem zaposlitve in dela: prostor za odmor, razpoložljiva oprema v ustanovi, dodatna sredstva za izobraževanje, potni stroški za prevoz na module, plačana nadomeščanja izven delovnega časa, plačilni razred in pravilnost izračuna mesečne plače (tabela 4).

Delovni pogoji, ki so statistično značilno povezani s sektorjem zaposlitve in dela

Ugotovili smo, da je ustreznost naslednjih delovnih pogojev statistično značilno povezana s sektorjem zaposlitve in dela: število opredeljenih pacientov v ambulanti, opravljena obvezna izobraževanja, oprema v ambulanti in izvedba notranjih izobraževanj (tabela 5).

Tabela 1. Opredelitev ustreznosti delovnih pogojev specializanta družinske medicine.

Delovni pogoji	Ustrezni	Deloma ustrezni	Neustrezni
Lokacija dela	ambulanta družinske medicine		dom starejših občanov ali urgentna ambulanta
Število opredeljenih pacientov v ambulanti	< 2.000		> 2.001
Povprečno dnevno število obiskovalcev	30-50		< 30 ali > 50
Izbrani bolniki	da		ne, ne vem
Srečanja z regijskim koordinatorjem	na 1 mesec, na 2-3 mesece		na več kot 3 mesece ali brez srečanj
Razpoložljivost delujočega računalnika	da		ne
Razpoložljivost delujočega telefona	da		ne
Uporaba računalnika	za naročanje, vodenje elektronske kartoteke pisanje napotnic, pisanje receptov, iskanje strokovnih podatkov po internetu, posvetovanje preko mailov	specializant ga ne uporablja	
Lokacija dela s pacienti	posebna ambulanta za specializanta		prevezovalnica, menjava ambulanta ali mentorska ambulanta
Zasebnost prostora	da		ne
Dostopnost do glavnega mentorja	glavni mentor dela večino ma vzporedno in je na voljo za osebno konzultacijo oz. je na voljo po telefonu		glavnega mentorja specializanti ne poznajo, sodelujejo le z neposrednim mentorjem
Varnost pri delu	da		ne
Požarna varnost	da		ne
Bolnišnične okužbe	da		ne
Zdravniški pregled	da		ne
Uporaba profesionalne kartice	da		ne, ker je specializant nima ali ker ni ustrezne računalniške podpore
Uporaba žiga	da		ne, ker ga specializant nima ali ročno podpisuje

Delovni pogoji	Ustrezni	Deloma ustrezni	Neustrezni
Uporaba ustrezne uniforme	da, priskrbel jo je delodajalec		ne, ker je nima/ si je ne želi da, kupil jo je specializant
Stalnost populacije	specializant ima stalno populacijo bolnikov iz mentorske ambulante ali 3-4-krat tedensko dela s stalno populacijo		1-2-krat tedensko delo s stalno populacijo ali delo brez stalne populacije bolnikov (nadomeščanje/urgentna služba)
Ustrezen prostor za odmor	da		ne
Razpoložljiva oprema v ustanovi	vsaj 11 od 14	vsaj 7 od 14	manj kot 7 od 14
Razpoložljiva oprema v ambulanti	vsaj 12 od 13	vsaj 7 od 12	manj kot 7 od 13
Izvajanje notranjih izobraževanj	do 5-krat letno		brez rednih notranjih izobraževanj
Dodatna sredstva za izobraževanje	dodatna sredstva lahko specializant uporabi za izobraževanja po svoji želji		za dodatna sredstva specializant ne ve, delodajalec jih porabi sam ali delodajalec izbira namen porabe dodatnih sredstev, vendar ne za specializantova izobraževanja
Potni stroški za prevoz na module	da ali na voljo službeni avto		ne
Plačana nadomeščanja izven delovnega časa	da		ne
Ustreznost plačnega razreda	da		ne
Pravilnost izračuna mesečne plače	da ali pa redko prihaja do napak (do 3-krat letno)		pogosto prihaja do napak (vsaj 4-krat letno).

Tabela 2. Delovni pogoji, ki niso statistično značilno povezani s sektorjem zaposlitve in dela (1. del).
df – prostostna stopnja (angl. *degrees of freedom*).

Ustreznost lokacije dela	Sektor zaposlitve in dela		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
Da	75 (85,2 %)	14 (100,0 %)	89 (87,3 %)
Ne	13 (14,8 %)	0 (0,0 %)	13 (12,7 %)
Skupaj	88 (100 %)	14 (100 %)	102 (100 %)
Test χ^2 : $\chi^2 = 2,370$; df = 1; p = 0,124			
Ustrežno dnevno število obiskovalcev	Sektor zaposlitve in dela		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
Da	38 (43,2 %)	4 (28,6 %)	42 (41,2 %)
Ne	50 (56,8 %)	10 (71,4 %)	60 (58,8 %)
Skupaj	88 (100 %)	14 (100 %)	102 (100 %)
Test χ^2 : $\chi^2 = 1,064$; df = 1; p = 0,302			
Ustrežno število izbranih bolnikov	Sektor zaposlitve in dela		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
Da	25 (28,6 %)	7 (42,9 %)	32 (30,6 %)
Ne	61 (71,4 %)	9 (57,1 %)	70 (69,4 %)
Skupaj	86 (100 %)	16 (100 %)	102 (100 %)
Test χ^2 : $\chi^2 = 1,153$; df = 1; p = 0,283			
Ustrežno število srečanj z regijskim koordinatorjem	Sektor zaposlitve in dela		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
Da	45 (51,1 %)	8 (57,1 %)	53 (52,0 %)
Ne	43 (48,9 %)	6 (42,9 %)	49 (48,0 %)
Skupaj	88 (100 %)	14 (100 %)	102 (100 %)
Test χ^2 : $\chi^2 = 0,175$; df = 1; p = 0,676			
Razpoložljivost delujočega računalnika	Sektor zaposlitve in dela		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
Da	83 (94,3 %)	13 (92,9 %)	96 (94,1 %)
Ne	5 (5,7 %)	1 (7,1 %)	6 (5,9 %)
Skupaj	88 (100 %)	14 (100 %)	102 (100 %)
Test χ^2 : $\chi^2 = 0,047$; df = 1; p = 0,829			
Razpoložljivost delujočega telefona	Sektor zaposlitve in dela		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
Da	83 (94,3 %)	13 (92,9 %)	96 (94,1 %)
Ne	5 (5,7 %)	1 (7,1 %)	6 (5,9 %)
Skupaj	88 (100 %)	14 (100 %)	102 (100 %)
Test χ^2 : $\chi^2 = 0,047$; df = 1; p = 0,829			
Uporaba računalnika v ambulanti	Sektor zaposlitve in dela		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
Da	85 (96,6 %)	13 (92,9 %)	98 (96,1 %)
Ne	3 (3,4 %)	1 (7,1 %)	4 (3,9 %)
Skupaj	88 (100 %)	14 (100 %)	102 (100 %)
Test χ^2 : $\chi^2 = 0,447$; df = 1; p = 0,504			

Tabela 3. Delovni pogoji, ki niso statistično značilno povezani s sektorjem zaposlitve in dela (2. del).
df – prostostna stopnja (angl. *degrees of freedom*).

Ustreznost lokacije dela s pacienti	Sektor zaposlitve in dela		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
Da	14 (15,9 %)	1 (7,1 %)	15 (14,7 %)
Ne	74 (84,1 %)	13 (92,9 %)	87 (85,3 %)
Skupaj	88 (100 %)	14 (100 %)	102 (100 %)
Test χ^2 : $\chi^2 = 0,740$; df = 1; p = 0,390			
Zasebnost prostora	Sektor zaposlitve in dela		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
Da	72 (81,8 %)	12 (85,7 %)	84 (82,4 %)
Ne	16 (18,2 %)	2 (14,3 %)	18 (17,6 %)
Skupaj	88 (100 %)	14 (100 %)	102 (100 %)
Test χ^2 : $\chi^2 = 0,126$; df = 1; p = 0,722			
Dostopnost do glavnega mentorja	Sektor zaposlitve in dela		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
Da	81 (92,0 %)	14 (100,0 %)	95 (93,1 %)
Ne	7 (8,0 %)	0 (0,0 %)	7 (6,9 %)
Skupaj	88 (100 %)	14 (100 %)	102 (100 %)
Test χ^2 : $\chi^2 = 1,196$; df = 1; p = 0,274			
Uporaba profesionalne kartice	Sektor zaposlitve in dela		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
Da	77 (87,5 %)	10 (71,4 %)	87 (85,3 %)
Ne	11 (12,5 %)	4 (28,6 %)	15 (14,7 %)
Skupaj	88 (100 %)	14 (100 %)	102 (100 %)
Test χ^2 : $\chi^2 = 2,487$; df = 1; p = 0,115			
Uporaba žiga	Sektor zaposlitve in dela		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
Da	79 (89,8 %)	12 (85,7 %)	91 (89,2 %)
Ne	9 (10,2 %)	2 (14,3 %)	11 (10,8 %)
Skupaj	88 (100 %)	14 (100 %)	102 (100 %)
Test χ^2 : $\chi^2 = 0,207$; df = 1; p = 0,649			
Uporaba uniforme	Sektor zaposlitve in dela		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
Da	65 (73,9 %)	10 (71,4 %)	75 (73,5 %)
Ne	23 (26,1 %)	4 (28,6 %)	27 (26,5 %)
Skupaj	88 (100 %)	14 (100 %)	102 (100 %)
Test χ^2 : $\chi^2 = 0,037$; df = 1; p = 0,848			
Stalna populacija bolnikov	Sektor zaposlitve in dela		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
Da	70 (80,5 %)	14 (100,0 %)	84 (83,2 %)
Ne	18 (19,5 %)	0 (0,0 %)	18 (16,8 %)
Skupaj	88 (100 %)	14 (100 %)	102 (100 %)
Test χ^2 : $\chi^2 = 3,289$; df = 1; p = 0,070			

Tabela 4. Delovni pogoji, ki niso statistično značilno povezani s sektorjem zaposlitve in dela (3. del). df – prostostna stopnja (angl. *degrees of freedom*).

Ustreznost prostora za odmor	Sektor zaposlitve in dela		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
Da	76 (87,4 %)	10 (71,4 %)	86 (85,1 %)
Ne	12 (12,6 %)	4 (28,6 %)	16 (14,9 %)
Skupaj	88 (100 %)	14 (100 %)	102 (100 %)
Test χ^2 : $\chi^2 = 2,419$; df = 1; p = 0,120			
Ustreznost razpoložljive opreme v ustanovi	Sektor zaposlitve in dela		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
Da	36 (40,9 %)	6 (42,9 %)	42 (41,2 %)
Ne	52 (59,1 %)	8 (57,1 %)	60 (58,8 %)
Skupaj	88 (100 %)	14 (100 %)	102 (100 %)
Test χ^2 : $\chi^2 = 0,019$; df = 1; p = 0,891			
Ustreznost dodatnih sredstev za izobraževanja	Sektor zaposlitve in dela		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
Da	65 (73,6 %)	10 (71,4 %)	75 (73,3 %)
Ne	23 (26,4 %)	4 (28,6 %)	27 (26,7 %)
Skupaj	87 (100 %)	14 (100 %)	102 (100 %)
Test χ^2 : $\chi^2 = 0,028$; df = 1; p = 0,867			
Ustreznost potnih stroškov za prevoz na module	Sektor zaposlitve in dela		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
Da	72 (81,6 %)	11 (78,6 %)	83 (81,2 %)
Ne	16 (18,4 %)	3 (21,4 %)	19 (18,8 %)
Skupaj	87 (100 %)	14 (100 %)	102 (100 %)
Test χ^2 : $\chi^2 = 0,073$; df = 1; p = 0,787			
Ustreznost plačanih nadomeščanj izven delovnega časa	Sektor zaposlitve in dela		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
Da	60 (69,4 %)	9 (61,5 %)	69 (68,4 %)
Ne	27 (30,6 %)	6 (38,5 %)	33 (31,6 %)
Skupaj	87 (100 %)	15 (100 %)	102 (100 %)
Test χ^2 : $\chi^2 = 0,323$; df = 1; p = 0,570			
Ustreznost plačnega razreda	Sektor zaposlitve in dela		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
Da	55 (73,4 %)	16 (81,8 %)	71 (74,7 %)
Ne	23 (26,6 %)	8 (18,2 %)	31 (25,3 %)
Skupaj	78 (100 %)	24 (100 %)	102 (100 %)
Test χ^2 : $\chi^2 = 0,349$; df = 1; p = 0,555			
Ustreznost pravilnosti izračuna mesečne plače	Sektor zaposlitve in dela		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
Da	83 (94,6 %)	13 (92,9 %)	96 (94,1 %)
Ne	5 (5,7 %)	1 (7,1 %)	6 (5,9 %)
Skupaj	88 (100 %)	14 (100 %)	102 (100 %)
Test χ^2 : $\chi^2 = 0,047$; df = 1; p = 0,829			

Tabela 5. Delovni pogoji, ki so statistično značilno povezani s sektorjem zaposlitve in dela. df – prostostna stopnja (angl. *degrees of freedom*).

Ustreznost števila opredeljenih pacientov v ambulanti	Sektor zaposlitve in dela		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
Da	48 (54,7 %)	3 (21,4 %)	51 (50,0 %)
Ne	40 (54,3 %)	11 (78,6 %)	51 (50,0 %)
Skupaj	88 (100 %)	14 (100 %)	102 (100 %)
Test χ^2 : $\chi^2 = 5,316$; df = 1; p = 0,021			
Ustreznost opravljenih obveznih izobraževanj – varnost pri delu	Sektor zaposlitve in dela		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
Da	76 (86,4 %)	6 (42,9 %)	82 (80,4 %)
Ne	7 (8,0 %)	8 (57,1 %)	20 (19,6 %)
Skupaj	88 (100 %)	14 (100 %)	102 (100 %)
Test χ^2 : $\chi^2 = 14,504$; df = 1; p = 0,000			
Ustreznost opravljenih obveznih izobraževanj – požarna varnost	Sektor zaposlitve in dela		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
Da	66 (75,6 %)	4 (28,6 %)	70 (69,0 %)
Ne	22 (24,4 %)	10 (71,4 %)	32 (31,0 %)
Skupaj	88 (100 %)	14 (100 %)	102 (100 %)
Test χ^2 : $\chi^2 = 12,439$; df = 1; p = 0,000			
Ustreznost opravljenih obveznih izobraževanj – izobraževanje o bolnišničnih okužbah	Sektor zaposlitve in dela		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
Da	58 (66,3 %)	3 (21,4 %)	61 (60,0 %)
Ne	30 (33,7 %)	11 (78,6 %)	41 (40,0 %)
Skupaj	88 (100 %)	14 (100 %)	102 (100 %)
Test χ^2 : $\chi^2 = 10,091$; df = 1; p = 0,00			
Ustreznost opravljenih obveznih izobraževanj – zdravniški pregled pred zaposlitvijo	Sektor zaposlitve in dela		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
Da	83 (95,3 %)	13 (92,9 %)	96 (95,0 %)
Ne	5 (4,7 %)	1 (7,1 %)	6 (5,0 %)
Skupaj	88 (100 %)	14 (100 %)	102 (100 %)
Test χ^2 : $\chi^2 = 0,157$; df = 1; p = 0,692			
Ustreznost razpoložljive opreme v ambulanti	Sektor zaposlitve in dela		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
Da	3 (3,4 %)	3 (21,4 %)	6 (5,9 %)
Ne	85 (96,6 %)	11 (78,6 %)	96 (94,1 %)
Skupaj	88 (100 %)	14 (100 %)	102 (100 %)
Test χ^2 : $\chi^2 = 7,084$; df = 1; p = 0,008			
Ustreznost izvajanja notranjih izobraževanj	Sektor zaposlitve in dela		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
Da	81 (92,0 %)	10 (71,4 %)	91 (89,2 %)
Ne	7 (8,0 %)	4 (28,6 %)	11 (10,8 %)
Skupaj	88 (100 %)	14 (100 %)	102 (100 %)
Test χ^2 : $\chi^2 = 5,336$; df = 1; p = 0,021			

RAZPRAVA

V programu specializacije je predviden obvezen izbor in vodenje stalne populacije določenih bolnikov s kroničnimi boleznimi. Posledično se lahko ocenjuje ustreznost vodenja kroničnih bolnikov in zdravstvene dokumentacije (8). Žal je bilo največ takšnih, ki niso imeli izbranih pacientov, kot jih predvideva program specializacije ($n = 69$ oz. 68,3%). Razloge lahko iščemo v obremenjenosti ambulant družinske medicine oz. v slabem informiranju mentorjev.

Z zadnjo prenovo specializacije so bila uvedena redna srečanja z regijskim koordinatorjem. Med njimi je bilo relativno največ takšnih, ki so imeli srečanja s svojim regijskim koordinatorjem redno na 2–3 mesece ($n = 49$ oz. 46,7%). Zaradi kratkotrajne tradicije regijskih koordinatorjev pa je omenjen rezultat pričakovan in dobra spodbuda za prihodnje. Treba bi bilo zagotoviti tudi okvirno strukturo srečanj (19).

Z vprašanoma o razpoložljivosti telefona in uporabnega računalnika (delujoči računalnik z ustrežno računalniško opremo in zdravstvenim informacijskim sistemom, ki omogoča brezpapirno delo) smo potrdili, da je modernizacija ambulant in uporabe elektronskih storitev v polnem zamahu (16). V zadnjem obdobju v okviru projekta e-zdravje in v času svetovne pandemije koronavirusne bolezni 2019 (angl. *coronavirus disease 2019*, COVID-19) je prišlo do uvajanja in uporabe vedno več elektronskih storitev (e-napotnice, e-recept, elektronska kartoteka, e-hrtenica ...).

Zaradi pomanjkanja prostora in ustrežne ambulante lahko trpi zasebnost pri delu z bolniki. Žal smo ugotavljali, da domneva drži, saj 20,0% specializantov primarno dela z bolniki v prevezovalnici. Posebno ambulanto za specializanta pa ima na voljo le 17,1% vprašanih. Posledično se pokaže tudi, da 17,1% meni, da nima primerne zasebne prostora za delo z bolniki. Omenjeni rezultat je pomemben predvsem pri upoštevanju dodeljevanja

naziva učne baze s strani Zdravniške zbornice Slovenije in števila dodeljenih specializantov.

Dober rezultat je viden pri dostopnosti do glavnega mentorja. Če pogledamo skupni rezultat, je mentor na voljo 93,2% specializantom. S tem lahko potrdimo, da se mentorji zavedajo odgovornosti mentorstva (20).

Za zagotavljanje ustrezne varnosti pri delu zakon predvideva določena izobraževanja in zdravniški pregled pred zaposlitvijo. Kljub temu da specializanti polovico trajanja specializacije preživijo v bolnišnicah, je najslabši rezultat na področju ocene izobraževanja ravno pri bolnišničnih okužbah ($n = 60$ oz. 58,2%). Pravilnik o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb s 14. členom predvideva obvezno izobraževanje o bolnišničnih okužbah za vse zdravstvene delavce in druge zaposlene v bolnišnici (21).

Kljub temu da Pravilnik o osebni varovalni opremi predvideva, da mora delodajalec delavcem osebno varovalno opremo zagotoviti brezplačno, je 26 oz. 25,2% specializantov navedlo, da si jo morajo kupiti sami (22). Rezultat prikazuje kršenje zakonodaje in posledično izpostavljenost nevarnostim pri delu v zdravstvu.

Uporaba lastne profesionalne kartice in žiga omogoča sledenje zdravljenja in obravnav bolnika. Večina ($n = 89$ oz. 84,8%) je potrdila, da pri svojem delu uporablja svojo profesionalno kartico in žig ($n = 93$ oz. 88,6%). Ob tem pa lahko podpisovanje »za« (v smislu: v imenu drugega zdravnika, najpogosteje mentorja) ($n = 12$ oz. 11,4%) nudi izhodišče za številna pravna vprašanja oz. težave.

Ugotovili smo, da 17 oz. 16,3% specializantov nikoli ne dela s stalno populacijo bolnikov, saj opravlja svoje delo v okviru nadomeščanja ali urgentne službe. Možen razlog za omenjen rezultat je pomanjkanje timov ambulant družinske medicine in neustrezna urejenost urgentne službe.

Sodobna medicina pri svojem delu zahteva tudi uporabo številnih pripomočkov in medicinske opreme (13). Preiskave ob bolniku, kot je npr. določanje C-reaktivne beljakovine (angl. *C-reactive protein*, CRP), so danes finančno dostopne (23). Razlog za njihovo nekoliko manjšo uporabo od pričakovane se lahko skriva v precej zahtevnih novih pogojih in dovoljenjih ministrstva za opravljanje obpostelnih preiskav (24).

Poleg samega izobraževanja redna strokovna srečanja omogočajo tudi možnost za izmenjavanje različnih izkušenj in organizacijo dela (25). Ugotavljali smo, da ima 55,2% specializantov na voljo 5 ali več notranjih izobraževanj v ustanovi, kjer so zaposleni. Glede na prevladujoč sektor zaposlitve (zdravstveni dom) je omenjen rezultat pričakovan, saj imajo večje ustanove na voljo več zdravnikov, ki lahko pripravijo obdobja izobraževanja. Že sam program specializacije vsebuje posebna sredstva, ki so namenjena dodatnemu izobraževanju v času specializacije. Žal pa je še vedno 8,7% vprašanih specializantov takih, ki ne vedo, da omenjena sredstva sploh obstajajo.

Trenutno se program modularnega dela specializacije izvaja le na katedri v Ljubljani. Posledično se morajo specializanti v ambulantno-modularnem delu specializacije povprečno dvakrat mesečno voziti na izobraževanja v Ljubljano. Kljub temu da delodajalec dobi vsa porabljena sredstva za plačilo dela specializanta, vključno s prevozom na module, povrnjena, pa ostaja visok odstotek (19,2%) specializantov brez povračila potnih stroškov.

Po naši raziskavi je še vedno 18,3% vprašanih specializantov, ki menijo, da niso uvrščeni v ustrezni plačilni razred. Možne vzroke lahko iščemo v tem, da so specializanti zaposleni v različnih ustanovah, kjer so interpretacija kolektivne pogodbe ali interesi različni. Eden od možnih vzrokov težav pri obračunu je tudi delo na različnih deloviščih, vmesno menjavanje oddelka

v bolnišnici in velikost ustanov, kjer so specializanti zaposleni.

Ugotovili smo, da so se pri zaposlitvi in delu v javnem zavodu za statistično značilne izkazali boljši delovni pogoji, vezani na število opredeljenih bolnikov. Res pa je, da ima večina mentorjev zasebnikov veliko več opredeljenih bolnikov kot kolegi v javnih zavodih, posledično je ta obremenjenost po naših merilih vrednotena kot neustrezen delovni pogoj za zdravnika specializanta družinske medicine. Opravljene raziskave na področju vpliva privatizacije na zdravstvene ustanove so potrdile, da ima privatizacija velik vpliv na kakovost oskrbe, produktivnost in poslovanje (26). Iz tega bi lahko sklepali, da je vzrok večjega števila opredeljenih bolnikov povezan z večjo produktivnostjo v zasebnem sektorju (27).

Produktivnost narašča s privatizacijo, kar lahko namiguje, da se zahteve po delu povečujejo (28). Raziskave nakazujejo, da zahteve naraščajo s stopnjo privatizacije zdravstvene ustanove (29, 30). Nekatere raziskave pa so pokazale, da so zahteve v javnih ustanovah višje, kar razlagajo z obravnavo težjih primerov (31–33). Možen razlog za večje število opredeljenih bolnikov v zasebnih ambulantah je tudi delno glavarinsko plačilo opravljenega dela v ambulanti.

Za značilno se je izkazala tudi razlika v opravljanju izobraževanj za varnost pri delu, bolnišnične okužbe in požarno varnost. Večje ustanove, kamor spadajo tudi nekateri zdravstveni domovi, imajo več dodatnega kadra, ki lahko skrbi za izvedbo teh izobraževanj. Zaradi tega se je izvedba notranjih izobraževanj izkazala za boljšo pri specializantih, zaposlenih v javnem sektorju.

Raziskave, ki bi potrjevala rezultat o notranjih izobraževanjih, žal pri pregledu literature ni bilo moč zaslediti. Primerjava z raziskavami glede opravljenih obveznih izobraževanj zaradi različnih zakonskih predpisov s tujino tudi ni mogoča.

Opravljenе raziskave v Sloveniji, ki bi primerjala ravno te delovne pogoje, ni bilo moč zaslediti.

Za zanimivo se je izkazala statistično značilna razlika boljših delovnih pogojev z vidika razpoložljivosti opreme v ambulantih. Pri tem parametru so zdravniki specializanti družinske medicine, ki so zaposleni in delajo pri zasebnikih, beležili boljše delovne pogoje. Raziskave, ki bi pokazala podoben rezultat glede razpoložljivosti opreme, ni bilo moč zaslediti. Določene raziskave so ugotavljale, da imajo zasebne ustanove nižje stroške in večjo tehnično učinkovitost (34). S tem bi lahko razlagali večjo ustreznost opreme, saj je z učinkovitostjo porabe sredstev tudi večja možnost za nakup dodatne zdravstvene opreme. Po drugi strani pa raziskave, ki so bile osredotočene na področje Nemčije, kažejo zanimiv rezultat, da pri njih javne ustanove tudi dosegajo ustrezne nivoje učinkovitosti (34).

Vodstvo v zasebnih bolnišnicah samega zaposlenega bolj aktivno vključi v delovno okolje (35). Na splošno imajo zasebne ustanove krajšo pot odločanja o spremembah, kar lahko kaže na večjo avtonomijo zaposlenega (36). S tem lahko predvidevamo, da si lahko lažje prilagodijo same delovne pogoje oz. opremo.

V povezavi z ustreznostjo plačila, smo v raziskavah zasledili, da za svoje delo zaposleni v zasebnem sektorju dobijo ustrežnejše plačilo kot v javnih ustanovah (37, 38). Pri naši opravljeni raziskavi se kaže podoben trend, vendar ta ni bil statistično značilen. Podobno raziskave kažejo na nezadostno nagrajevanje in pohvale za dobro opravljeno delo pri zaposlitvi v javni ustanovi (39).

Med slabosti naše raziskave lahko štejemo starost podatkov, ki smo jih analizirali (iz leta 2016), subjektivnost meril za določitev ustreznosti pogojev dela med specializacijo (zanesljivih spremenljivk ni na voljo) in nesorazmeren vzorec specializantov, zaposlenih v javnih zavodih ($n = 88$) glede na specializante, ki so zaposleni pri zasebnih izvajalcih ($n = 14$) (vprašanje je, koliko takšno razmerje odraža razmerje v populaciji javnih in zasebnih ambulant). Dejstvo pa je tudi, da je bil vzorec naključno izbran, tako da nismo predhodno definirali, za koliko specializantov si želimo, da bi bili zaposleni v javnih zavodih, koliko pa pri zasebnih izvajalcih.

Na podlagi dobljenih rezultatov lahko sklenemo, da se zdravniki specializanti družinske medicine, ki so zaposleni in delajo v javnih zavodih in pri zasebnikih, značilno razlikujejo z vidika ustreznosti delovnih pogojev, in sicer z vidika razpoložljivosti opreme v ambulantih, števila opredeljenih bolnikov v ambulantih, opravljenih obveznih izobraževanjih in glede izvajanja notranjih izobraževanj. Zdravniki specializanti družinske medicine, ki so zaposleni in delajo pri zasebnikih, beležijo značilno boljše delovne pogoje le z vidika razpoložljivosti opreme v ambulantih. Zdravniki specializanti družinske medicine, ki so zaposleni v javnih zavodih, pa boljše delovne pogoje izkazujejo pri številu opredeljenih bolnikov v ambulantih, opravljenih obveznih izobraževanjih in izvajanju notranjih izobraževanj.

Kljub določenim omejitvam menimo, da naša raziskava predstavlja dobro osnovo za izboljšanje izvajanja specializacije v praksi in predstavlja dobro izhodišče za nadaljnje raziskave, vezane na področje delovnih pogojev specializantov družinske medicine.

LITERATURA

1. Švab I, Kersnik J. Evropska definicija družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine; 2004.
2. Starfield B. Primary care: Balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
3. Ivetič V, Švab I, Kolšek M, et al. Kompetence zdravnika specialista družinske medicine. *ISIS*. 2009; 1: 34–7.
4. Ivetič V, Švab I, Kolšek M, et al. Kompetence zdravnika specialista družinske medicine. *ISIS*. 2009; 2: 45–7.
5. Ivetič V, Švab I, Kolšek M, et al. Kompetence zdravnika specialista družinske medicine. *ISIS*. 2009; 3: 32–5.
6. Heyrman J. EURACT Educational agenda, European academy of teachers in general practice. Leuven: EURACT; 2005.
7. Švab I. Possibilities of family medicine in medical education. *Acta Med Acad*. 2012; 41 (1): 59–63.
8. Zdravniška zbornica Slovenije. Vsebina specializacije, družinska medicina [internet]. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije; 2021 [citirano 2021 Okt 28]. Dosegljivo na: https://www.zdravnikazbornica.si/docs/default-source/specialiacije/testna-mapa/druzinska-medicina/nova-vsebina-druzinska-medicina/9913-vsebina-dm-od-1-6.pdf?sfvrsn=4ad2936_8
9. Urlep F. Razvoj osnovnega zdravstva v Sloveniji. In: Voljč B, Košir T, Švab I, eds. Splošna medicina – načela in tehnike. Ljubljana: Sekcija splošne medicine Zveze zdravniških društev – SZD; 1992. p. 14–22.
10. Pintar Hafner R. Zasebno delo v splošni medicini. In: Švab I, Rotar-Pavlič D, eds. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine; 2001. p. 546–9.
11. Dobnikar B. Koncesijsko opravljanje zdravstvene dejavnosti: uspehi, težave in izzivi. *Zdrav Vestn*. 2005; 74: 464–71.
12. McWhinney IR, Freeman T. Practice Management. In: McWhinney IR, ed. Textbook of family medicine, 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 413–21.
13. Iljač R, Kert S, Vatovec-Progar I, et al. Organizacija in poslovanje ambulate. In: Švab I, Rotar-Pavlič D, eds. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine; 2012. p. 123–7.
14. Pravilnik o pripravi in sprejemu tehničnih smernic na področju zdravstvene in zdraviliške dejavnosti. 2003. Uradni list RS št. 70/2003, 122/2004.
15. Pravilnik o pogojih za opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti. 1992. Uradni list RS št. 24/1992, 98/1999.
16. Kravos A. Načela dobre tehnične opremljenosti ambulate družinske medicine. *Družinska medicina*. 2008; 6 (5): 91–5.
17. Pintar Hafner R. Oprema in prostor za delo družinskega zdravnika. In: Švab I, Rotar-Pavlič D, eds. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine; 2001. p. 543–5.
18. Pašič K, Ivetič V. Working conditions and satisfaction with working conditions among Slovenian family medicine trainees: A cross-sectional study. *Zdr Varst*. 2021; 60 (4): 237–43.
19. Petek D, Vidič Hudobivnik P, Jančar V, et al. Regional coordinators: A new teaching opportunity in family medicine training. *BMC Med Educ*. 2016; 16: 141.
20. Brown J, Thorpe C, Paquette-Warren J, et al. The mentoring needs of trainees in family practice. *Educ Prim Care*. 2012; 23 (3): 196–203.
21. Pravilnik o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb. 1999. Uradni list RS št. 74/99, 92/06, 10/11.
22. Zakona o varnosti in zdravju pri delu. 1999. Uradni list RS št. 56/99.
23. Clinical Pathology Accreditation (UK) Ltd. Additional standards for point-of-care testing (POCT) facilities. Middlesex: Clinical Pathology Accreditation (UK) Ltd. 2010: 1–7.
24. Pravilnik o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine. 2004. Uradni list RS št. 64/2004.
25. Cantillon P, Jone R. Does continuing medical education in general practice make a difference? *BMJ*. 1999; 318 (7193): 1276–9.
26. Schmidt C, Moller J, Hardt F, et al. Success factors in the German healthcare market. *Anaesthesist*. 2007; 56 (12): 1277–83.
27. Kessler D, McClellan MB. The effects of hospital ownership on medical productivity. *Rand J Econ*. 2002; 33 (3): 488–506.
28. Lindholm M, Dejin-Karlsson E, Westin E, et al. Physicians as clinical directors: Working conditions, psychosocial resources, and self-rated health. *Occup Med (Lond)*. 2004; 54 (3): 182–9.

29. Milestapping C. Caring for profit alienation and work stress in nursing assistants in Canada. *Work and stress*. 1992; 6 (1): 3–12.
30. Souza DJ, Megginson W. The financial and operating performance of newly privatised firms in the 1990s. *J Finance*. 1999; 54: 397–1438.
31. Fuss I, Nübling M, Hasselhorn HM, et al. Working conditions and work-family conflict in German hospital physicians: Psychosocial and organisational predictors and consequences. *BMC Public Health*. 2008; 8: 353.
32. Nelson A, Cooper CL, Jackson PR. Uncertainty amidst change: The impact of privatization on employee satisfaction and well-being. *J Occup Organ Psychol*. 1995; 68: 57–71.
33. Bayliss EA, Edwards AE, Steiner JF, et al. Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. *Fam Pract*. 2008; 25 (4): 287–93.
34. Tiemann O, Schreyögg J, Busse R. Hospital ownership and efficiency: A review of studies with particular focus on Germany. *Health Policy*. 2012; 104 (2): 163–71.
35. Höckertin C. Control and participation for employees within geriatric care: Does ownership make a difference? *Work*. 2008; 30 (2): 137–47.
36. Mrayyan MT, Al-Faouri I. Nurses' career commitment and job performance: Differences across hospitals. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2008; 21 (2): e101–17.
37. Herr A. Cost and technical efficiency of German hospitals: does ownership matter? *Health Econ*. 2008; 17 (9): 1057–71.
38. Helmig B, Lapsley I. On the efficiency of public, welfare, and private hospitals in Germany over time: A sectoral data envelopment analysis study. *Health Serv Manage Res*. 2001; 14 (4): 263–74.
39. Harrison S. Knowledge into practice: What's the problem? *J Manag Med*. 1994; 8 (2): 9–16.

Prispelo 20. 11. 2021