

# RAZISKAVA O ZAGOTAVLJANJU KAKOVOSTI V SLOVENSKEM OSNOVNEM ZDRAVSTVU

## PRIMARY HEALTH CARE QUALITY MANAGEMENT PROJECT

Mateja Bulc<sup>1,2</sup>, Janko Kersnik<sup>1,3</sup>, Wienke Boerma<sup>4</sup>, Martina Pellny<sup>5</sup>

Prispelo: 29. 9. 2008 - Sprejeto: 8. 12. 2008

Izvirni znanstveni članek  
UDC 614.2

### Izvleček

**Namen:** Članek predstavi rezultate pilotskega projekta Svetovne zdravstvene organizacije v Sloveniji, katerega cilj je bila izdelava in preizkus orodja za ocenjevanje zagotavljanja kakovosti v osnovnem zdravstvu oziroma v družinski medicini.

**Metoda:** Raziskava, ki jo je vodila Svetovna zdravstvena organizacija ob pomoči Inštituta Nivel in Katedre za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, je hkrati potekala v Ljubljani (mestno področje) in na Gorenjskem (mestno in podeželsko območje). Orodje raziskave so bili trije vprašalniki za tri ravni: raven odločanja (Ministrstvo za zdravje, Slovensko zdravniško društvo, Združenje zdravnikov družinske medicine, Zdravniška zbornica Slovenije, Medicinska fakulteta, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, organizacije bolnikov), raven vodenja v zdravstvu (direktorji, vodje enot in vodje služb zdravstvenega varstva odraslih omenjenih področij) in raven izvajanja (vsi aktivni zdravniki družinske medicine na obeh področjih).

Odgovore na vprašalnike je analiziral Inštitut Nivel.

**Rezultati:** Poslali smo 244 vprašalnikov, odgovorov pa smo dobili 106 (43,4 %). Na ravni odločanja je odgovorilo 11 udeležencev od 17 naprošenih (65 %). Na ravni vodenja smo prejeli 9 odgovorov od 14 poslanih (64 %) vprašalnikov v Ljubljani in 5 (39 %) od 13 poslanih na Gorenjskem. V Ljubljani je odgovorilo 63 (49 %) od 130 aktivnih zdravnikov družinske medicine, na Gorenjskem pa 18 (26 %) od 70 aktivnih zdravnikov družinske medicine.

**Zaključek:** Raziskava je pokazala, da kakovost še ni prioriteta slovenskega osnovnega zdravstva. Tvorci zdravstvene politike ji ne posvečajo dovolj pozornosti, vodstvene strukture zdravstvenih zavodov nimajo dovolj informacij in pogrešajo navodila, zdravniki družinske medicine pa pogrešajo rezervirani čas za sistematično izboljševanje kakovosti svojega dela, še posebej pa krovno institucijo družinske medicine na sekundarnem nivoju.

**Ključne besede:** zagotavljanje kakovosti, osnovno zdravstvo, družinska medicina, Slovenija

Original scientific article  
UDC 614.2

### Abstract

**Background:** The article summarizes the main results of the WHO Primary Care Quality Management project, which has been implemented as a pilot study to identify and support mechanisms for quality management in primary health care.

**Material and methods:** The project was commissioned by WHO Europe and carried out in 2007 by NIVEL in collaboration with the University of Ljubljana, Department of Family Medicine, Medical Faculty of Ljubljana, and National Health Institute of Uzbekistan. In Slovenia it was implemented in the urban region of Ljubljana and in the semi-urban region of Gorenjska.

Three types of questionnaires were used: one for policy/decision makers (experts from the Ministry of Health, representatives of professional associations, National Health Insurance Institute, human rights ombudsman,

<sup>1</sup>Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, Slovenija

<sup>2</sup>Zdravstveni dom Ljubljana, Derčeva 5, 1000 Ljubljana, Slovenija

<sup>3</sup>Osnovno zdravstvo Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, Slovenija

<sup>4</sup>Inštitut NIVEL, Utrecht, Nizozemska

<sup>5</sup>WHO, Regional Office for Europe, Division of Country Health Systems Support/ Country Policies, Systems and Services/ Primary Health Care, Copenhagen, Danska

Kontaktne naslov: e-pošta: mateja.bulc@email.si

association of patients and consumers), one for managers of primary health care facilities and one for all practicing family physicians in the two areas. All data were processed and analyzed by the NIVEL Institute.

**Results:** Of the 244 questionnaires sent out, 106 (43.4%) were completed and returned. At the policy/decision-making level, 11 (65%) participants out of 17 returned the questionnaires. At the management level, nine (64%) of the 14 questionnaires completed in Ljubljana and five (39%) of the 13 questionnaires filled in Gorenjska were returned. In Ljubljana, 63 (49%) out of the 130 practicing family physicians completed the questionnaire, and in Gorenjska only 18 (26%) out of 70.

**Conclusions:** The study showed that quality assurance is not yet a matter of priority in the Slovene health care system. Stake holders do not pay adequate attention to this issue, and managers lack information and guidelines on the subject. Practicing family physicians would need protected time for systematic quality control and improvement, and above all, assistance by a secondary level professional body for family medicine.

**Key words:** quality management, primary health care, family medicine, Slovenia

## 1 Uvod

Zdravnik družinske medicine mora ocenjevati svoje delo, uporabljati na dokazih temelječe izsledke sodobne medicine, smernice in priporočila ter analizirati učinkovitost, da zagotovimo objektivno najboljše z omejenimi sredstvi. V zadnjih 30 letih so se naši cilji spremenili. Dandanes zagotavljamo vsem svojim opredeljenim bolnikom zdravstvene storitve za vse njihove zdravstvene probleme. Sodobna družinska medicina naj bi nudila celostno oskrbo bolnika (preventiva, diagnostika, zdravljenje, rehabilitacija in paliativa), skrbela za bolnikovo biološko, psihološko in socialno zdravje, obenem pa še za bolnikovo zadovoljstvo in skušala preprečevati zdravnikovo izgorevanje (1-2).

V zadnjih 50 letih je postala družinska medicina temeljni kamen večine nacionalnih zdravstvenih sistemov v Evropi (2). Postala je akademska disciplina, ki ima svoj fakultetni kurikulum, raziskovalno jedro in strokovno literaturo. Čeprav je miselni proces družinskega zdravnika drugačen kot kliničnega specialista, ta veja medicine ni nič manj zahtevna – morda včasih celo bolj, vselej pa se morata obe veji dopolnjevati (2).

Pokazalo se je, da se je filozofija dobre družinske klinične prakse spremenila: novi znanstveni dokazi (3) so povzročili velike spremembe v zdravstvenem varstvu; zdravnik družinske medicine bi jih potreboval dnevno, pa vselej nima možnosti – žal pa brez stalnega strokovnega dograjevanja tako znanje kot veščine s časom zvedenijo. Vemo, da učenje samo ne izboljša zdravnikovega dela, le individualni pristop k učenju dokazano zagotavlja kakovost zdravnikovega dela. Danes je namreč postalo nujno odločitve in ukrepe sprejemati na osnovi razpoložljivih znanstvenih dokazov. Sodobna definicija kakovosti

dela družinskega zdravnika je danes: dobra klinična praksa je učinkovita uporaba zanesljivih zdravstvenih ukrepov pri določenem bolniku v določenih pogojih (1).

Kakovost družinske medicine je zelo široko področje, ki zajema dobro klinično delo, skrbno urejeno zdravstveno dokumentacijo bolnika, dostopnost, nujno medicinsko pomoč in dežurno službo, timsko delo, sodelovanje med kolegi in z organizacijami bolnikov, učinkovitost, učenje študentov in specializantov, raziskovalno delo in še in še (2-4). Dober zdravnik uporablja tako lastne klinične izkušnje kot vse razpoložljive znanstvene dokaze, oboje je nujno potrebno za tako široko področje, kot je družinska medicina: promocija zdravja in preprečevanje bolezni, celostna oskrba, komunikacijske veščine, zdravstvena vzgoja, vodenje kroničnih bolezni ipd (4-6).

Zagotavljanje kakovosti je ena od prioritet vsakega zdravstvenega sistema. V Sloveniji doslej še niso izvedli raziskave, ki bi ocenila odnos različnih ravni zdravstvenega sistema do zagotavljanja kakovosti. Namen pilotske študije o kakovosti v osnovnem zdravstvu je bil pripraviti orodje, ki bi ministrstvom za zdravje in drugim organom odločanja v državah članicah Svetovne zdravstvene organizacije, predvsem v državah v tranziciji, nudilo informacije o stanju na področju zagotavljanja kakovosti osnovnega zdravstvenega varstva v različnih zdravstvenih sistemih.

## 2 Metode

Projekt je februarja 2007 pripravil Evropski urad Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), vodil ga je NIVEL, Inštitut za raziskave v osnovnem zdravstvu

iz Utrechta v sodelovanju s Katedro za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani in Zdravniško zbornice Slovenije ter Inštitutom za zdravstveno varstvo iz Taškenta. V Sloveniji je raziskava potekala jeseni 2007 (7).

## 2.1 Vprašalniki

Osnovni inštrument raziskave so predstavljali trije vprašalniki za tri različne ravni zdravstvenega sistema v državi:

### 2.1.1 Delno strukturiran vprašalnik

Ta vprašalnik je bil namenjen snovalcem zdravstvene politike v Sloveniji, t. i. ravni odločanja, tj. politikom, predstavnikom stroke in predstavnikom bolnikov. Z njim smo poskušali zbrati mnenja sodelujočih o nacionalni strategiji na področju zagotavljanja kakovosti osnovnega zdravstva. Vprašalnik je vseboval odprta vprašanja o pomenu zagotavljanja in izboljševanja kakovosti, o potrebah in programskih načrtih na področju kakovosti v zdravstvu, o dosedanjih aktivnostih, izkušnjah, prednostih in ovirah za proces zagotavljanja kakovosti ter o dolgoročnih prioritetah.

### 2.1.2 Strukturiran vprašalnik za zdravnike družinske medicine

S pomočjo tega vprašalnika smo želeli na ravni izvajanja zdravstvenega varstva odraslih zbrati mnenja o dejanski vlogi in pomenu zagotavljanja kakovosti, o trenutnih dejavnostih na tem področju, pa tudi o potrebah, spodbudah, ovirah in možnostih za izboljšanje stanja.

### 2.1.3 Strukturiran vprašalnik za vodstvene delavce

S pomočjo tega vprašalnika smo želeli na ravni vodenja osnovnega zdravstva odraslih, med direktorji in vodji služb zdravstvenega varstva odraslih zbrati mnenja vodilnih o trenutni organizacijski praksi zagotavljanja kakovosti, o možnostih in ovirah pri dosedanjem delu ter o bodočih načrtih.

## 2.2 Validacija in prevod

Osnutke vprašalnikov je pripravila skupina izvedencev SZO na področju kakovosti v osnovnem zdravstvu potem, ko se je posvetovala s strokovnjaki v vsaki od sodelujočih držav. Tako dodelane vprašalnike smo

prevedli in prevod preverili (s ponovnim prevodom v angleščino).

Ko smo zbrali odgovore na ravni odločanja, smo 29.11.2007 s pomočjo Zdravniške zbornice Slovenije organizirali sestanek za udeležence, ki so odgovorili na vprašalnike s te ravni (predstavniki Ministrstva za zdravje, Slovenskega zdravniškega društva, Medicinske fakultete, Zdravniške zbornice, ZZZS in varuhinja človekovih pravic) z glavnim raziskovalcem Inštituta NIVEL. Namen sestanka je bil preveriti odgovore na vprašalnik in opredeliti stanje na področju kakovosti osnovnega zdravstva, ugotoviti razloge in ovire, obenem pa tudi razloge za slabo odzivnost sodelujočih v raziskavi.

## 2.3 Vzorčenje

V Sloveniji smo se odločili, da bomo vprašalnike razdelili na dveh področjih, na področju Zdravstvenega doma Ljubljana (ZDL), ki predstavlja mestno okolje, in na področju Osnovnega zdravstva Gorenjske (OZG), kjer je okolje mešano o podeželje in mesta.

### 2.3.1 Vzorčenje na ravni odločanja

Vprašalnike smo poslali snovalcem zdravstvene politike v Sloveniji: Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije, Slovenskemu zdravniškemu društvu, Zdravniški zbornici Slovenije, Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Oddelku za zdravje in socialno varstvo Mestne občine Ljubljana, varuhinji človekovih pravic in Zvezi za varstvo potrošnikov.

### 2.3.2 Vzorčenje na ravni vodenja

Vprašalnik smo poslali vsem direktorjem zdravstvenih zavodov in vsem vodjem služb za zdravstveno varstvo odraslih na omenjenih dveh področjih.

### 2.3.3 Vzorčenje na ravni izvajanja

Vprašalnike smo poslali vsem aktivnim zdravnikom družinske medicine na omenjenih dveh področjih, tako zaposlenim v javnih zavodih kot zasebnikom. Raziskavo je odobrila Komisija za medicinsko etiko pri Ministrstvu za zdravje RS septembra 2007.

## 2.4 Vnos podatkov

Po dogovorjenem protokolu med predstavniki Svetovne zdravstvene organizacije, Inštituta Nivel in Katedre za družinsko medicino smo 16. oktobra 2007 s Katedre za družinsko medicino hkrati poslali vprašalnike na vse tri

ravni. Konec oktobra smo prejemnike vprašalnikov na ravni odločanja in na ravni vodenja s pismom prosili, naj vrnejo odgovorjene vprašalnike do 14. novembra; da bi izboljšali odzivnost, pa smo jih opozarjali tudi po telefonu.

Vrnjene vprašalnike smo zbirali na Katedri za družinsko medicino do konca novembra 2007.

Odgovore sodelujočih z ravni vodenja in izvajanja smo vnašali uposablajoč programom SPSS, medtem ko smo odgovore z ravni odločanja le prevedli v angleščino in elektronsko poslali v NIVEL.

### 3 Rezultati

#### 3.1 Odzivnost

Na vse tri ravni smo poslali 244 vprašalnikov, odgovorov pa smo dobili 106 (Preglednica 1): na ravni odločanja je odgovorilo 65 % naprošenih, na ljubljanskem področju se je raziskavi odzvalo 64 % na ravni vodenja in 49 % na ravni izvajanja, medtem ko se je na Gorenjskem na ravni vodenja odzvalo 39 % vprašanih, na ravni izvajanja pa 26 %.

Preglednica 1. *Odzivnost na vseh treh ravneh, na dveh področjih.*  
Table 1. *Response rate at the three levels, in two regions.*

	Raven odločanja / Decision-makers Št. / No. %	Raven vodenja / Health care managers Št. / No. %	Raven izvajanja / Practising family physicians Št. / No. %
	11 65		
Ljubljana		9 64	63 49
Gorenjska		5 39	18 26
skupaj	11 65	14 52	81 41

#### 3.2 Raven odločanja

Slaba odzivnost, odgovori na odprta vprašanja vprašalnika za raven odločanja, predvsem pa izraženi pogledi in mnenja sodelujočih na sestanku z raziskovalcem Inštituta NIVEL so pokazali, da kakovost osnovnega zdravstva med odločujočimi dejavniki zdravstvene politike v Sloveniji ni aktualna tema in da na tem področju manjka vodstvenih kadrov.

Odgovori sodelujočih kažejo, da formalni mehanizmi kontrole v osnovnem zdravstvu pri nas sicer delujejo: Ministrstvo za zdravje nadzira izvajanje zakonskih predpisov (upravni nadzor), Zdravniška zbornica Slovenije izvaja strokovni, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije pa finančni nadzor, toda nimamo

finančnih spodbud za kakovostno delo, le finančne kazni za nedoseganje programa preventivnih pregledov, prekoračevanje povprečja napotitev, predpisovanje zdravil, ki ni v skladu z navodili ZZZS, itn.

Na področju izobraževanja je po mnenju sodelujočih ponudba stalnega strokovnega izpopolnjevanja sicer zelo bogata, a prevladujejo klinične teme, predavatelji so večinoma specialisti, kakovost zdravstvenega varstva pa je le redko tema seminarjev in kongresov. Sedanji sistem obnavljanja licenc po mnenju sodelujočih vodi predvsem zbiranje kreditov, ne pa dejanske potrebe zdravnikov po izpopolnjevanju znanja ali spretnosti na področjih, kjer so šibkejši.

Na področju informatizacije po mnenju sodelujočih v razpravi zdravniki ne uporabljajo dovolj sodobnih

Preglednica 2. *Spol, starost, delovna doba, položaj in sodelavci sodelujočih na ravni vodenja.*Table 2. *Sex, age, years of service, position and the participants' fellow workers at the managerial level.*

	Ljubljana Št. / No. %	Gorenjska Št. / No. %
Moški / Men	4 44	2 40
Ženske / Women	5 56	3 60
Povprečna starost (leta) / Average age (yrs)	56 (± 7,0)	44 (± 9.1)
Povprečno število let dela v istem zavodu / Average years of service in the same institution	27 (± 6,2)	13 (± 11,0)
Položaj / Position		
Generalni direktor / General director	1 11	0 0
Vodja enote / Unit manager	4 44	2 40
Vodja službe / Service manager	3 33	2 40
Ni odgovora / No response	1 11	0 0
Povprečno št. zaposlenih v zavodu / Average no. of employees		
Zdravniki DM / Family physician	176 15 (± 9,2)	43 8 (± 1,3)
Medicinske sestre/tehniki / Nurses/technicians	28 (± 13,3) 79 (± 49,7)	23 (± 8,0) 10 (± 2,8)
Ostalo zdravstv. osebje / Other health care personnel	54 (± 63,4)	2 (± 0,9)
Ostali zaposleni / Other employees		

možnosti informatike, delno zaradi neustreznosti v ambulante nameščenih informacijskih programov (ti služijo predvsem nacionalni zdravstveni in finančni statistiki, ne omogočajo pa obdelave podatkov in analize lastnega dela, izvedenskih programov ali raziskovalnega dela), delno pa zaradi neuskladenosti ponudnikov računalniških programov in posledične nepovezanosti različnih ravni zdravstvenega varstva.

### 3.3 Raven vodenja

Vzorca direktorjev in vodij služb zdravstvenega varstva odraslih sta se ujemala v spolu, ne pa v starosti udeležencev (Preglednica 2).

Vodilni v javnih zavodih imajo na voljo naslednje dokumente s področja kakovosti: splošne akte, finančni načrt, smernice, letna poročila o izboljševanju kakovosti in sezname prioritet na področju kakovosti.

Preglednica 3. *Razpoložljivi dokumenti na temo kakovosti.*  
Table 3. *Available documents on quality.*

Regija / Region	splošni akti / General documents %	finančni načrt / Financial plan %	smernice / Guidelines %	letna poročila / Annual reports %	Prioritete / Priorities %	načrti zdravstv. varstva / Health care plans
Ljubljana (N=9)	78	67	44	33	22	44
Gorenjska (N=5)	60	80	60	0	60	60

Preglednica 4. *Razpoložljivi viri za vzpodbujanje kakovosti.*  
Table 4. *Available sources for quality enhancement.*

Regija / Region	Interni pretok informacij / Internal flow of information %	Dostopnost zunanjih informacij / Access to external information %	Podpora / Support %	Vzpodbude / Initiatives %	Izvršna oblast / Executive branch of power %	Notranji viri / Internal sources %	Notranje sodelovanje / Internal cooperation %	Zunanji viri / External sources %
Ljubljana (N=9)	56	89	100	100	78	67	67	22
Gorenjska (N=5)	20	40	40	100	100	80	60	40

Kot prioritete so sodelujoči vodilni delavci točkovali formalne dejavnosti s področja izboljševanja kakovosti (certifikat kakovosti, nadzor, register kakovosti, kazalci kakovosti, letna poročila), varnosti bolnikov

in izboljševanja dostopnosti: raven vodenja na ljubljanskem področju je navedene dejavnosti ocenila z 48 točkami, na Gorenjskem pa s 53 (od možnih 100) točk.

Preglednica 5. *Koordinacija na področju izboljševanja kakovosti dela v obeh regijah.*  
Table 5. *Coordination of quality improvement activities in both regions.*

Koordinacija / Coordination	Ljubljana (N=9) Št. / No. %	Gorenjska (N=5) Št. / No. %
Natančno določena / Well-specified	4 44	3 60
Koordinira: / Coordinators:		
Direktor / Director	2 50	3 100
Multidiscipl.	1 25	0 0
Telo / Multidisciplinary body	1 25	0 0
Drugo / Other		0



V Ljubljani so vodilni (nivo vodenja) slabše ocenili možnosti za spodbujanje kakovosti: le 44 % od 9 sodelujočih je bilo zadovoljnih z internim pretokom informacij, 2/3 jih smatra, da nimajo nobenih nagrad in spodbud za dobre delavce. Na Gorenjskem so bili vsi (5) zadovoljni z obstoječim načinom

nagrajevanja dobre prakse, 3 pa so bili zadovoljni tudi s pretokom informacij v zavodu in zunaj njega (Preglednica 4).

Preglednica 5 kaže, kdo usklajuje proces izboljševanja kakovosti v sodelujočih zavodih osnovnega zdravstva.

*Preglednica 6. Razpoložljive oblike zunanega nadzora kakovosti v obeh regijah.*

*Table 6. Available forms of external quality control in both regions.*

Oblika / Form	Ljubljana (N=9) %	Gorenjska (N=5) %
Obnavljanje licence zavoda / Institution relicensing	56	100
Obnavljanje licenc zdravnikov, med. sester, tehnikov / Relicensing of doctors, nurses and technicians	67	100
Akreditacija zavoda / Institution accreditation	11	0
Certifikati / Certificates	0	0
Preverjanje znanja / Appraisal	0	40
Primerjalne študije / Comparative studies	0	0

*Preglednica 7. Uporabljene oblike notranjega nadzora kakovosti v obeh regijah.*

*Table 7. Internal quality control measures in both regions.*

Oblika / Measure	Ljubljana (N=9) %	Gorenjska (N=5) %
Pregled zdravst. Dokumentacije / Review of scientific documents	44	60
Poročanje / Reporting	33	60
Notranji strokovni nadzor / Internal control	89	60
Aktivnosti za IK / Quality improvement activities	0	60
Nadzor kolegov / Peer review	0	60
Ugotavljanje potreb bolnikov / Identification of patients' needs	11	60
Komisija za kakovost / Quality committee	11	0
Analiza pritožb bolnikov / Analysis of patients' complaints	78	80

IK: izboljševanje kakovosti

V raziskavi sodelujoče delavce na ravni vodenja smo spraševali tudi o zunanjem strokovnem nadzoru kakovosti (Preglednica 6). Oblike zunanjega nadzora kakovosti (licenca ob ustanovitvi zdravstvenega zavoda, licence za delo zdravstvenih delavcev, akreditacija zavoda, certifikat zavoda, preverjanje znanja, primerjave s sorodnimi organizacijami ipd.) so utečena oblika izboljševanja kakovosti na Gorenjskem, v Ljubljani pa bistveno manj.

Notranji nadzor kakovosti dela (pregledovanje zdravstvene dokumentacije, poročila o delu, notranji strokovni nadzor, načrtno izboljševanje kakovosti dela, svetovanje, ugotavljanje zadovoljstva in potreb bolnikov, mnenje sekundarne ravni, odbori za kakovost, sistematična analiza pritožb bolnikov ipd.) sicer poznajo vsi sodelujoči vodilni delavci, načrtno dejavnosti za izboljševanje kakovosti pa so mnogo bolj razvite na Gorenjskem (Preglednica 7).

Preglednica 8. *Uporabljene oblike vodenja v obeh regijah.*  
Table 8. *Management tools used in both regions.*

Oblika / Tool	Ljubljana (N=9) %	Gorenjska (N=5) %
Pogovor o delovnih uspehih / Discussing successful performance	33	60
Ugotavljanje zadovoljstva zaposlenih / Employee satisfaction assessment	22	40
Osebni načrt strok. razvoja / Personal development plan	11	40
Učenje zaposlenih o IK / Quality improvement training for employees	44	20

IK: izboljševanje kakovosti

Preglednica 9. *Uporabljene oblike protokolov in smernic.*  
Table 9. *Protocols and guidelines used.*

Oblika / Form	Ljubljana (N=9) %	Gorenjska (N=5) %
Posamezne klinične teme / Individual clinical issues	56	60
Uporaba medicinskih pripomočkov / Use of medical supplies	56	60
Napotitve k specialistom / Referrals to specialists	56	60
Napotitve v bolnico / Referrals to hospital	56	0
Pritožni sistem / Patient complaints system	100	80
Informacije za bolnike / Patient information	78	0



Preglednica 10. *Uporabljene oblike normativov in standardov v obeh regijah.*  
 Table 10. *Standards and normatives used in both regions.*

Oblika / Form	Ljubljana		Gorenjska	
	Št. / No.	%	Št. / No.	%
Čakalne dobe / Waiting lists	9	100	4	80
Triaža/svetovanje / Triage/counselling	6	67	4	80
Dostop do kartotek/ Access to medical records	9	100	4	80
Varovanje podatkov / Data protection	9	100	4	80

Vodilni delavci javnih zavodov obeh regij vodijo zavod oziroma službo in zaposlene strokovnjake, kot kaže Preglednica 8.

Smernice in protokole za vodenje določenih bolezenskih stanj, za predpisovanje zdravil, napotitve k specialistom ali v bolnišnico, za obravnavo pritožb bolnikov, za informiranje bolnikov ipd. uporabljajo na ravni vodenja v zdravstvu bolj pogosto in bolj sistematično v Ljubljani (Preglednica 9).

Na ravni vodenja zdravstvenih zavodov v Ljubljani in na Gorenjskem uporabljajo normative in standarde različno (Preglednica 10).

Vodilne delavce v zdravstvenih zavodih smo spraševali o načrtih za prihodnost. Vprašanja smo razdelili na vprašanja o zdravljenju, vlogi bolnikov oz. prebivalstva in vodenju zaposlenih (Preglednice 11, 12 in 13).

Preglednica 11. *Načrti vodilnih za izboljšave na področju zdravljenja v obeh regijah.*  
 Table 11. *Improvement strategies formulated by the management in both regions.*

Oblika / Measures	Ljubljana		Gorenjska	
	Št. / No.	%	Št. / No.	%
Izboljševanje znanja in spretnosti / Improving knowledge and skills	9	100	5	100
Uporaba kliničnih smernic / Use of clinical guidelines	9	100	5	100
Akreditacije, nadzori / Accreditation, supervision	8	89	4	80
Izboljševanje med. dokumentacije / Improving medical record system	7	78	5	100
Projekti izboljšanja kakovosti / Quality improvement project	7	78	5	100
Posodabljanje smernic / Guideline updating	7	78	4	80
Uvajanje notranjega nadzora / Introducing internal control	7	78	2	40
Skupine za kakovost / Quality groups	6	67	5	100
Protokoli za sodelovanje s specialisti / Collaboration with specialists - protocols	7	78	1	20
Drugo /Other	6	67	0	0

Preglednica 12. Načrti vodilnih za izboljšave, usmerjene v bolnike, v obeh regijah.  
Table 12. Patient-oriented improvement plans prepared by the managements, both regions.

Oblika Measure	Ljubljana Št. / No.    %	Gorenjska Št. / No.    %
Analiza zadovoljstva bolnikov / Patient satisfaction analysis	7            78	5            100
Izboljšanje zdravstvene vzgoje / Health education improvements	8            89	4            80
Pritegnitev bolnikov k sodelovanju / Encouraging patient participation	7            78	4            80
Izboljševanje pritožnih postopkov / Improving complaint procedures	8            89	2            40
Drugo / Other	2            22	1            20

Preglednica 13. Načrti vodilnih za izboljšave na področju vodenja v obeh regijah.  
Table 13. Management improvement strategies prepared by the management in both regions.

Oblika / Measure	Ljubljana Št.            %	Gorenjska Št.            %
Izboljševanje timskega dela / Improving team work	9            100	5            100
Izboljšanje učinkovitosti / Improving efficiency	9            100	5            100
Izboljšanje motiviranosti/ Enhancing motivation	8            89	5            100
Izboljševanje statističnih podatkov / Improving the quality of statistics	7            78	3            60
Pogovor o oceni uspešnosti / Discussing success assessment	7            78	3            60
Okrepiti strokovno izgrajevanje / Enhancing professional development	6            67	2            40
Izboljšati vodenje / Improving management	6            67	2            40
Drugo / Other	1            11	1            20

Vodilni delavci v javnih zavodih so zadovoljni z obstoječim sistemom strokovnega izpopolnjevanja in dograjevanja zdravnikov (vsi v Ljubljani in 3 na Gorenjskem), bistveno manj pa z izpopolnjevanjem medicinskih sester in tehnikov (7 in 2). Vsi v raziskavi sodelujoči delavci na ravni vodenja menijo, da v njihovem zavodu bolnike zdravijo v skladu s strokovnimi navodili, moti pa jih centralizacija odločanja (8 in 5) kot tudi nezaupanje zaposlenih do inovacij in izboljšav (9 in 4). Strinjajo se, da bi za boljše delo rabili več informacij o sodobnem vodenju (8 in 4).

Sodelujoči vodilni delavci od izboljševanja kakovosti pričakujejo zelo veliko (Preglednica 14).

### 3.4 Raven izvajanja

Strukturi sodelujočih zdravnikov družinske medicine v obeh regijah sta se ujemali v spolu in starosti ter v ravni dosežene strokovne izobrazbe (Preglednica 15).

V neformalne dejavnosti za izboljšanje kakovosti dela je bila v zadnjih 12 mesecih pred raziskavo vključena več kot polovica sodelujočih, v formalne oblike pa pol manj (Preglednica 16).

Strokovne smernice, ki jih uporabljajo pri svojem delu zdravniki družinske medicine, navaja Preglednica 17.

Povratno informacijo o izvajanju smernic je dobilo le 10 % na ljubljanskem in oziroma 8 % sodelujočih na gorenjskem področju.

Zdravniki družinske medicine, ki so odgovorili na vprašalnik, vidijo možnosti za izboljšanje kakovosti dela na več področjih: klinično delo, komunikacija, timsko delo, organizacija ambulante, nadzor kakovosti dela (Preglednica 18).

Sodelujoči zdravniki družinske medicine od izboljševanja kakovosti pričakujejo manj kot njihovi vodstveni delavci (Preglednica 19).

## 4 Razpravljanje

Osnovno zdravstvo je pomembno tako za posameznika kot za skupnost in za vlade, saj prevzema vse več odgovornosti: poleg zdravljenja po letu 1980 tudi preventivo, v tem stoletju pa tudi vodenje večine kroničnih bolezni (8-9). Močno, samozavestno osnovno zdravstvo zagotavlja najboljšo kakovost zdravstvenih storitev in najboljše izide za najbolj ekonomičen vložek. Zato bi vlada morala biti zanj neizmerno zainteresirana, da obrzda vrtinčasto naraščanje stroškov zdravstvenega varstva (8). Kljub programom in veliko besedam o pomenu osnovnega zdravstva pa je ta del zdravstvenega sistema še vedno »Pepelka«, za katero se najboljši študenti le redko odločajo.

Preglednica 14. Pričakovanja vodilnih na področju izboljšanja kakovosti v obeh regijah.

Table 14. Expectations of the management concerning quality improvement in both regions.

Oblika / Goals	Ljubljana		Gorenjska	
	Št. / No.	%	Št. / No.	%
Izboljševanje zadovoljstva bolnikov/ Improving patient satisfaction	8	89	5	100
Izboljševanje zadovoljstva zdravstvenih delavcev / Improving health care providers' satisfaction	9	100	5	100
Večji izkoristek in mobilnost kadrov/ More efficient use of personnel	8	89	5	100
Izboljševanje vodenja in kontrole/ Improved management and control	5	56	5	100
Večji ugled zavoda/ Improved standing and reputation of the institution	8	89	5	100
Bolj zadovoljni zunanji sodelavci/ More satisfied outworkers	6	67	4	80
Boljšje zdravljenje in boljši izidi/ Better treatment and outcome	9	100	5	100
Drugo / Other	5	56	3	60

Preglednica 15. *Spol, starost, strokovna izobrazba na ravni izvajanja v obeh regijah.*  
 Table 15. *Sex, age, educational level of health care providers in both regions.*

	Ljubljana / No.	Gorenjska Št. / No. %
Moški / Men	14	4 22
Ženske / Women	48	72
Specialisti splošne/družinske medicine / General/family medicine specialists	50	72
Povprečna starost (leta)/ Average age (yrs)	48,2 (± 0,94)	47,1 (± 1,83)
Povprečna delovna doba/ Average years in service	19,7 (± 1,7)	21,1 (± 5,0)
Povprečno št. zaposlenih v Zavodu / Average no.of the institution employees		43 28,7 (± 17,8) 47,6 (± 23,1) 18,3 (± 10,3) 26,1 (± 43,6)
Zdravniki DM/ Physicians		
Medicinske sestre/tehniki / Nurses/technicians		
Ostalo zdravstveno osebje / Other health care personnel		
Ostali zaposleni/ Other employees		

Tudi odgovori najbolj odgovornih (raven odločanja) za zdravstveni sistem, kot tudi vodstvenih delavcev ljubljanskih in gorenjskih zdravstvenih zavodov (raven vodenja), kažejo, da v osnovnem zdravstvu Slovenije nimamo mehanizmov, ki bi spodbujali kakršnekoli izboljšave na področju kakovosti, kot so analize zadovoljstva bolnikov, analize mnenja bolnikov o kakovosti zdravstvenih storitev, ocenjevanje kakovosti s strani neodvisnih kolegov, izvedencev na področju družinske medicine. Ni nobenih spodbud za dobro delo, kljub temu pa vodstveni delavci izjavljajo, da bi z vzpostavitvijo sistema obvladovanja kakovosti rešili večino problemov osnovnega zdravstva in našega zdravstvenega sistema (7). Menijo, da bi se morali osrediniti na zadovoljstvo zaposlenih, učinkovitost in izide zdravljenja, zadovoljstvo bolnikov, izboljšanje sodelovanja med zaposlenimi in dvigovanje ugleda zavoda. Od večje kakovosti dela pa ne pričakujejo ne prihrankov ne boljšega vodenja. Vodenje zdravstvenih ustanov zahteva posebna znanja, ki jih medicinska

fakulteta ne nudi, zato bo moralo znanje o vodenju v zdravstvu postati pogoj za imenovanje na vodstveno mesto.

Kakovost v osnovnem zdravstvu je za večino razvitih držav še vedno izziv (9), na sekundarni in terciarni ravni so že marsikje pričeli učinkovito uporabljati informacijsko podporo, analizirati zadovoljstvo bolnikov in ustrezno ukrepati, medtem ko na osnovni ravni ni bilo raziskav o finančnih prihrankih in izboljšanju zdravstvenega stanja. Kakovost zahteva dostopnost, enakost in učinkovitost (9), kar se zlasti zrcali v vodenju večine kroničnih bolezni. S staranjem, soobolevnostjo in vse večjo zahtevnostjo in informiranostjo prebivalstva v razvitih družbah se zdravstveno in ekonomsko breme nezadržno zvišuje. Opisanih je veliko poskusov izboljševanja kakovosti v različnih zdravstvenih sistemih (4-9), tako v državah z dovolj sredstvi, raziskavami na osnovni ravni, izkušnjami z izboljševanjem kakovosti v zdravstvu kot v onih z malo izkušnjami in še manj sredstvi za

Preglednica 16. *Delež v aktivnostih za izboljšanje kakovosti sodelujočih zdravnikov družinske medicine.*  
 Table 16. *The proportion of quality improvement measures taken by the participating family physicians.*

Aktivnost / Activities	Ljubljana (N=63) Št. / No. %	Gorenjska (N=18) Št. / No. %
Posvet s kolegom / Peer consultation	57 90	17 94
Branje strokovne literature vsaj 2x mesečno / Reading professional literature (min.twice/month)	60 95	14 78
Izboljšave organizacije ambulante / Improvement of outpatient clinic organisation	55 87	15 83
Izboljšave kliničnega dela / Improvement of clinical work	48 76	10 56
Branje strokovnih vsebin na spletu vsaj 2x mesečno / Reading online professional literature (min,twice /month)	45 71	11 61
Raziskovalno delo / Research	27 43	8 44
Stalno strok. izobraževanje vsaj 2x letno / Continuing education (min.twice/year)	57 90	17 94
Smernice za timsko delo / Team work guidelines	38 60	10 56
Analiza zadovoljstva bolnikov / Patient satisfaction analysis	36 57	7 39
Redno analiziranje primerov s kolegi / Regular case analysis in collaboration with colleagues	21 33	10 56
Zunanji strok. nadzor / External control	14 22	6 33
Razvijanje kliničnih protokolov / Development of clinical protocols	12 19	3 17
Razvijanje kliničnih smernic / Development of clinical guidelines	10 16	3 17
Redni sestanki z analizo kakovosti dela / Regular meetings to analyze performance quality	13 21	2 11
Kontrola zdravstvene dokumentacije / Control of medical records	5 8	4 22
Interni strok. nadzor / Internal control	10 16	2 11
Redna uporaba strokovnih smernic / Consistent use of professional guidelines	51 81	12 67

Preglednica 17. Strokovne smernice, ki jih redno uporabljajo zdravniki družinske medicine obeh regij.  
Table 17. Professional guidelines used by family physicians in both regions.

Vrsta smernic/ Guideline type	Ljubljana (N=51) Št. / No. %	Gorenjska (N=12) Št. / No. %
Izdalo Ministrstvo za zdravje / Issued by the Ministry of Health	14 57	58
Smernica zdravstvenega zavoda / Guidelines of the health care institution	10 20	17
Smernica stroke/ Professional guidelines	29 57	50
Tuje smernice / Foreign guidelines	34 67	75
Pisna oblika / Written	40 78	83
Informacija / Information	29 57	50
Posebno izobraževanje / Special training	25 49	17
Izobraževanje v sklopu rednega strok. dograjevanja / Education as an integral part of regular professional training	32 69	67

zdravstveno varstvo (10). Prav v slednjih je uvajanje sistema obvladovanja kakovosti po meri države še večji izziv. Za kakovost na področju osnovnega zdravstva so poleg izvajalcev odgovorni tudi Ministrstvo za zdravje, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in stroka. Vsi bi morali tudi dejavno sodelovati v tem procesu, raziskava pa je pokazala, da med njimi ni dejanskega sodelovanja in zaupanja. To je morda posledica tranzicijskega obdobja - izvajalci so zdaj v defenzivnem položaju zaradi vse večjega vpliva plačnika, posredno pa tudi uporabnikov zdravstvenih storitev. Plačnika – ZZZS – kakovost sicer zanima, a doslej predvsem na področju predpisovanja zdravil in beleženju napotitev. V prihodnosti pa obljublajo tudi spodbude za kakovostno delo zdravnikov in vodij dejavnosti.

V veliko državah primanjkuje zdravnikov prvega stika, saj to delo zahteva vztrajnost, doživljenjsko dostopnost, najbolj kakovostno delo, urejeno in trdno osnovno zdravstvo, dobro sodelovanje z ostalimi

ravnimi (11). Naši zdravniki družinske medicine so preveč obremenjeni, da bi jim kakovost predstavljala prednostno nalogo. Večina jih tudi ni dovolj seznanjena s procesom obvladovanja kakovosti, vodenje na tem področju je še zelo pomanjkljivo, spodbud sploh ne poznajo, sedanja infrastruktura pa nikakor ne omogoča dejanskega izboljšanja kakovosti dela: zakonodaja je počasna, nacionalnega inštituta za kakovost kljub vsem prizadevanjem družinske medicine še nimamo, informatizacija osnovnega zdravstva je na ravni začetkov informatike.

V Sloveniji razlog za stagnacijo na področju kakovosti zadnjih 15 let prav gotovo ni nevednost, saj je kar nekaj raziskav dobobra osvetlilo področje kakovosti in osnovnega zdravstva: npr. projekt Svetovne banke leta 2004, raziskava Potrebe slovenskega osnovnega zdravstva (2001) in številne učne delavnice (4, 5, 11, 12). Poročilo prvega projekta navaja, da je bilo leta 1990 slovensko osnovno zdravstvo v primerjavi z drugimi državami v tranziciji veliko bolj razvito, žal pa je tudi 18 let kasneje na isti ravni.



Preglednica 18. Možnosti za izboljšanje kakovosti dela.  
Table 18. Quality improvement is possible in the following areas.

Področje dela / Area	Ljubljana (N=63) Št. / No. %	Gorenjska (N=18) Št. / No. %
Diagnostika / Diagnosis	51 81	15 83
Predpisovanje zdravil / Drug prescribing	39 62	15 83
Vodenje depresije / Depression management	41 65	14 78
Vodenje arterijske hipertenzije / Arterial hypertension management	39 62	14 78
Vodenje bronhialne astme / Bronchial asthma management	39 62	12 67
Mala kirurgija / Minor surgical procedures	24 38	14 78
Starostniki / Elderly	23 37	9 50
Vodenje nosečnosti / Pregnancy management	11 17	5 28
Otroci / Children	8 13	1 6
Vključevanje bolnikov v zdravljenje / Including patients in the treatment process	35 56	17 94
Zdravstvena vzgoja, svetovanje / Health education, counselling	36 57	16 89
Komunikacija z bolniki / Communication with patients	37 59	13 72
Vodenje kartoteke / Medical records maintenance	39 62	11 61
Timsko delo / Team work	48 76	14 78
Sodelovanje s specialisti / Cooperation and collaboration with specialists	47 75	13 72
Napotive / Referrals	38 60	13 72
Delovni čas / Working hours	30 48	10 56
Dostopnost ambulante / Outpatient clinic accessibility	9 14	5 28
Znanje, veščine / Knowledge, skills	53 84	16 89
Vzpodbude za dobro delo / Initiatives for good work	53 84	16 89
Več sredstev za izobraževanje / More funds for education	49 78	15 83
Posodabljanje smernic / Updating guidelines	49 78	16 89
Uvajanje smernic / Introducing guidelines	51 81	15 83
Projekti kakovosti / Quality projects	48 76	14 78
Krožki kakovosti / Quality circles	45 71	12 67
Interni strokovni nadzor / Internal control	38 60	11 61
Smernice za timsko delo / Team work guidelines	37 59	11 61
Zunanji strokovni nadzor / External control	16 25	13 17
Analiza zadovoljstva bolnikov / Patient satisfaction analysis	31 49	9 50
Pritožbeni postopek / Complaints procedure	21 33	2 11

Preglednica 19. Pričakovanja zdravnikov družinske medicine na področju izboljšanja kakovosti v obeh regijah.

Table 19. Expectations of family doctors concerning quality improvement in both areas.

Oblika Measures	Ljubljana (N=63)		Gorenjska (N=18)	
	Št.	%	Št.	%
Izboljševanje zadovoljstva bolnikov / Improving patient satisfaction	34	54	10	56
Izboljševanje zadovoljstva zaposlenih / Improving employees' satisfaction	47	75	13	72
Večja delovna obremenitev / Increased workload	28	44	13	72
Več administracije / More administrative tasks	38	61	7	37
Večja strokovna svoboda / Greater degree of professional freedom	22	35	1	6
Večji ugled zavoda / Improved institution's reputation	36	57	11	61
Boljše zdravljenje in boljši izidi / Better treatment and outcomes	49	78	12	67
Večji stroški / Higher costs	29	46	9	50

Danes postaja vključevanje bolnikov ena ključnih zahtev sodobnega pojmovanja kakovosti zdravstvenega varstva; bolnike je potrebno seznaniti tako s pravicami kot z dolžnostmi. V stroko je potrebno (11) vnesti izvedenska mnenja »modrecev« na področju družinske medicine oz. ostalih vej osnovnega zdravstva – vplesti jih bo treba tako v obiske ambulant kot v nadzor in svetovanja.

### Slabosti raziskave

Glavna omejitev raziskave je slaba odzivnost, kar pa pravzaprav zrcali stanje na področju zagotavljanja kakovosti osnovnega zdravstva pri nas. Kakovost še vedno ni ena od prednostnih nalog snovalcev zdravstvene politike, pa tudi ne izvajalcev in njihovih vodstev.

Druga slabost je izbira vzorca, ki je morda vplivala na rezultate, saj sta omenjeni dve območji najbolj razviti del republike.

Tretja slabost je bil obseg vprašalnikov, ki smo jih v raziskavi preizkušali (7). Rezultati so dali pobudniku

raziskave, Svetovni zdravstveni organizaciji, dobro osnovo za izboljšavo orodja.

Prednosti raziskave

Naša raziskava je zajela vsa tri področja, ki vplivajo na zagotavljanje kakovosti v zdravstvu: vladne in nevladne organizacije na področju odločanja, vse vodilne strukture v javnem osnovnem zdravstvu izbranih dveh področij ter vse dejavne izvajalce zdravstvenega varstva- zaposlene in zasebne zdravnike družinske medicine.

Raziskava podaja validne deskriptivne informacije o planiranju, izvajanju in izboljševanju kakovosti zdravstvenega varstva, ki bodo lahko dobra podlaga tako stroki kot načrtovalcem razvoja družinske medicine v Sloveniji.

### Zahvala

Zahvaljujemo se Svetovni zdravstveni organizaciji, sedež za Evropo, Inštitutu Nivel iz Utrechta ter Marijanu Ivanuši, vodji pisarne Svetovne zdravstvene organizacije za Slovenijo. Zahvala gre tudi vsem

sodelujočim: Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije, predvsem prim. Janezu Remškarju dr.med. in Metki Teržan, dr.med., Zdravniški zbornici Slovenije, Slovenskemu zdravniškemu društvu – Združenju zdravnikov družinske medicine, Katedri za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani in še posebej predstojniku prof.dr. Igorju Švabu, varuhinji človekovih pravic Republike Slovenije, Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije in gospodu Borisu Krambergerju, direktorjema Zdravstvenega doma Ljubljana in Osnovnega zdravstva Gorenjske, vsem vodjem služb za zdravstveno varstvo odraslih Zdravstvenega doma Ljubljana in Osnovnega zdravstva Gorenjske, vsem zdravnikom družinske medicine iz Ljubljane in Gorenjske, ki so sodelovali v raziskavi, ter gospe Ani Artnak za administrativno pomoč.

Posebej se zahvaljujemo tudi Dionne S. Kringos in Marieke Verschuuren, ki sta poleg avtorjev članka obdelali podatke in pripravili poročilo, Nataliji Olesen za administrativno pomoč in Pimu de Graafu in Dominique Egger za koristne nasvete. Hvala tudi vsem udeležencem pripravljalnega sestanka in zaključnega sestanka na sedežu Svetovne zdravstvene organizacije junija 2007 ter aprila 2008.

Raziskavo sta financirala Urad Svetovne zdravstvene organizacije za Evropo in Zdravniška zbornica Slovenije.

## Literatura

1. Olesen F, J Dickinson, P Hjortdahl. General practice – time for a new definition. *BMJ* 2000; 320: 354-7.
2. Groenewegen PP, Kerssens JJ, Sixma HJ, van der Eijk I, Boerma WG. What is important in evaluating health care quality? An international comparison of user views. *BMC Health Serv Res* 2005; 5: 16.
3. Bulc M. Quality in general practice. GP 2000- Protagonists of the Millennium. UEMO Reference Book 2000/2001: 7th Edition.
4. Boerma WG, van der Zee J, Fleming DM. Service profiles of general practitioners in Europe. *European GP Task Profile Study*. *Br J Gen Pract* 1997; 47(421): 481-6.
5. 4<sup>th</sup> meeting of the expert network on family practice development strategies. Zagreb: Report on WHO meeting, 1998.
6. Evans PH, D P Gray. Three dimensional care? *Eur J of GP* 1999; 5: 135-6.
7. Boerma W, Kringos DS, Verschuuren M, Pellny M. Primary care quality management in Slovenia. World Health Organisation 2008. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008.
8. Furler J et al. Leaders, leadership and future primary care clinical research. *BMC Fam Pract* 2008; 9: 52.
9. Samoutis GA, Soteriades SE, Stoffers HE, Zachariadou T, Philalithis A, Lionis C. Designing a multifaceted quality improvement intervention in primary care in a country where general practice is seeking recognition: the case of Cyprus. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 181.
10. Bowman RC. Measuring primary care: the standard primary care year. *Rural and Remote Health* 8 (online), 2008: 1009.
11. Kersnik J. Kakovost v splošni medicini. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1998.
12. Kersnik J. Developing national policy on quality in health care in Slovenia: implications for general practice. *Audit trends* 1996; (4) 4: 151-4.