

Sveučilište u Zadru

Odjel za psihologiju

**PROCJENA KVALITETE PRIMARNE ZDRAVSTVENE
ZAŠTITE IZ PERSPEKTIVE LIJEČNIKA I NJIHOVIH
PACIJENATA**

Diplomski rad

Ena Poljičak

Mentor: izv. prof. dr. sc. Ljiljana Gregov

Komentor: doc. dr. sc. Ana Slišković

Zadar, 2014.

Sadržaj:

SAŽETAK:.....	2
ABSTRACT	3
1. UVOD	4
1.1. Primarna zdravstvena zaštita	4
1.1.1. Primarna zdravstvena zaštita u Hrvatskoj	5
1.1.2. Specijalist obiteljske medicine kao nositelj primarne zdravstvene zaštite	7
1.2. Kvaliteta primarne zdravstvene zaštite.....	9
1.2.1. Zadovoljstvo pacijenata kao mjera kvalitete primarne zdravstvene zaštite.....	13
1.2.2. Samoprocjene liječnika kao mjera kvalitete zdravstvene zaštite.....	17
1.3. Prioriteti pacijenata.....	18
1.4. Problemi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koji djeluju na njenu kvalitetu.....	22
1.5. Istraživanja kvalitete primarne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj	24
2.1. POLAZIŠTE I CILJ	28
2.2. PROBLEMI.....	28
2.3. HIPOTEZE.....	29
3. METODOLOGIJA.....	30
3.1. Ispitanici	30
3.2. Mjerni instrumenti	31
3.3. Postupak ispitivanja.....	33
4. REZULTATI.....	35
4.1. Deskriptivni parametri procjena kvalitete primarne zdravstvene zaštite.....	35
4.2. Slaganje liječnika i pacijenata u važnosti koju pridaju pojedinim karakteristikama općeg/obiteljskog liječnika i ordinacije.....	36
4.3. Povezanosti procjena kvalitete primarne zdravstvene zaštite između liječnika i pacijenata.....	39
4.4. Učinci karakteristika pacijenata i liječnika na prosječne procjene kvalitete primarne zdravstvene zaštite i razlike u procjenama kvalitete između pacijenata i liječnika.....	41
4.5. Što liječnici predlažu kako bi se poboljšala kvaliteta primarne zdravstvene zaštite?	60
5. RASPRAVA.....	61
6. ZAKLJUČCI	68
7. LITERATURA.....	69
8. PRILOZI.....	73

SAŽETAK

Procjena kvalitete primarne zdravstvene zaštite iz perspektive liječnika i njihovih pacijenata

U području primarne zdravstvene zaštite određena promjena dogodi se skoro svake godine. Cijeli zdravstveni sustav pokušava se prilagoditi postojećoj ekonomskoj i društvenoj situaciji u državi. Glavni cilj većine uvedenih promjena bio je rasteretiti više razine zdravstvenog sustava prebacujući velik dio posla i usluga na zdravstvene djelatnike primarne zdravstvene zaštite uz još strožu kontrolu troškova u ovom sektoru. Sve veća odgovornost i manja finansijska sposobnost u primarnoj zdravstvenoj zaštiti odrazile su se i na kvalitetu primarne zdravstvene zaštite, te se upravo zbog toga sve veća pažnja posvećuje kvaliteti primarne zdravstvene zaštite.

Cilj istraživanja bio je ispitati zadovoljstvo kvalitetom primarne zdravstvene zaštite iz perspektive njezinih važnih sudionika, korisnika i pružatelja zdravstvene skrbi; pacijenata i liječnika opće/obiteljske prakse te utvrditi postoji li razlika u zadovoljstvu primarnom zdravstvenom zaštitom s obzirom na neke karakteristike liječnika i pacijenata.

Ispitivanje je provedeno na prigodnom uzorku od 32 liječnika opće/obiteljske medicine u Šibensko-kninskoj županiji i njihovih 320 pacijenta. U ispitivanju je korišten standardizirani instrument razvijen za procjenu kvalitete primarne zdravstvene zaštite u europskim zemljama.

Pacijenti kvalitetu primarne zdravstvene zaštite procjenjuju na dvije dimenzije; „ponašanje liječnika prema pacijentima“ i „organizacija skrbi“. Liječnici i pacijenti vrlo pozitivno procjenjuju cjelokupnu kvalitetu primarne zdravstvene zaštite.

Značajna razlika u pacijentovom zadovoljstvu kvalitetom postoji s obzirom na neke karakteristike pacijenata (spol, dob, prisutnost kroničnih oboljenja, pacijentove procjene liječnikovog poznavanja njegovih tegoba i zdravstvenih tegoba drugih članova njegove obitelji te učestalost razmišljanja o promjeni liječnika) te neke karakteristike liječnika i organizacije skrbi kao (dob liječnika, bračni status liječnika i prosječan broj pacijenata dnevno u ordinaciji).

Procjene kvalitete primarne zdravstvene zaštite od strane pacijenata negativno su povezane s procjenama kvalitete od strane liječnika koji im pružaju primarnu zdravstvenu zaštitu. U istraživanju su identificirane i potrebne promjene u sustavu primarne zdravstvene zaštite kojima bi se unaprijedila kvaliteta zdravstvene zaštite.

Ključne riječi: kvaliteta primarne zdravstvene zaštite, samoprocjena, zadovoljstvo pacijenata, organizacija skrbi, socio-demografske karakteristike.

ABSTRACT

Assessment of the quality of primary health care from the perspective of physicians and their patients

In the area of primary health care, certain changes occur almost every year. The entire health care system tries to adapt to the current economic and social situation in the country. The main objective of most of the introduced changes was to relieve higher levels of health system by shifting most of the work and services to health professionals in primary health care with even more strict cost control in this sector, which is why more and more attention is paid to quality of primary health care.

The aim of this study was to examine satisfaction with quality of primary health care from the perspective of its major participants, users and health care providers; patients and general practitioners/family physicians and to determine whether there is a difference in satisfaction with primary health care with respect to certain characteristics of physicians and patients.

Testing was conducted on a sample of 32 general practitioners/family physicians in Šibenik-Knin County and their 320 patients. The study used a standardized instrument developed for assessing quality of primary health care in European countries.

Patients evaluate quality of primary health care on two dimensions; "physician behavior toward patient" and "organization of care". Doctors and patients both assess overall quality of primary care very positively.

There is a significant difference in patient satisfaction with quality of health care with respect to certain patient characteristics (gender, age, presence of chronic illness, patient's assessment of doctor's knowledge of his health problems and health problems of other members of his family and the frequency of thinking about changing their doctor) and some characteristics of physician and organization of care (physician's age, physician's marital status and average number of patients per day in the infirmary).

Patients evaluations of quality of primary health care were negatively associated with quality assessments made by doctors who provide them with care. The study also identified necessary changes in the system of primary health care that could improve quality of health care.

Keywords : quality of primary health care, self-assessment, patient satisfaction, organization of care, sociodemographic characteristics.

1. UVOD

1.1. Primarna zdravstvena zaštita

Primarna zdravstvena zaštita je osnovni oblik zdravstvene zaštite. Ona je prvi i osnovni dio zdravstvenog sustava koji proizlazi i razvija se u skladu s ekonomskim, društveno-kulturnim i političkim uvjetima. Primarna zdravstvena zaštita nastoji zadovoljiti potrebe cijele zajednice i svakog pojedinca što je bliže njegovom mjestu stanovanja i rada, po prihvatljivoj cijeni i uz korištenje znanstvenih, praktičnih i društveno prihvatljivih metoda (Katić, Jureša i Orešković, 2004). Obuhvaća cjelokupnu skrb za zdravlje, provedbu preventivnih i kurativnih mjera, zdravstveni odgoj i suradnju sa svim organizacijama i ustanovama koje mogu pridonijeti boljem zdravlju stanovništva.

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, primarna zdravstvena zaštita se zasniva na pet osnovnih principa (Al-Assaf i Sheik, 2004):

- 1) Dostupnost (jednaka distribucija): Prvi i najvažniji cilj primarne zdravstvene zaštite koji se odnosi na pravednu podjelu skrbi na sve ljude bez obzira na spol, dob, rasu, ekonomski status i geografsku lokaciju.
- 2) Sudjelovanje zajednice: Odnosi se na uključivanje zajednice u planiranje, implementiranje i održavanje zdravstvenih aktivnosti kako bi se omogućio dugoročni socijalni razvoj.
- 3) Promicanje zdravlja: Uključuje sva važna pitanja zdravstvene edukacije, ishrane, provođenje zdravstvenih mjera i drugih faktora okoliša kao i prevenciju i kontrolu bolesti.
- 4) Prikladna tehnologija: Korištenje znanstveno utemeljene tehnologije koja je prilagođena lokalnim potrebama.
- 5) Međusektorska suradnja: Odnosi se na uključenost ostalih sektora osim zdravstvenog sektora, kao što su na primjer agrikultura i obrazovanje, u unaprjeđivanje zdravlja lokalnog stanovništva.

Djelatnosti koje primarna zdravstvena zaštita obuhvaća u širem smislu su: djelatnost opće/obiteljske medicine, djelatnost za zdravstvenu zaštitu dojenčadi i predškolske djece, djelatnost hitne medicinske pomoći, stomatološku djelatnost, preventivno-odgojne djelatnosti za zaštitu školske djece i studenata, zdravstvenu zaštitu žena, higijensko-epidemiološku

djelatnost, zdravstvenu zaštitu medicine rada, zdravstvenu zaštitu mentalnog zdravlja, patronažnu zdravstvenu zaštitu, palijativnu skrb, ljekarništvo i laboratorijsku dijagnostiku. Uži pojam primarne zdravstvene zaštite koju provode medicinski stručnjaci naziva se primarna medicinska zaštita te je uglavnom organizirana u domovima zdravlja, ordinacijama u zakupu ili privatnim ordinacijama i ustanovama.

Primjenom jednostavnih i dostupnih specifičnih metoda rada, primarna zdravstvena zaštita rješava 80 – 85% zdravstvenih problema zajednice (Bakar, 2009). Rješavanjem velikog broja jednostavnih, svakodnevnih problema smanjuje se nepotrebna i skupa zdravstvena potražnja, a neriješeni zdravstveni problemi usmjeravaju se k stručno odabranim višim specijaliziranim dijelovima zdravstvenog sustava. Ovaj oblik zdravstvene zaštite predstavlja filter ulaza u više razine zdravstvenog sustava (sekundarna i tercijarna zdravstvena zaštita) koji su nedostupniji jer ih ima manje i koji su skuplji zbog primjene skupih tehnologija (Katić i sur., 2004). Da bi primarna zdravstvena zaštita bila u stanju rješavati zdravstvene potrebe trebali bi biti zadovoljeni određeni preduvjeti za njezin učinkovit rad. Stručni kadar, prostor i oprema za rad, stručna autonomija i neovisnost, financijska sigurnost, definiranost prava i obveza korisnika samo su neki od tih preduvjeta (Bakar, 2009) .

1.1.1. Primarna zdravstvena zaštita u Hrvatskoj

Devedesetih godina prošlog stoljeća zdravstveni sustav u Hrvatskoj počivao je na nacionalnom zdravstvenom osiguranju koje je bilo dostupno za sve pacijente, međutim, financijska sredstva za održavanje sustava su bila nedostatna (Katić, Rumboldt, Materljan i Gmajnić, 2009). Glavni nositelji zdravstvenog sustava na primarnoj razini bili su Domovi zdravlja. Domovi zdravlja bili su odgovorni za provođenje cjelokupne primarne zdravstvene zaštite za područje u kojem su bili smješteni. Financijska sredstva za upravljanje domovima zdravlja pokrivala su se iz nacionalnog zdravstvenog osiguranja, dok su liječnici, kao i ostali zaposleni medicinski stručnjaci, plaću dobivali od Doma zdravlja.

Početkom 2009. godine u Republici Hrvatskoj s novim zdravstvenim zakonima na snagu je stupila Reforma zdravstvenog sustava. Razina sustava najviše zahvaćena promjenama bila je upravo primarna zdravstvena zaštita. Zdravstveni sustav reformiran je u skladu s društveno-ekonomskim promjenama. Cilj reforme primarne zdravstvene zaštite bio je oslobođiti sustav od pretjerane administracije, regulirati zaradu nositelja primarne zdravstvene

zaštite te povećati profesionalnu i organizacijsku odgovornost zdravstvenih djelatnika (Katić i sur., 2009).

Najznačajnija promjena koja je uvedena reformom jest da je zdravstveni sustav postao mješoviti sustav javnog i privatnog. Domovi zdravlja i dalje su ostali ustanova koja pruža cijelovitu zdravstvenu zaštitu, no, mnoge djelatnosti Doma zdravlja su privatizirane. Većina liječnika zaposlenih u primarnoj zdravstvenoj zaštiti postali su individualni ugovarači s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO), dok je manji dio i dalje ostao zaposlenicima Doma zdravlja (Katić i sur, 2009). Liječnici privatnici su reformom postali koncesionari prijašnjih državnih ordinacija. Liječnici privatnici imaju sve obveze pravog privatnika uz zakonsku obvezu zapošljavanja medicinske sestre. Međutim, liječnici se ne mogu pojaviti na tržištu kao tržišno pravne osobe i nemaju ostala prava privatnika, kao što su pravo na intelektualno vlasništvo, pravo nasljeđivanja rada u ordinaciji koju posjeduju, pravo zapošljavanja drugih liječnika, pravo prodaje ordinacije itd. (Katić, Materljan, Gmajnić i Petrić, 2012).

Reformom se uvelike promijenio način financiranja liječnika, odnosno liječnika privatnika. Većinu sredstava liječnici obiteljske medicine ostvaruju kroz glavarinu (80%) koja ovisi o broju prijavljenih pacijenata i njihovoj dobnoj strukturi. Drugi dio plaće liječnika primarne zdravstvene zaštite je varijabilan, ovisi o ispunjenju ugovornih obaveza prema HZZO-u, tzv. indeksacija. Indeksacija obuhvaća potrošnju na lijekove na recept, potrošnju za upućivanje na dijagnostičke pretrage, stopu bolovanja i konzultativne pregledne (Katić i sur., 2009). Ovisno o tome koliko je liječnik ispunio obveze indeksacije, može dodatno zaraditi ili izgubiti određeni dio sredstava.

Prije nego što je započela reforma zdravstva u Hrvatskoj, u primarnoj zdravstvenoj zaštiti uvedena je još jedna bitna promjena. Naime, 2002. godine započeo je proces informatizacije primarne zdravstvene zaštite. Svaka ugovorna ordinacija koristi dva povezana računala, za liječnika i medicinsku sestruru, koji na taj način bilježe sve događaje vezane uz obradu pacijenata u elektronički zdravstveni karton. Nadalje, informacijski sustav sadržava i sve osobne podatke korisnika zdravstvenog osiguranja, središnji repozitorij ljudskih i materijalnih resursa zdravstvenog sustava, ali i omogućuje komunikaciju i prijenos podataka prema ostalim sudionicima zdravstvenog sustava (Petrovečki, 2004). Informatizacija primarne zdravstvene zaštite učinila je veliki pomak u smanjenju opterećenja administrativnim poslovima u ordinacijama opće/obiteljske medicine.

Navedene promjene nisu jedino što je oblikovalo primarnu zdravstvenu zaštitu u Hrvatskoj u posljednjih nekoliko godina. Reforme su zapravo rezultat sve većih zdravstvenih troškova u državi, ponajprije zbog sve većeg starenja stanovništva čije su zdravstvene potrebe veće (Katić i sur., 2012). Određena promjena u primarnoj zdravstvenoj zaštiti dogodi se skoro svake godine, odnosno cijeli sustav se pokušava najbolje uskladiti s postojećom ekonomskom i društvenom situacijom u državi. Nekoliko novih ciljeva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti navedeno je i u strateškom planu Ministarstva zdravlja za razdoblje od 2014. do 2016. godine, kao što su povećanje kvalitete zaštite, dostupnija zdravstvena zaštita, reguliranje broja pacijenata po liječniku, unaprjeđivanje postojeće informatizacije, uvođenje sustava kontrole itd. (Ministarstvo zdravlja, 2013). Međutim, do rješenja kojih problema će doći, odnosno hoće li uopće doći do promjena, ponajviše ovisi o ekonomsko – društvenom stanju u državi.

1.1.2. Specijalist obiteljske medicine kao nositelj primarne zdravstvene zaštite

Obiteljska medicina je najbrojniji dio primarne zdravstvene zaštite i neizostavan element modernog zdravstvenog sustava. Liječnici zaposleni u primarnoj zdravstvenoj zaštiti uglavnom su specijalisti opće, odnosno obiteljske medicine. Osnovna obilježja discipline opće/obiteljske medicine su (Ivković i sur. 2011) :

- predstavlja mjesto prvog medicinskog kontakta korisnika sa zdravstvenim sustavom
- pruža osobnu, primarnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu pojedincima, obitelji i društvenoj zajednici, bez obzira na spol, dob i bolest
- karakterizira je vremenska kontinuiranost i mogućnost praćenja razvoja bolesti kroz dulje vremensko razdoblje
- učinkovito koristi resurse zdravstvene zaštite koordinirajući skrb u suradnji s drugim stručnjacima primarne zaštite
- osigurava najekonomičnije korištenje finansijskih sredstava namijenjenih zdravstvenom sustavu
- koristi se jedinstvenim postupkom konzultacije koji dopušta uspostavljanje učinkovite komunikacije između liječnika i pacijenta
- odgovorna je za osiguravanje neprekidne zaštite određene potrebama pacijenta

- skrbi za akutne i kronične zdravstvene probleme
- zbrinjava bolesti koje su u ranom stadiju razvoja nerazjašnjene, što ponekad zahtjeva hitnu intervenciju
- promovira zdravlje i blagostanje odgovarajućim intervencijama
- ima specifičnu odgovornost za zdravlje zajednice
- bavi se sa zdravstvenim problemima u njihovom fizičkom, psihološkom, društvenom, kulturološkom i egzistencijalnom okruženju

Dobar rad obiteljskih liječnika kao svojevrsnog „čuvara“ ili „nadglednika“ ulaza u zdravstveni sustav omogućava i dobar rad ostalih dijelova sustava (sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite), čineći tako i njih optimalno iskoristivim uz jednostavnu i brzu dostupnost. U definiciji obiteljskog liječnika sažete su sve karakteristike struke, ali i iz nje proizlaze svi problemi s kojima se danas liječnici susreću. Prema Mazzi (2011, str. 5) definicija struke obiteljskog liječnika glasi ili bi trebala glasiti:

„Specijalist opće/obiteljske medicine je specijalist sposobljen za rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. On je stručno sposobljen za prihvatanje svih zdravstvenih potreba svojih pacijenata u svakoj životnoj dobi, koje većinom sam rješava, a po potrebi u suradnji s konzilijarnim specijalistom ili upućivanjem u bolnicu. On pruža svoje usluge u lokalnoj zajednici, neovisno od vrste bolesti ili osobnih i socijalnih karakteristika pacijenata. Svojim pacijentima omogućuje korištenje prava iz zdravstvenog osiguranja na najbolji mogući način, u skladu s pozitivnim propisima. U svom radu se služi potrebnom dijagnostikom, preventivnim aktivnostima, medicinskim zahvatima, palijativnim kurama i lijekovima, koristeći i objedinjujući biomedicinske nauke sa psihologijom i medicinskom sociologijom. Karakteristika njegova rada je vremenska kontinuiranost i mogućnost praćenja razvoja bolesti. On tako može rješavati oko 300 vrsti bolesti što je mnogostruko više od bilo kojeg specijalista druge grane medicine. On je jedini sposobljen za vođenje pacijenta s više kroničnih bolesti i za snalaženje među različitim simptomima, terapijama i lijekovima te jedino on može prilagoditi liječenje psihofizičkim i socijalnim karakteristikama pacijenta. On osim toga jedini susreće zdrave pacijente i može raditi na prevenciji pojave bolesti, te provoditi kontinuirano kućno liječenje, palijativno liječenje i terminalnu skrb. Nema niti jednog drugog liječnika koji bolje poznaje sve mogućnosti zdravstvene zaštite na svojem

području i nema nikoga tko je bolje informiran o obiteljskim, socijalno-ekonomskim prilikama i genetskim predispozicijama svojih pacijenata."

1.2. Kvaliteta primarne zdravstvene zaštite

Povijest čitave medicine čine napor i pokušaji da se što više pomogne pacijentu, odnosno da se liječenje što bolje provede, iz čega se može zaključiti da je briga o kvaliteti liječenja, odnosno zdravstvene zaštite, stara koliko i sama praksa liječenja. Međutim, definiranje kvalitete zdravstvene zaštite, kao i njezino mjerjenje još uvijek predstavlja teorijski i praktični problem. Lee i Jones (1933; prema Ljubičić, Baklačić, Stevanović i Pristaš, 2006) definirali su kvalitetnu medicinsku zaštitu kao vrstu medicine koju primjenjuju i promišljaju priznati stručnjaci medicinske profesije u određenom trenutku ili razdoblju društvenog, kulturnog i medicinskog razvoja u nekom društvu ili populaciji. Donabedian (1980 prema Ljubičić i sur., 2006), opisuje dva modela vrednovanja kvalitete zdravstvene zaštite. Prvi je 'klasični klinički model' koji se ograničuje na promatranje kvalitete rada pojedinačnog liječnika u odnosu na konkretnog pacijenta i njegov konkretni zdravstveni slučaj. Drugi je 'svremeniji socijalno-medicinski model' koji nastoji vrednovati kvalitetu rada medicinskih timova i ustanova u odnosu na fizičku, psihičku i socijalnu dimenziju zdravlja cjelokupnog stanovništva.

Prema McGlynnu (1997; prema Piligrimiene i Bučiuniene, 2008) pacijenti, pružatelji skrbi i ostale strane uključene u sustav zdravstva definiraju kvalitetu na različit način zbog čega je potrebno koristiti različite metode za evaluaciju kvalitete. Najprihvaćenija definicija kvalitete zdravstvene zaštite je ona Instituta za medicinu iz 1990. godine gdje je kvaliteta definirana kao stupanj u kojem zdravstvene usluge za pojedince i populaciju povećavaju vjerojatnost željenih zdravstvenih ishoda i konzistentne su s trenutnim profesionalnim znanjem (Piligrimiene i Bučiuniene, 2008).

Pacijenti imaju tendenciju evaluiranja kvalitete skrbi ovisno o tome kako ona udovoljava njihovim specifičnim potrebama. Većina pacijenata definira kvalitetu kao trud liječnika da učini sve moguće za svog pacijenta. Često se fokusiraju na učinkovitost, dostupnost, interpersonalne odnose, kontinuitet i sadržaje kao najvažnije dimenzije kvalitete (Piligrimiene i Bučiuniene, 2008). Međutim, važno je znati da pacijenti ne razumiju uvijek u potpunosti potrebe zdravstvenog sustava i ne mogu adekvatno procijeniti medicinsku stručnost.

Zdravstveni djelatnici i profesionalci liječnici definiraju kvalitetu u terminima karakteristika i rezultata skrbi. Ovakva definicija naglašava stručnost s kojom je skrb pružena i karakteristike interakcije između pružatelja skrbi i pacijenta (Piligrimiene i Bučiuniene, 2008). Da bi liječnici postigli medicinsku stručnost moraju donijeti pravu odluku o skrbi za svakog pacijenta, a da bi to postigli potrebne su im određene vještine, dobro rasuđivanje i pravovremeno djelovanje. S druge strane, interakcija s pacijentima ovisi o nekoliko elemenata u njihovom odnosu: kvaliteti komunikacije, liječnikovoj sposobnosti da zadrži pacijentovo povjerenje i sposobnosti da pacijentu pristupa s brigom, empatijom, poštenjem, osjetljivošću i taktičnošću (Piligrimiene i Bučiuniene, 2008). Liječnici također pokušavaju pronaći ravnotežu između troškova zdravstvene zaštite, njihove vlastite prosudbe o tome koji je najbolji način liječenja i zahtjeva da razmotre vrijednosti pacijenata dok donose odluku o liječenju. Ove tri stvari ne vode uvijek do iste odluke. Kako zdravstveni sustav mora odgovarati na zahtjeve pacijenata također mora odgovarati potrebama pružatelja zdravstvene njege. U ovom slučaju na pružatelje skrbi gleda se kao na internalne klijente sustava zdravstvene zaštite. Pružatelji trebaju i očekuju učinkovite i efikasne stručne, administrativne usluge i usluge potpore u pružanju kvalitetne zdravstvene zaštite.

Na posljetku, u sustav zdravstvene zaštite uključeni su i manageri ili rukovoditelji zdravstvene zaštite. Iako su rukovoditelji rijetko uključeni u pružanje zdravstvene zaštite oni moraju brinuti i za potrebe i zahtjeve pružatelja skrbi i pacijenata. Također moraju voditi računa o resursima koji su im stavljeni na raspolaganje od strane vlade ili zajednice. Prema Brownu (1992, prema Piligrimiene i Bučiuniene, 2008) rukovoditelji smatraju da su pristup, učinkovitost, efikasnost i medicinska stručnost najvažnije kvalitete zdravstvene zaštite.

Neupitno je da postoji mnogo različitih definicija kvalitete zdravstvene zaštite. Kvaliteta ima različito značenje za različite ljude, pa tako i u zdravstvu se na kvalitetu može gledati iz različitih perspektiva. Iz gledišta pružatelja skrbi kvaliteta može značiti pružanje najbolje moguće skrbi pacijentima. Iz perspektive uprave kvaliteta podrazumijeva pružanje učinkovite njege u okviru zadanih troškova što ponekad može uključivati racionaliziranje zdravstvene njege, posebno kad su resursi ograničeni. Iz perspektive pacijenta kvaliteta znači dobivanje skrbi kada i gdje mu je potrebno, od onoga kome odluči povjeriti svoje zdravlje, te u najkraćem mogućem roku. Upravo bi najkompletnija mjera kvalitete trebala uključivati potrebe i očekivanja svake uključene strane; pacijenata, pružatelja skrbi i rukovoditelja. Kvaliteta zdravstvene zaštite zapravo znači (Šofranac i Šofranac, 2011):

- raditi prave stvari (davanje zdravstvenih usluga koje su potrebne pacijentima);
- u pravo vrijeme (kada je pacijentima potrebna usluga);
- na pravi način (koristeći odgovarajuće postupke i procedure);
- radi postizanja najboljih mogućih ishoda
- uz racionalno korištenje dostupnih resursa

Analize literature su identificirale nekoliko dimenzija koje su važne svakoj od ovih strana uključenih u zdravstvenu zaštitu, pacijentima, pružateljima zdravstvene zaštite i rukovoditeljima, te iako se odnose na kvalitetu cjelokupne zdravstvene zaštite jednako su primjenjive i na kvalitetu primarne zdravstvene zaštite (Piligrimiene i Bučiuniene, 2008):

- međuljudski odnosi
- sadržaji
- tehnička kompetentnost
- dostupnost
- sigurnost
- kontinuitet
- učinkovitost
- efikasnost
- ishodi

Najvažnija dimenzija, posebice za pacijente su interpersonalni odnosi. Dobri interpersonalni odnosi uspostavljaju povjerenje i kredibilitet kroz pokazivanje poštovanja, povjerljivosti, ljubaznosti i empatije (Piligrimiene i Bučiuniene, 2008). Važne komponente ove dimenzije su komunikacija i efikasno slušanje. Neadekvatni interpersonalni odnosi mogu smanjiti učinkovitost medicinski stručne zdravstvene usluge. Vrlo je važno odgovorno ponašanje zdravstvenog osoblja, odnosno da su zaposlenici spremni i voljni pružiti uslugu, kao i „smjestiti pacijenta u središte zdravstvenog sustava“. Međuljudski odnosi predstavljaju i međusobne odnose između medicinskih djelatnika jer bez komunikacije i timskog rada

pružanje zdravstvene zaštite ne bi bilo moguće (Al-Assaf i Sheik, 2004). Dimenzija materijalne stvari ili sadržaji se odnosi na karakteristike zdravstvene usluge koje nisu u direktnoj vezi sa zdravstvenom učinkovitošću, ali mogu povećati zadovoljstvo pacijenta i njegovu spremnost da se obrati ustanovi za buduće potrebne zdravstvene usluge (Piligrimiene i Bučiuniene, 2008). Ova dimenzija se zapravo odnosi na fizički izgled ustanova, osoblje i materijale, kao i komfor, čistoću i privatnost. Nadalje, stručnost se odnosi na vještine, znanje, sposobnosti i djelovanje pružatelja zdravstvene zaštite, rukovoditelja i ostalog osoblja. Ovo je vrlo važna dimenzija za zdravstvene stručnjake i predstavlja stupanj u kojem su pružatelji skrbi osposobljeni za dijagnozu, liječenje i komunikaciju s pacijentima. Zatim slijedi dimenzija dostupnosti koja predstavlja lakoću s kojom se dobivaju zdravstvene usluge. Pristup može biti fizički, financijski ili psihološki, ali su svi usmjereni prema tome da su zdravstvene usluge a priori dostupne (Piligrimiene i Bučiuniene, 2008). Iz perspektive organizacije dostupnost predstavlja mjeru u kojoj su usluge prikladno organizirane za klijente i obuhvaća sisteme naručivanje na preglede, vrijeme čekanja, itd. Dimenzija sigurnosti uključuje podjednako pacijente i pružatelje skrbi. Označava stupanj u kojem procesi zdravstvene zaštite izbjegavaju, preveniraju i ublažavaju štetne ishode ili ozljede koje potječu iz samih procesa zdravstvene zaštite. Sigurnost znači minimalizirati rizik od ozljede, infekcije, štetnih nuspojava ili drugih opasnosti vezanih uz pružanje usluge (Piligrimiene i Bučiuniene, 2008). Kvaliteta zdravstvene zaštite je proces koji nema početka ni kraja već je kontinuiran. Kvalitetu pružene skrb konstantno treba evaluirati, unaprjeđivati i nadgledati (Al-Assaf i Sheik, 2004). Dimenzija ishoda je ključni element u kvaliteti zdravstvene zaštite. Označava promjenu u pacijentovom zdravstvenom statusu koja je rezultat pružene zdravstvene usluge. Posljednje dvije dimenzije su ujedno i najvažnije. Dimenzija učinkovitosti je stupanj u kojem se ostvaruju željeni ciljevi dok se efikasnost odnosi na pružanje optimalne njegе pacijentima i zajednici, te stvaranje najveće dobrobiti iz dostupnih resursa (Piligrimiene i Bučiuniene, 2008).

Kvaliteta primarne zdravstvene zaštite može biti izmjerena. Zdravstvena zaštita je sustav te stoga prema teoriji sistema Donabediane (1969, prema Al-Assaf i Sheik, 2004) svaki sustav se može podijeliti na tri komponente: strukturu (ljudske i fizičke resurse), proces (procedure i aktivnosti skrbi i usluge) i ishode (rezultati skrbi i usluge). Svaka od ovih komponenti sastoji se od kvantitativno određenih elemenata koji se mogu precizno definirati i izmjeriti (Al-Assaf, Sheik, 2004). Tako za mjerjenje strukture u obzir se može uzeti kvaliteta liječnika u smislu njihove obuke, iskustva i obrazovanja kao dio sveukupne kvalitete

zdravstvenog sustava u kojem su zaposleni. Komponenta procesa može se izmjeriti tako da se usporedi tretman za pacijenta s određenim zdravstvenim problemom s tretmanom koji se inače provodi za isti zdravstveni problem te tako također dati jednu dimenziju ukupne kvalitete zdravstvenog sustava. Za mjeru ishoda, može se uzeti razina zadovoljstva pacijenata sa pruženom skrbi. Dakle, ako se glavni elementi zdravstvenog sustava mogu definirati i identificirati onda se svakako mogu razviti i standardi kvalitete za ove elemente. Mjerenje kvalitete se također može postići kroz razvoj ključnih pokazatelja kako bi se mjerila trenutna izvedba komponenti sustava i usporedila sa standardima koji se žele postići (Al-Assaf i Sheik, 2004). Ako su dijelovi sustava usklađeni sa željenim standardima, onda se sustav smatra usklađenim i kvalitetnim.

Pacijentova očekivanja, zadovoljstvo i dobrobit sve više dobivaju na značenju u ocjeni kvalitete zdravstvene zaštite. Iskustvo pacijenata je od posebne važnosti u području obiteljske medicine. Međutim, prije svega potrebno je pronaći mjerljive pokazatelje koji pokrivaju širok raspon dimenzija važnih za korisnike skrbi, a koji su primjenjivi u svakodnevnoj praksi. Za ishod konzultacija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kroz perspektivu pacijenta koriste se dvije mjere: zadovoljstvo i sposobnost bolesnika (Ožvačić Adžić i Katić, 2008). Zadovoljstvo izražava koliko su pacijentova očekivanja ispunjena, iako nije dovoljno osjetljiv pokazatelj ostvarene dobrobiti za pacijenta. Koncept sposobnosti pacijenta je mjera ishoda skrbi kojom se procjenjuje specifična dobrobit za pacijenta ostvarena tijekom konzultacije i obuhvaća pacijentovu sposobnost razumijevanja i suočavanja s problemom ili bolešću (Ožvačić Adžić i Katić, 2008).

1.2.1. Zadovoljstvo pacijenata kao mjera kvalitete primarne zdravstvene zaštite

Mišljenje pacijenta o radu liječnika stvara se na temelju različitih subjektivnih, objektivnih, emocionalnih i racionalnih stavova i interakcija pojedinaca i zajednice (Grol i Wensing, 2000). Zadovoljstvo pacijenta predstavlja vrlo promjenjivu vrijednost. U poboljšanju kvalitete zdravstvene zaštite krajnji kriterij je onaj u kojoj mjeri zdravstvo uspije u ispunjavanju (subjektivnih i objektivnih) potreba dobrobiti pacijenata. Na kraju dana pacijent je taj koji određuje je li pružena skrb pomogla u poboljšaju njegovog zdravstvenog statusa ili kvalitete života. Ne samo da su važni ishodi skrbi u pogledu zdravstvenih dobitaka ili ispunjavanja potreba, nego i načini na koje je skrb osigurana: dostupnost skrbi, organizacija

službe, stavovi pružatelja skrbi, ali i njihova edukacija i komunikacija s pacijentom (Grol i Wensing, 2000).

Sve je veća svijest među kreatorima zdravstvene politike i prakse da pacijenti mogu i moraju igrati središnju ulogu u definiranju onoga što je optimalna skrb i u poboljšanju kvalitete zdravstvene zaštite. Uključivanje bolesnika u poboljšanje zdravstvene zaštite je ne samo poželjno, prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, nego i društveno, gospodarski i tehnički nužno (Guadagnoli 1998, prema Grol i Wensing, 2000). Novi koncepti kao što su na pacijenta usmjerena skrb, osposobljavanje pacijenta, pacijenti kao partneri i zajedničko odlučivanje naglašavaju važnost pacijenta u kreiranju i poboljšanju kvalitete zdravstvene zaštite.

Uključivanje pacijenta je važno ne samo s etičkog stajališta. Pacijenti su puno bolje informirani nego prije, a često mogu biti pravi partneri u raspravama o optimalnom upravljanju njihovim stanjem. Vrlo često pacijenti znaju, puno bolje nego liječnici, željene ishode skrbi, naime, pacijenti imaju važna iskustva s pruženom skrb, što je nepoznato pružateljima skrbi, a izražavanje tih iskustava može biti vrlo vrijedno i obrazovno za pružatelje skrbi (Grol i Wensing, 2000). Pacijenti također često imaju različita očekivanja, želje i prioritete od pružatelja skrbi što je ključno znati za učinkovitu skrb. Nadalje, pacijenti su obično partneri u kreiranju ishoda skrbi. Hoće li pružena skrb dovesti do optimalnih i očekivanih ishoda ovisi u velikoj mjeri o obilježjima pacijenata i njihovom ponašanju.

Većina pacijenata je vrlo sposobna pružiti mišljenja i ocjene skrbi i liječenja primljenih od strane liječnika i osoblja (Grol i Wensing, 2000). Važnost povratne informacije od strane pacijenata može pomoći praksi u odabiru aspekata skrbi kojima su stvarno potrebna poboljšanja. Međutim, zadovoljstvo se ne može promatrati kao jedini relevantan ishod zdravstvene zaštite, jer ponekad bolesnici mogu imati nerealne zahtjeve, ali većinom se zadovoljstvo pacijenta može smatrati kao vrijedan dodatak drugim mjerama ishoda (zdravstveni status, kvaliteta života ili troškovi) kvalitete zdravstvene zaštite (Grol i Wensing, 2000).

Kada govorimo o kvaliteti skrbi obično se oslanjamamo na rezultate i ishode kao dokaz kvalitete, ali kvaliteta ima i drugu dimenziju, a to je usluga. Zapravo većina pacijenata nije ni kvalificirana da procjenjuje stručnost rada liječnika, već liječnike procjenjuju po nekakvoj osobnoj vrijednosti (Kenagy, Berwick i Shore, 1999). Usluga se odnosi na ono što možemo osjetiti, razumjeti i osobno vrednovati. Pacijenti smatraju da će zbog liječnikovog iskustva

primiti stručnost, odnosno podrazumijevaju je, ali određuju kvalitetu skrbi na osnovu onog što razumiju i vrednuju.

Informacije o pacijentovim procjenama skrbi obično se prikupljaju (pismenim) upitnicima koje su ispunili pacijenti koji dolaze u ordinaciju ili se upitnici šalju putem e-maila. Anketa među pacijentima je jedna od najpopularnijih metoda za osiguravanje kvalitete u zdravstvu, iako je njena široka upotreba u primarnoj zdravstvenoj zaštiti još uvijek na početku (Grol i Wensing, 2000). Međutim, mjerjenje zadovoljstva pacijenata procjenama skrbi ima svoje nedostatke. Prije svega, postoji teoretska dvojba o pojmovima zadovoljstvo i evaluacija skrbi. Postavljaju se pitanja što ti pojmovi uključuju (afektivne ili kognitivne aspekte), u kakvom su odnosu s potrebama i očekivanjima i što zapravo znači pozitivna ili negativna evaluacija primarne zdravstvene zaštite. Postoji opsežna teorijska literatura o tim pojmovima kao i različite definicije. Pojam pacijentova vrednovanja/evaluacije koristi se kao subjektivna procjena različitih aspekata skrbi u pozitivnom ili negativnom smislu (Wensing 1997, Jung 1999, prema Grol i Wensing, 2000). Pretpostavlja se da je evaluacija kognitivna reakcija, za razliku od zadovoljstva, za koje se pretpostavlja da je emocionalna reakcija na specifičnu situaciju.

Iako procjene pacijenata daju određenu sliku o cjelokupnoj kvaliteti zdravstvene zaštite, postoje određeni nedostaci vezani uz njihovo korištenje (Grol i Wensing, 2000):

- Mnogi od instrumenata koji se koriste za mjerjenje zadovoljstva ili evaluaciju skrbi metrijski su neprikladni i nisu empirijski provjeravani.
- Takvi instrumenti su obično razvijeni od strane stručnjaka (znanstvenika ili liječnika), a glas pacijenata (njihovi prioriteti, potrebe) često nisu uključeni u razvojni proces instrumenata.
- Instrument razvijen unutar jedne skupine pacijenata (kulturna skupina, regija, zemlja) nije nužno prikladan za uporabu na drugoj skupini pacijenata. Ipak instrumenti se nekritički prenose iz jednog u drugo okružje ne provjeravajući imaju li odgovori pacijenata druge skupine isto značenje.
- Još je nejasno mogu li pacijenti dati dobru ocjenu pružanja skrbi u općoj zdravstvenoj praksi. Pretpostavlja se da su u stanju dati dobru prosudbu različitih aspekata skrbi, ali u stvarnosti vjerojatno ne razumiju neke odluke ili osnovne procese u zdravstvenoj

zaštiti da bi mogli pružiti dobru procjenu. Dakle, nejasno je što pozitivno ili negativno vrednovanje nekog aspekta skrbi znači.

- Ispunjavanje upitnika pacijenata oduzima vrijeme liječnicima, osoblju i pacijentima.. Upitnici prigodne izrade su se dokazali skupljima od standardiziranih upitnika razvijenih od strane vanjskog instituta. Pitanje je jesu li troškovi provedbe istraživanja opravdani u odnosu na dobit za praksu i pacijente od takvog istraživanja.
- Nejasno je koji je najbolji način za organiziranje ankete: predaja upitnika pacijentima pri posjeti ordinaciji opće prakse ili slanje slučajnom uzorku pacijenata. Dodatno pitanje se odnosi na slanje podsjetnika ili ne.
- Nije jasno koji je najbolji način ili metoda za davanje povratne informacije o rezultatima ankete liječnicima i osoblju. Nadalje, nije jasno koji je tip poruke najviše informativan, te najviše stimulira kritičko promišljanje o aktualnim rutinama.
- Konačno, mnogi liječnici opće/obiteljske prakse još uvijek imaju skeptičan stav prema traženju doživljaja ili prosudba pacijenata. Nekima nedostaje pravi interes, drugi strahuju od kritike njihovih pacijenata

Nedostaci korištenja procjena pacijenata kao mjere kvalitete zdravstvene zaštite pokušavaju se izbjegći stvaranjem standardiziranih upitnika kao što je instrument Europep. Međunarodni konzorcij istraživača i liječnika opće prakse razvijao je instrument od 1995. do 1998. Europep je instrument razvijen u nizu studija, uključujući i kvalitativna istraživanja i kvantitativne analize u europskim zemljama (Grol i Wensing, 2000). Instrument je od početka razvijen kao međunarodni instrument, pomoću strogog postupka prevodenja i provjere valjanosti (Petek i sur., 2011). Od svog razvoja, Europep instrument je korišten u mnogim lokalnim, regionalnim i nacionalnim projektima.

Europep upitnik sadrži 23 čestice za procjenu pet dimenzija skrbi: odnos i komunikacija liječnika, zdravstvena skrb koju pacijenti dobivaju, informacije i podrška koju pacijenti primaju, organizacija usluga, te dostupnost i raspoloživost zdravstvene zaštite (Grol i Wensing, 2000). Iako su Grol i Wensing (2000) pretpostavili navedenu petfaktorsku strukturu, empirijski podaci ukazali su da u osnovi dvije dimenzije: „ponašanje liječnika“ i „organizacija skrbi“, što je bio i jedan od razloga za reviziju upitnika (Wensing, 2006). Istraživanja provedena poslije revizije opravdala su korištenje dvofaktorske strukture. Konfirmatorna faktorska analiza provedena na danskoj verziji upitnika Europep pokazala je

kako je prvotna petfaktorska strukturu upitnika upitna s obzirom na to da su korelacije nekih čestica s drugim dimenzijama bile veće nego s 'vlastitom' dimenzijom, te je povezanost među dimenzijama bila previsoka (Vedsted, Sokolowski i Heje, 2008). Validacija norveške verzije upitnika potvrdila je da se upitnikom ispituje kvaliteta skrbi na dvije dimenzije: „ponašanje liječnika“ i „organizacija skrbi“ (Bjertnaes, Lyngstad, Malterud i Garratt, 2010).

1.2.2. Samoprocjene liječnika kao mjera kvalitete zdravstvene zaštite

Procjena kvalitete je vitalna komponenta zadržavanja i poboljšanja kvalitete skrbi zdravstvenog sustava, a procjena izvedbe individualnih pružatelja skrbi je važan dio procjene sustava. Dok statistički podaci donose pregled učinkovitosti sustava, informacije o učinkovitosti individualnih pružatelja skrbi dolaze iz drugih izvora, od strane supervizora, kolega, nezavisnih vanjskih procjenjivača ili od njih samih (Bose, Oliveras i Edson, 2001). Procjene dobivene iz svih ovih izvora, odnosno njihova kombinacija, predstavljaju najkompletniju mjeru uspješnosti individualnih pružatelja skrbi. Međutim, ponekad ne postoji mogućnost korištenja svih izvora, te se informacije o uspješnosti pojedinca često dobivaju samo iz jednog izvora čija samostalna upotreba ima svoje nedostatke. Procjena od strane supervizora je najtradicionalnija metoda, ali je skupa i ponekad nepraktična. Procjena od strane kolega je zanimljiva alternativa, ali je zahtjevna i može stvoriti probleme među osobljem. Nezavisni procjenjivači su često korišteni za istraživanja, ali su skupi. Samoprocjene predstavljaju ekonomičan pristup praćenja kvalitete skrbi i zbog toga potencijalno važan u zemljama u razvoju.

Samoprocjena ne predstavlja novinu u sustavu zdravstvene skrbi. Često je koriste liječnici kako bi se osigurali da postupaju unutar područja ekspertize i da im pomognu da ostanu u korak s inovacijama u medicini. Brojne su dobrobiti koje proizlaze iz korištenja samoprocjena: učenje iz iskustva, učinkovitije funkciranje, osnaživanje obveze za kompetentno djelovanje i promicanje samoupravljanja i autoriteta (Bose i sur., 2001). Postoji interes za formalnu samoprocjenu i njezin potencijal za unaprjeđenje usluga zdravstvenog sustava. U zemljama u razvoju velik broj radnika u zdravstvu funkcioniра bez supervizije, pogotovo samostalni liječnici i sestre u ruralnim zdravstvenim ustanovama koji većinom rade kao samostalni agenti. Kako uobičajena supervizija nije moguća u ovim raštrkanim sustavima, mehanizam u kojem djelatnici sami sebe procjenjuju može pružiti učinkovito sredstvo za unaprjeđivanje kvalitete zdravstvene zaštite (Bose i sur., 2001).

Prema Banduri (1977, prema Bose i sur., 2001) proces samoprocjene uključuje samoopažanje, samoevaluaciju i reakciju na samoevaluaciju. Uključuje dakle, opažanje ponašanja, evaluaciju ponašanja i reakciju na evaluaciju, a ne samo jednostavno mjerjenje vlastite izvedbe nego i interpretaciju te izvedbe. Samoprocjena je sposobnost zdravstvenog radnika da realno procijeni dobre i loše strane svoje izvedbe u svrhu identificiranja potrebe za učenjem, provede reviziju svoje izvedbe te potakne nove vještine ili ponašanja u cilju poboljšanja vlastite učinkovitosti (Bose i sur., 2001). Uključenje radnika u vlastiti razvoj putem samoprocjena utječe na poboljšanje kvalitete posla jer samoprocjena pomaže radnicima da identificiraju vještine i znanja koja im nedostaju. Dakle, samoprocjena je ekonomičan alat, jednostavan za korištenje za određivanje djeluju li pružatelji skrbi prema zadanim standardima i za ispravljanje onih ponašanja koja nisu u skladu sa standardima. Posebice je vrijedan nadomjestak za sustave supervizije koji nisu mogući u određenim područjima.

Međutim, postoje brojna ograničenja u korištenju samoprocjene na ovakav način. Bez posebne brige o njezinoj prikladnoj upotrebi, samoprocjena neće ispuniti očekivane ciljeve. Najuobičajeniji način provođenja samoprocjene je ispunjavanje upitnika. Najbolji način za provjeru valjanosti samoprocjena je uspoređivanje samoprocjena s procjenama drugih procjenjivača, supervizora, kolega ili primatelja zdravstvene zaštite (Bose i sur., 2001). Većina literature o samoprocjenama se fokusira na valjanost, odnosno koliko se samoprocjena slaže s vanjskom objektivnom evaluacijom drugih. Pitanje je koliko su ovi standardi s kojima se uspoređuju samoprocjene dobri. Najuobičajenije saznanje je da samoprocjene imaju nisku do srednju valjanost u usporedbi s drugim mjerama. Razlog za nisku povezanost samoprocjena s drugim mjerama je taj što se procjenjivači obično precjenjuju (Thornton 1980; Harris i Schauboreck 1988; prema Bose i sur., 2001).

1.3. Prioriteti pacijenata

Prvi korak postizanja kvalitete usluge je postići rezultate koje pacijenti cijene, kao što je npr. lak pristup skrbi, dobra komunikacija, sudjelovanje u donošenju odluka, itd. Prva interakcija pacijenta i liječnika igra snažnu ulogu u oblikovanju iskustava i emocija koje slijede (Cheraghi-Sohi i sur., 2008). Kada je prvi susret pozitivan, otvara se pozitivan ciklus između korisnika i organizacije, a ako susret ne prođe dobro, teško će se oporaviti. Nadalje, zadovoljan pacijent govori svojim prijateljima i rodbini o pozitivnim iskustvima, a usmena predaja je možda i najsnažnija sila zdravstvenog marketinga jer ljudi žele znati kako ostali

slični njima vrednuju skrb (Wensing i sur., 1998). Većina više vjeruje procjenama obitelji i prijatelja nego bilo kojem drugom izvoru podataka, uključujući i mišljenje stručnjaka.

Poboljšanje osjetljivosti obiteljske prakse potrebama i očekivanjima pacijenata važan je izazov u zdravstvu danas. Istraživanja očekivanja pacijenata pomoću intervjeta, fokus grupe i anketa (Grol i Wensing, 2000) predstavljaju važan korak, jer prioritete u zdravstvu i dalje obično određuju stručnjaci i zdravstvene vlasti. Međutim, uvid u mišljenja pacijenata o kvaliteti obiteljske medicine još je uvijek ograničen (Baker 1995, prema Grol i Wensing, 2000). Provedena sustavna analiza literature o mišljenjima i prioritetima pacijenata u primarnoj zdravstvenoj zaštiti pokazala je kako pacijenti sljedeće aspekte skrbi vide kao najvažnije u najmanje 50% studija: humanost, kompetentnost, sudjelovanje pacijenta u donošenju odluka, vrijeme za pružanje skrbi, dostupnost / pristupačnost, informativnost, istraživanje pacijentovih potreba i dostupnost posebnih usluga (Petek i sur., 2011).

Procjene zadovoljstva pacijenata su subjektivne i zasigurno pod utjecajem karakteristika pacijenata. Dok su neke karakteristike pacijenata kao što su potrebe i stavovi važni za razmatranje zadovoljstva, ipak su u prethodnim istraživanjima najpopularnije bile socio-demografske varijable. Međutim, socio-demografske varijable pokazale su se kao nekonzistentni i slabii prediktori zadovoljstva pacijenata. Značajan efekt na zadovoljstvo pokazuju samo dob pacijenata i njihov status obrazovanja (Mummalaneni i Gopalakrishna, 1995). Rezultati istraživanja pokazuju da procjene pacijenata više ovise o samim karakteristikama skrbi, a ne toliko o karakteristikama (prvenstveno socio-demografskim) pacijenata (Mummalaneni i Gopalakrishna, 1995).

Efekt dobi na procjene kvalitete pokazao se najkonzistentnijim u istraživanjima. Posebno se pokazalo da mlađi pacijenti imaju drugačije prioritete nego stariji pacijenti, s obzirom na uključenost u donošenje odluke ili pružanje medicinske brige. Nadalje, bolesnici slabijeg zdravstvenog stanja također imaju drugačije prioritete od pacijenata s boljim zdravstvenim stanjem, na primjer s obzirom na preventivne usluge i uključenost u proces odlučivanja (Grol i Wensing, 2000). U istraživanju koje su proveli Campbell, Ramsay i Green (2001) osam tisuća pacijenata u Ujedinjenom Kraljevstvu je procjenjivalo kvalitetu skrbi na trinaest dimenzija. Razlike u procjenama pokazale su značajnima s obzirom na dob. Stariji pacijenti daju više procjene od mlađih pacijenata u svim ispitivanim domenama. Ovo saznanje autori objašnjavaju kulturološkim razlikama u spremnosti prijavljivanja nepoželjnih procjena. Međutim, moguće je i drugačije objašnjenje. Naime, drugačiji zdravstveni status, prije svega

postojanje kroničnih oboljenja, ali i učestali posjeti liječniku kod starijih pacijenata mogu značiti da ova skupina pacijenata ima veće kontakte s primarnom zdravstvenom zaštitom te postoji veća šansa da usluga na njih djeluje pozitivno, odnosno veća je šansa da liječnik i sustav primarne zdravstvene zaštite na njih ostave bolji dojam (Campbell i sur., 2001). Na podacima iz istog istraživanja dobiveno je da iako se muškarci i žene razlikuju u korištenju usluga primarne zdravstvene zaštite, razlika u procjenama kvalitete nema (Campbell i sur., 2001).

Svijest o takvim razlikama u različitim populacijama u praksi je vrlo bitna za obiteljske liječnike i osoblje kako bi se zadovoljila očekivanja pacijenata. Poznavanje takvih razlika može olakšati učinkovitiju komunikaciju i uključiti liječnike u reagiranje na zdravstvene probleme pacijenata (Grol i Wensing, 2000). Kompetencije liječnika koje su potrebne u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kako bi se ispunile potrebe pacijenata uključuju upravljanje primarnom skrbi, skrb usmjerenu na osobu, specifične vještine za rješavanje problema i sveobuhvatni pristup (Virtanen i sur., 2008). Važno je da liječnici obraćaju pažnju na zadovoljstvo pacijenata, ne samo zbog zadržavanja pacijenata i dobre 'reklame', već zato i što zadovoljstvo pacijenta ima snažan utjecaj na zdravstvene ishode, funkcionalni status i čak fiziološke mjere zdravlja, a također je povezano s većom upotrebom usluga (Drain, 2001).

Za pacijente je posebice važna komunikacija i odnos koji imaju s liječnikom, koji uvelike utječe na procjenu kvalitete zdravstvene zaštite (Ruiz-Moral i sur., 2005). Izvrsnost u komunikaciji je teško opisati, ali ona se odnosi na liječničku sposobnost prihvaćanja komunikativnog stila pacijenata i prilagođavanje svoga komunikativnog stila pacijentima, kako bi se povećala učinkovitost na njihovo obostrano zadovoljstvo (Ruiz-Moral i sur., 2005). Ovo obično znači da bi liječnici trebali biti predani svome poslu pokazujući poštovanje, suošjećanje i zanimanje za ideje svojih pacijenata, za njihove strahove, očekivanja i mišljenja. Liječnici bi ujedno trebali prihvati ţelu da sudjeluju u odlučivanju s njima i pružiti im informacije koje jasno odgovaraju njihovim potrebama. Dobra komunikacija smatra se temeljnom kompetencijom liječnika koja će mu pomoći razviti daljnje kliničko napredovanje. Adekvatna komunikacija je nezavisno povezana s širokim rasponom kliničkih saznanja, kao što su povećana dijagnostička točnost, manje sudskih tužbi zbog pogrešnog liječenja, bolje pridržavanje terapijskog liječenja, veće zadovoljstvo liječnika i pacijenta, poboljšano korištenje zdravstvenih resursa i boljih zdravstvenih ishoda u širokom nizu kliničkih problema (Ruiz-Moral i sur., 2005).

Neke komunikacijske vještine, kao što su pružanje informacija, razumijevanje perspektive pacijenta i zaključivanje susreta opće su kompetencije koje su korisne svakom liječniku. Međutim, ove vještine su tradicionalno najvažnije liječnicima primarne zdravstvene zaštite zbog posebnosti posla kojeg obavljaju. Uključuju pridavanje veće važnosti subjektivnim aspektima bolesti, kroničnim problemima i preventivnim i motivacijskim intervencijama, kao i određenim aspektima povezanim s organizacijom ovog oblika skrbi kao što je njena kontinuirana priroda i odgovornost pridavanja pažnje cijelim obiteljima (Ruiz-Moral i sur., 2005). Zapravo većina pacijenata u primarnoj zaštiti žele takav pristup da pacijent bude u središtu, što zapravo znači da očekuju od liječnika dobru komunikaciju, da pospješuje dobro zdravlje i prihvata njihovu bolest na način na koji bi je prihvatio njihov partner.

Pacijentima je vrlo važno biti u stanju razumjeti prirodu njihovog problema i upravljati vlastitom bolešću. U današnje vrijeme pacijenti sve više dovode u pitanje mišljenje da liječnici znaju najbolje. Većina pacijenata očekuje da im se pruži informacija o njihovom stanju i o opcijama liječenja i žele da liječnici vode računa o njihovim preferencijama (Coilter i Elwyn, 2002). Iako u slučajevima težih oboljenja preferiraju konačnu odluku ostaviti liječniku svejedno žele biti uključeni u proces. Upravo ovo odražava koncept osposobljavanja pacijenta, mjera ishoda konzultacija koja odražava opseg u kojem pacijenti razumiju svoje zdravstvene probleme i osjećaju se sposobnim nositi se s njima kao rezultat konzultacija (Ožvačić Adžić, i sur., 2008). Omogućavanje/osposobljavanje se temelji na pretpostavci da su važni modifikatori ishoda konzultacija prilagodba i suočavanje i da "ono što je važno u predviđanju ishoda jest to kako se ispitanik zapravo osjeća i shvaća život". Koncept osposobljavanja pacijenta temelji se na načelima skrbi usmjerene na pacijenta i načelima holizma, koje su dvije temeljne vrijednosti primarne zdravstvene zaštite. Na pacijenta usmjerena skrb definirana je kao korištenje odgovarajućih savjetodavnih vještina u prepoznavanju prioriteta i brige pacijenta i primjereni uključivanje bolesnika u donošenje odluka o njegovoj skrbi (Ožvačić Adžić i sur., 2008).

Osim kvalitete rada pojedinog liječnika ili zdravstvene ustanove, na kvalitetu zdravstvene skrbi djeluje i kvaliteta organizacije zdravstvenog sustava u cjelini. Zadovoljstvo pacijenta radom obiteljskog liječnika zapravo je rezultat svih tih čimbenika (Grol i sur, 2000). Međutim, korisnici zdravstvene zaštite obično nisu svjesni potpunog stanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti već procjenjuju kvalitetu samo po radu vlastitog liječnika, odnosno koliko je ispunio pacijentove potrebe i očekivanja. Liječnici se nalaze u nezavidnom položaju

između pacijenata i njihovih očekivanja koje trebaju ispuniti te zdravstvenog sustava čijim se pravilima, ali i problemima, moraju podrediti i prilagoditi.

1.4. Problemi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koji djeluju na njenu kvalitetu

Liječnici obiteljske medicine u Hrvatskoj godinama su stručno marginalizirani i profesionalno podcijenjeni. Nakon provođenja reforme primarne zdravstvene zaštite koja je liječnike učinila financijski ovisnima o broju upisanih pacijenata došlo je do stvaranja ordinacija s puno osiguranika (preko 2000 pacijenata) koje nisu sposobne vremenski i fizički rješavati zdravstvene probleme. Nadalje, teritorijalna nadležnost obiteljskog liječnika se izgubila zbog čega se sve manje liječnika brine o cijelim obiteljima, osim u ruralnim sredinama. Zbog okolnosti u kojima rade, stanja koje godinama vlada u ovoj struci i zbog odlika sustava, obiteljska medicina postala je potpuno neatraktivna struka u kojoj manjka nekoliko stotina obiteljskih liječnika diljem Hrvatske (Bakar, 2009). Iako su određena približavanja europskim standardima potaknula ulaganja u specijalističku naobrazbu, potrebna proširivanja standarda i normativa rada, povećanje spektra rada i potrebna kvaliteta rada su izostali (Mazzi, 2010).

Zadaća primarne zdravstvene zaštite je riješiti većinu zdravstvenih potreba pacijenata, međutim, zbog svih uvedenih promjena spektar rada obiteljskog liječnika je postao uži. Ordinacije opće/obiteljske prakse su postale administrativni centri što je na kraju rezultiralo neriješenim zdravstvenim potrebama pacijenata. Pacijenti zbog toga i zbog jednostavnih problema odlaze na nepotrebnu dijagnostiku i obilaze po nekoliko specijalista koji svojim radom generiraju ove zdravstvene zahtjeve (Bakar, 2009). Nadalje, premda se status liječnika promijenio nakon reforme, odnosno neki su nastavili raditi za Domove zdravlja dok su ostali postali privatnici, nastavili su raditi u istim prostorima i s istim sredstvima. U ordinacije se ne ulaže, već su prostor i oprema ostali nepromijenjeni što se naročito vidi u provincijskim sredinama. Obiteljska medicina naprsto nije u financijskoj mogućnosti ni u organizacijskom položaju da upotrijebi suvremenu opremu (Bakar, 2009).

Svakodnevni administrativni poslovi koje obiteljski/opći liječnik mora provoditi smanjuju vrijeme za direktni rad s pacijentom. Predviđeno radno vrijeme liječnika obiteljske medicine za rad s pacijentima iznosi 7 sati na dan. Pravilnikom je određeno koliko bi svaki pregled i postupak vremenski trebao trajati, no nije naznačeno koliko bi pacijenata dnevno obiteljski liječnik smio primiti kako bi svakome od njih mogao posvetiti onoliko vremena

koliko mu je potrebno (Labor i sur., 2012). Tijekom radnog vremena, obiteljskog liječnika posjeti velik broj pacijenata kojima se zbog nedostatka vremena, nije u mogućnosti u potpunosti posvetiti. Prema odredbama sustava, međutim, liječnik obiteljske medicine mora primiti svakog pacijenta koji dode tijekom radnog vremena, što uvelike smanjuje vrijeme koje može posvetiti pojedinom pacijentu, kao i efikasnost rada.

Istraživanje provedeno na hrvatskim liječnicima pokazalo je kako u gradskim ordinacijama obiteljske medicine u jednom radnom danu liječnik učini toliko postupaka da, kada bi im posvetio onoliko vremena koliko je propisano, radni bi mu dan morao trajati prosječno 8,8 sati, točnije 8 sati i 48 minuta (Labor i sur., 2012). U seoskim ordinacijama obiteljske medicine, radni dan bi trajao prosječno 10 sati i 30 minuta. Takva frekventnost pacijenata i tolika količina posla stavljena u stvarno radno vrijeme, uvelike smanjuje kvalitetu usluge primarne zdravstvene zaštite. Razlika između stvarnog radnog vremena i odraćenog radnog vremena posljedica je ustroja zdravstvenog sustava u kojem broj pacijenata koji se dnevno mogu primiti nije ograničen (Labor i sur., 2012).

Razliku između odraćenog radnog vremena u gradu i selu autori istraživanja objašnjavaju činjenicom da bolesnicima s dostupnijom bolničkom zdravstvenom zaštitom liječnik obiteljske medicine predstavlja samo 'polaznu stanicu' do specijalističkog liječenja. S druge strane, seoski bolesnici su zbog udaljenosti većih specijalističkih ustanova, prisiljeni češće posjećivati svog izabranog liječnika (Labor i sur., 2012). Međutim, upravo zbog blizine i bliskosti obiteljskog liječnika, seoski bolesnici češće dolaze svom liječniku, a samim time on im se više posveti i više ih poznaje. Stoga, oni dobiju kvalitetniju i potpuniju zdravstvenu zaštitu. Bolesnici koji se odluče na bolničko specijalističko liječenje, uslijed preopterećenosti, najčešće prolaze od jednog do drugog liječnika, koji zbog također ograničenog vremena nisu u mogućnosti upustiti se u dublje razmatranje njihovog zdravstvenog stanja (Labor i sur., 2012).

Rezultati ovog istraživanja pokazuju kako su obiteljski liječnici prisiljeni skratiti trajanje svojih postupaka, što može utjecati na kvalitetu rada, koncentraciju liječnika tijekom rada i povjerenje pacijenta prema liječniku. Međutim, moglo bi se reći kako rezultati istraživanja čak i podcjenjuju preopterećenost liječnika obiteljske medicine s obzirom da su iz istraživanja kompletno isključene kućne posjete koje su sastavni dio svakodnevnog posla obiteljskog liječnika, te u današnje vrijeme sve učestalije konzultacije i savjeti telefonom (Labor i sur., 2012).

Dodatan problem za obiteljskog liječnika predstavljaju učestali posjetitelji u ordinaciji, najčešće kronični bolesnici (Vrca Botica, 2003). U ordinaciju, u prvoj redu, pacijent dolazi često zbog objektivnih zdravstvenih potreba određenih bolesti ili zbog pojedinih epizoda. S druge strane, pacijenti često dolaze nepotrebitno i time opterećuju tim primarne zaštite. U istraživanjima niza autora prepoznato je da učestali posjetilac pripada drugoj grupi pacijenata (Vrca Botica, 2003). Osnovna odrednica za definiranje učestalog posjetioca u ordinaciji obiteljskog liječnika, u svim studijama, je broj posjeta. Učestali posjetilac je pacijent koji ostvari 8, 11, 12 i više posjeta u tijeku jedne godine. Učestali posjetilac pripada posebnoj kategoriji pacijenata jer postoje razlike u učestalosti posjeta među pacijentima s istom kliničkom slikom. Radi se o pacijentima s posebnim kliničkim, psihološkim i još nedovoljno istraženim potrebama, koji od liječnika zahtijevaju drugačiji pristup od onog za opću populaciju. Učestali posjetilac znatno vremenski opterećuje tim liječnika obiteljske medicine, a istovremeno predstavlja profesionalni stres za liječnika (Vrca Botica, 2003). Strana istraživanja pokazuju kako liječnici čak jedan od šest posjeta pacijenata smatraju teškim. Teški susreti vjerojatnije se događaju s pacijentima koji imaju mentalni poremećaj, koji imaju više od 5 somatskih simptoma, učestalo koriste zdravstvene usluge, imaju listu žalbi i prigovora ili imaju prijeteće i naprasne osobnosti (An i sur., 2009). Liječnici izjavljuju kako se potajno nadaju da se njihovi izazovni pacijenti više neće vratiti i smatraju da su teški susreti dugotrajni i osobno i profesionalno nezadovoljavajući (An i sur., 2009).

Sve veći problem u organiziraju zdravstvene zaštite predstavlja i porast pacijenata starijih od 65 godina. Očekuje se kako će u zemljama Europske unije do 2051. godine gotovo 40% populacije biti osobe starije od 65 godina (Jovanović i sur., 2005). Povećanje udjela starijih od 65 godina preraspoređuje i usmjerava sadržaje zdravstvene skrbi, mijenja strukturu zdravstvene potrošnje te zahtijeva nove javnozdravstvene, edukacijske i druge pristupe. Ovom brzom tranzicijom osobito je zahvaćena djelatnost obiteljske medicine s više od dvije trećine, a negdje i više od tri četvrtine vremena, energije, medicinske opreme i lijekova (Jovanović i sur., 2005).

1.5. Istraživanja kvalitete primarne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj

Nekoliko je istraživanja provedeno u Hrvatskoj kako bi se utvrdilo stanje kvalitete primarne zdravstvene zaštite. Provedena istraživanja pokazuju različite rezultate o kvaliteti primarne zdravstvene ovisno o metodi kojom je kvaliteta zaštite istraživana.

Obrada statističkih podataka o djelatnosti obiteljske medicine po hrvatskim županijama pokazala je jasan i uočljiv pad kvalitete rada u našoj obiteljskoj medicini (Mazzi, 2010). Prema mišljenju autora istraživanja, razlozi pada kvalitete primarne zdravstvene zaštite izazvani su promjenom organizacije i financiranja primarne zdravstvene zaštite, smanjenjem uloge Doma zdravlja i smanjenjem preventivne zaštite stanovništva. Na pad kvalitete rada u obiteljskoj medicini ukazuju podaci o pet puta manje učinjenih preventivnih pregleda u državi, dva puta manje kućnih posjeta, o stalnom porastu konzilijskih pregleda na koje se u pojedinim županijama šalje već svaki pacijent i stalnom padu pregleda kod primljenih pacijenata. Krivnju za pad kvalitete ne snosi samo struka, već odnos postojećeg sustava zdravstva prema njoj.

Osnovni razlozi za takvo stanje su očita dezorganizacija, privatizacija, loša stimulacija rada, preopterećivanje djelatnika i nepoštivanje radnih i stručnih prava (Mazzi, 2010). Dobiveni rezultati ukazuju i na neuspjeh svih provedenih reformi zdravstva, kojima je osnovni cilj trebao biti poboljšanje zdravstvene zaštite stanovništva, kao rezultat kvalitetnije organizacije i stručnijeg rada zdravstvenog kadra (Mazzi, 2010). Nažalost, pacijenti sve duže čekaju na rješenje svog zdravstvenog problema, pa su sve više prisiljeni na odlazak u privatne poliklinike, što si samo bogatiji dio stanovništva može dozvoliti, dok ostala većina zdravstveno stradava i sve teže zadovoljava svoje zdravstvene potrebe.

U Hrvatskoj su provedena i dva istraživanja koja su ispitivala kvalitetu primarne zdravstvene zaštite koristeći procjene pacijenata dobivene uz pomoć Europep instrumenta ili instrumenta konstruiranih po uzoru na Europep upitnik. Iako u provedenim istraživanjima korišteni instrument nije validiran, ipak daju određene informacije o mišljenjima pacijenata.

Istraživanje provedeno na 100 ordinacija opće/obiteljske medicine na području Istarske, Primorsko-goranske, Međimurske, Osječko-baranjske i Vukovarsko-srijemske županije pokazalo je da je većina pacijenata zadovoljna s uslugama koje dobivaju u ordinaciji obiteljskog liječnika (Mazzi i sur., 2006). Međutim, određeni problemi postoje u svim sredinama. Podaci pokazuju kako se pacijenti najviše žale da ih se ne poziva na sistematske preglede ili cijepljenja, da puno čekaju u čekaonici, da liječnike ne zanimaju njihovi osobni problemi, da ih se savjetodavno ne priprema za specijalistički pregled ili bolnicu (Mazzi i sur., 2006).

Činjenica je da se u ordinacijama previše čeka, vjerojatno zbog prevelikog broja pacijenata po ordinaciji, neuvedenoga sustava naručivanja pacijenata, velikog broja ponovnih

pregleda uvjetovanih dugim obradama i komplikiranim administrativnim postupcima (Mazzi i sur., 2006). Mogući razlozi su i socijalno – ekonomski status pacijenata koji u primarnom zdravstvenom sustavu traže rješenje svojih problema i ponekad nedovoljna edukacija liječnika.

Mišljenja pacijenata da liječnike ne zanimaju njihovi problemi proizlaze iz sadašnjeg ustroja zdravstva u kojem liječnik ima sve manje vremena po pacijentu već se više bavi dijagnostikom i informatikom (Mazzi i sur., 2006). Zbog toga se sve više gube elementi komunikacije, saslušavanje problematike pacijenta, sve nužnije savjetovanje i osnovna zadaća obiteljskog liječnika.

Pritužbe pacijenata da ih se ne priprema na specijalistički pregled su također problem komunikacije i raspoloživog vremena. Pozivanje na sistematske preglede i općenito preventivna zaštita bolna su točka zdravstvenog sustava, a posljedica su izmijenjenog načina plaćanja i ugovaranja s HZZO-om koji ne shvaća vrijednost preventivne zaštite za zdravlje stanovništva.

Često prisutna zamjerka je i nemogućnost ugovaranja pregleda preko telefona i dobivanja telefonskih savjeta koji je posljedica prevelikog broja pacijenata i preopterećenosti liječnika, koji ponekad pribjegavaju i isključivanju telefona kako bi se zaštitili od stalnog ometanja u radu (Mazzi i sur., 2006). Kod ovog pitanja postoji velika razlika među ordinacijama, odnosno neke ordinacije su uvele mogućnost naručivanja dok kod drugih to još uvijek nije moguće.

Druga važna analiza koju je proveo Hrvatski zavod za javno zdravstvo omogućila je uvid u ocjene o zadovoljstvu pacijenata pruženom zdravstvenom zaštitom ispitivanjem dvije dimenzije kvalitete: kliničke i organizacijske (Ljubičić i sur., 2006). U istraživanje subjektivne kvalitete u djelatnosti obiteljske medicine mjeranjem zadovoljstva korisnika zdravstvenih usluga bile su uključene ordinacije opće/obiteljske medicine u domovima zdravlja i privatne ugovorene ordinacije (ordinacije u zakupu ili privatnom vlasništvu) s područja cijele države.

Rezultati su pokazali da pacijenti daju najviše prosječne ocjene na pitanja „Čuva li liječnik osobne povjerljive podatke dobivene iz razgovora“, „Spremnost sestre u ordinaciji da pomogne pacijentu“ i „Dolazak na posao na vrijeme i pridržavanje radnog vremena“, s 95% i više odgovora „zadovoljni“ i „jako zadovoljni“ (Ljubičić i sur., 2006).

Najlošije su bila ocijenjena pitanja „Povezanost ordinacije s ostalim dijelovima zdravstvenog sustava (bolnica, specijalisti, dijagnostika, ljekarne)“, „Dostupnost ordinacije javnim prijevozom“ i „Medicinska opremljenost ordinacije“, s oko 75% odgovora „nezadovoljni“ i „jako nezadovoljni“),

Analiza s obzirom na mjesto ordinacije pokazala je da su općenito nešto lošije ocjene davali ispitanici koji žive na selu. Općenito, bolje ocjene davali su ispitanici koji žive u prigradskom naselju. Nadalje, svi pacijenti bez obzira na mjesto stanovanja pokazali su veće zadovoljstvo kliničkom kvalitetom nego organizacijskom kvalitetom primarne zdravstvene zaštite (Ljubičić i sur., 2006).

2.1. POLAZIŠTE I CILJ

U današnjem ekonomski nestabilnom stanju u državi, promjene u organizaciji sustava zdravstvene zaštite sve su češće. Velik broj promjena u zdravstvenom sustavu uvodi se na godišnjoj razini, a glavni cilj većine uvedenih promjena bio je rasteretiti sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu prebacujući velik dio posla i usluga na zdravstvene djelatnike primarne zdravstvene zaštite uz još strožu kontrolu troškova u ovom sektoru. Upravo ove česte promjene, te balansiranje između sve veće odgovornosti i manje finansijske sposobnosti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti reflektiraju se na kvalitetu primarne zdravstvene zaštite. Sukladno tome, sve se veća pažnja posvećuje kvaliteti primarne zdravstvene zaštite. Međutim, iako se sve češće procjenjuje kvaliteta rada liječnika (npr. anketa putem stranice najdoktor.com, čiji se rezultati često spominju i u medijima), ti rezultati nisu reprezentativni, budući da na taj način liječnike najčešće procjenjuju samo izuzetno zadovoljni ili izuzetno nezadovoljni pacijenti, odnosno da se radi o anketama koje ne obuhvaćaju sve važne dimenzije kvalitete primarne zdravstvene zaštite. S druge strane, izvješća nadležnih zavoda o kvaliteti i uspješnosti pojedinih ordinacija i liječnika fokusiraju se uglavnom na finansijske i ekonomske pokazatelje uspješnosti. Kako različite strane uključene u sustav primarne zdravstvene zaštite različito definiraju kvalitetu zdravstvene zaštite, procjene dobivene iz više izvora pružaju širu sliku stanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Stoga je cilj ovog istraživanja bio ispitati zadovoljstvo kvalitetom primarne zdravstvene zaštite iz perspektive njegovih važnih sudionika, korisnika i pružatelja zdravstvene skrbi; pacijenata i liječnika opće/obiteljske prakse te utvrditi postoji li razlika u zadovoljstvu primarnom zdravstvenom zaštitom s obzirom na neke karakteristike liječnika i pacijenata.

2.2. PROBLEMI

1. Utvrditi postoji li slaganje u percepciji važnosti pojedinih aspekata primarne zdravstvene skrbi unutar skupine liječnika te unutar skupine pacijenata.
2. Utvrditi postoji li povezanost između procjena kvalitete primarne zdravstvene zaštite između liječnika i pacijenata.
3. Testirati odnose između socio-demografskih i drugih karakteristika liječnika i pacijenata i procjena kvalitete primarne zdravstvene zaštite.
4. Identificirati promjene u primarnoj zdravstvenoj zaštiti potrebne za unaprjeđenje kvalitete.

2.3. HIPOTEZE

1. Prepostavlja se da će se liječnici slagati u percepciji važnosti pojedinih karakteristika općeg/obiteljskog liječnika i ordinacije s obzirom na isto formalno obrazovanje i specijalizaciju opće/obiteljske medicine te radno iskustvo koje im pomaže u prepoznavanju prioriteta pacijenata. S obzirom na razlikosti koje postoje među pacijentima u brojnim karakteristikama, prepostavlja se da se neće slagati u percepciji važnosti pojedinih karakteristika općeg/obiteljskog liječnika i ordinacije.
2. Očekuje se da će postojati pozitivna povezanost u procjenama kvalitete primarne zdravstvene zaštite između liječnika i njihovih pacijenata.
3. S obzirom na razlike koje postoje među pacijentima u njihovim socio-demografskim karakteristikama, u njihovom korištenju usluga primarne zdravstvene zaštite te razlike u liječnicima koji im pružaju zdravstvenu zaštitu, za prepostaviti je da se ove razlike odražavaju i na procjene kvalitete primarne zdravstvene zaštite od strane pacijenata. Nadalje, za očekivati je i da se razlike u karakteristikama liječnika i ordinacija odražavaju na liječničkim procjenama pružene kvalitete primarne zdravstvene zaštite.
4. Prepostavlja se da će se liječnici slagati u odabiru određenih poboljšanja potrebnih za unaprjeđenje kvalitete primarne zdravstvene zaštite, s obzirom na slične uvjete rada te istu ekonomsku, političku i društvenu situaciju u kojoj se nalaze.

3. METODOLOGIJA

3.1. Ispitanici

Ispitivanje je provedeno na uzorku od 32 liječnika opće/obiteljske medicine u Šibensko-kninskoj županiji, odnosno 30 liječnica i 2 liječnika, i njihovih 320 pacijenta, od kojih je bilo 162 žene i 158 muškaraca.

Tablica 1 Karakteristike uzorka liječnika primarne zdravstvene zaštite (N=32)

Spol	muški ženski	2 32
Dob	34 - 45 45 - 54 55 - 65	2 15 15
Status ordinacije	Dom zdravlja koncesionar	7 25
Godine staža	10 - 19 20 - 29 30 - 40	2 14 16
Staž na sadašnjem radnom mjestu	0 - 18 19 - 28 29 - 38	11 12 9
Brak	da ne	24 8
Broj djece	Nemaju djece 1 dijete 2 djece 3 djece 4 djece	3 8 17 2 2
Broj prijavljenih pacijenata	500 - 999 1000 - 1499 1500 - 1999 2000 - 2500	2 6 16 8
Zadovoljstvo poslom	jako zadovoljni zadovoljni niti zadovoljni, niti nezadovoljni nezadovoljni jako nezadovoljni	9 20 3 0 0

Tablica 2 Karakteristike uzorka pacijenata (N=320)

		Spol	
		Ženski (162)	Muški (158)
Dob	18 – 34	46	48
	35 – 51	67	50
	52 – 68	35	45
	69 – 85	14	15
Kronični bolesnik	da	44	49
	ne	162	109
Učestalost posjeta	po potrebi	66	61
	više puta tjedno	1	1
	jednom tjedno	0	5
	dva puta mjesечно	13	12
	jednom mjesечно	22	26
	nekoliko puta godišnje	42	34
	dva puta godišnje	11	15
	jednom godišnje	7	4
Obiteljski liječnik	da	110	102
	ne	52	56

3.2. Mjerni instrumenti

U istraživanju su korišteni sljedeći instrumenti: lista socio-demografskih pitanja, upitnik Europep, skala karakteristika obiteljskog liječnika, skala mogućih poboljšanja nekih aspekata rada u općoj / obiteljskoj medicini.

3.2.1. Lista socio-demografskih podataka za liječnike gdje je od ispitanika traženo da odgovore na pitanja o spolu, dobi, bračnom statusu, broju djece, ukupnom radnom stažu, stažu na sadašnjem radnom mjestu, broju prijavljenih pacijenata, prosječnom broju pacijenata dnevno i prosječnoj dobi pacijenata. Od liječnika je zatraženo i da na skali Likertovog tipa (od 1 do 5) procijene koliko su zadovoljni sa svojim poslom.

3.2.2. Lista socio-demografskih pitanja za pacijente gdje je od pacijenata traženo da odgovore na pitanja o spolu, dobi, kroničnom oboljenju, učestalosti posjeta obiteljskog liječnika, kao i da procijene na skali Likertovog tipa (od 1 do 5) koliko dobro liječnik poznaje njihove tegobe, druge članove obitelji te namjeravaju li promijeniti obiteljskog liječnika.

3.2.3. Upitnik Europep (hrvatska verzija, Grol i Wensing, 2000) je standardizirani instrument za procjene pacijenata primarne zdravstvene skrbi u Europi. Sastoji se od 23 čestice kojima se na skali Likertovog tipa (od 1 do 5) procjenjuje kvaliteta pružene zdravstvene zaštite. Iako se

upitnik standardno koristi za ispitivanje zadovoljstva pacijenata kvalitetom skrbi, za potrebe ovog istraživanja prilagođeni oblik ovog upitnika primijenjen je i na liječnicima kako bi procijenili kvalitetu vlastitog rada. U originalnoj verziji upitnika ispitanici su mogli izostaviti pojedine čestice ako smatraju da nisu primjenjive na njih, međutim, u ovom istraživanju ta opcija nije bila ponuđena ispitanicima.

Kako bi se ustanovila faktorska struktura za ovaj mjerni instrument provedena je eksploratorna faktorska analiza metodom zajedničkih faktora uz Kaiser Gutmanov kriterij ekstrakcije faktora (karakteristični korijen >1) i Varimax rotaciju. U svrhu provjere pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije, za dobivene subskale izračunate su aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (SD) za sve čestice, korelacije pojedine čestice s ukupnim rezultatom (r_{it}), te Cronbach alpha koeficijent ako se izbaci čestica iz ukupnog rezultata (α).

Faktorskog analizom dobivena su dva faktora s karakterističnim korijenom većim od 1, a koji zajedno objašnjavaju 62,22% varijance. Tablica faktorske strukture Europep upitnika nalazi se u Prilogu 1.

Prvi faktor obuhvaća 17 čestica koji se s obzirom na sadržaj čestica može interpretirati kao „Ponašanje/postupanje liječnika prema pacijentu“, a pouzdanost unutarnje konzistencije iznosi ,97. Tablica s deskriptivnim parametrima i korelacijama čestica s ukupnim rezultatom subskale „Ponašanje/postupanje liječnika prema pacijentu“ nalazi se u Prilogu 2. Pod „liječničko ponašanje prema pacijentu“ podrazumijeva se ponašanje liječnika kao što su osiguravanje dovoljno vremena za razgovor s pacijentom, olakšavanje i pomaganje iznošenja tegoba pacijenata, način medicinskog pregleda, poznavanje onog što je za pacijenta učinjeno tijekom prethodnih kontakata, pomoći u razumijevanju poštivanja savjeta i upute te priprema za specijalističke preglede ili pretrage, itd.

Drugi faktor interpretiran je kao „Organizacija skrbi“ i sadrži 5 čestica s koeficijentom pouzdanosti koji iznosi 0,86. Tablica s deskriptivnim parametrima i korelacijama čestica s ukupnim rezultatom subskale „Organizacija skrbi“ nalazi se u Prilogu 3. „Organizacija skrbi“ sadržajno se odnosi na mogućnost dobivanja termina za pregled u vrijeme kada to odgovara pacijentu, dužinu vremena provedenog u čekaonici ordinacije, dobivanje telefonske veze s ambulantom i mogućnosti razgovora s liječnikom putem telefona te osiguranje brze usluge u slučaju hitnih zdravstvenih problema.

Dobiveni faktori su u skladu sa strukturom Europep instrumenta nakon revizije 2006. godine (Wensing, 2006). Instrumentom se procjenjuje zadovoljstvo pacijenata kvalitetom primarne zdravstvene zaštite na dvije dimenzije: „ponašanje liječnika“ i „organizacija skrbi“ (Wensing, 2006). Jedina iznimka je izbacivanje čestice iz daljnje analize pod rednim brojem 18 („*Kako procjenjujete rad liječnika i/ili ordinacije u zadnjih 12 mjeseci glede spremnosti osoblja ambulante da pomogne (osim liječnika/liječnice)*“) zbog jednake zasićenosti s oba dobivena faktora. Čestica bi prema pretpostavljenoj strukturi trebala spadati u faktor organizacije skrbi (Wensing, 2006). Čestica pod rednim brojem 23 („*Kako procjenjujete rad liječnika i/ili ambulante u zadnjih 12 mjeseci glede osiguranja brze usluge u slučaju hitnih zdravstvenih problema*“), također pokazuje podjednaku zasićenost s oba dobivena faktora, međutim, zbog svog sadržaja uključena je u faktor „organizacije skrbi“.

3.2.4. *Skala karakteristika obiteljskog liječnika i ordinacije* koja je konstruirana za potrebe ovog istraživanja. U skali je navedeno pet karakteristika obiteljskog liječnika i ordinacije, a zadatak ispitanika, liječnika i pacijenata, bio je da rangiraju navedene karakteristike od subjektivno najvažnije do najmanje važne. Karakteristike navedene u skali predstavljaju originalne dimenzije Europep upitnika.

3.2.5. *Skala mogućih poboljšanja nekih aspekata rada u općoj / obiteljskoj medicini* koja je konstruirana za potrebe ovog istraživanja uz pomoć prigodnog uzorka liječnika opće/obiteljske medicine. Navedeno je deset mogućih poboljšanja kao i mogućnost da liječnici sami upišu što je potrebno promijeniti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti da bi kvaliteta bila veća. Zadatak liječnika bio je da označe maksimalno tri poboljšanja za koje smatraju da su najpotrebnija, odnosno da sami navedu poboljšanja za koja im se činilo da su potrebna.

3.3. Postupak ispitivanja

Prije početka samog istraživanja osobno su kontaktirani ravnatelji Doma zdravlja Šibenik i Doma zdravlja Drniš kako bi ih se obavijestilo o namjerama i ciljevima istraživanja te dobilo odobrenje za provedbu istraživanja na liječnicima (zaposlenicima) Doma zdravlja. Ravnateljima su dane i službene zamolbe za odobrenje istraživanja u kojima je detaljno opisan cilj i način provedbe istraživanja. Svaki od liječnika uključenih u istraživanje bio je osobno kontaktiran i upoznat s načinom i svrhom istraživanja te zamoljen za suradnju u istraživanju. Nakon što bi liječnik/ica dao/la svoj usmeni pristanak na sudjelovanje u istraživanju te ispunio/la upitnik krenulo bi se u anketiranje pacijenata. Uzorak pacijenata bio

je prigodan, odnosno u istraživanju su sudjelovali pacijenti koji su bili u čekaonici ordinacije u vrijeme kada je istraživač provodio istraživanje i koji su pristali sudjelovati u istraživanju. Pacijenti su anketirani u čekaonicama ordinacija. Svakom pacijentu usmeno je objašnjena svrha istraživanja, te dana informacija da se pacijentov liječnik složio s ovakvim načinom primjene istraživanja, a sam upitnik je sadržavao iste informacije kao i upute o ispunjavanju upitnika. Pacijenti su sami ispunjavali upitnike ili je istraživač pomogao pacijentu čitajući im pitanja i označujući njihove odgovore. Svakog liječnika je procijenilo ukupno deset pacijenata. Sve ordinacije opće/obiteljske prakse su posjećene više puta, odnosno pacijenti su za procjenu svakog liječnika traženi u više navrata.

4. REZULTATI

4.1. Deskriptivni parametri procjena kvalitete primarne zdravstvene zaštite

Tablica 3 Deskriptivni parametri procjena kvalitete primarne zdravstvene zaštite pacijenata i liječnika

	Pacijenti (<i>N</i> =320)				Liječnici (<i>N</i> =32)			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>
Ponašanje liječnika	4,19	0,75	1	5	4,24	0,45	3,41	5
Organizacija skrbi	3,84	0,87	1,4	5	4,23	0,56	3	5

Deskriptivni parametri u tablici 3 i Prilogu 2 pokazuju kako su pacijenti zadovoljni ponašanjem liječnika prema njima, o čemu svjedoče i relativno visoke prosječne procjene za svaku od čestica ovog faktora. Pacijenti su najviše zadovoljni s 'liječnikovim čuvanjem povjerljivih podataka dobivenih iz razgovora s pacijentom ili podataka iz osobnog kartona', 'točnosti dolaska na posao i pridržavanjem radnog vremena liječnika' te 'liječnikovim slušanjem onog što pacijenti govore'. Najmanje su zadovoljni 'ponudom zdravstveno preventivnih usluga u ordinaciji', 'osiguranjem pomoći u savladavanju njihovih emocionalnih problema', te 'uključivanjem njih u donošenje odluka vezanih za njihovo zdravlje', iako su prosječne procjene za ove čestice također visoke.

Što se tiče organizacijske kvalitete primarne zdravstvene zaštite prosječne procjene su nešto niže nego procjene ponašanja liječnika. Pacijenti su najviše zadovoljni 'osiguranjem pomoći u slučaju hitnih zdravstvenih problema', dok su najmanje zadovoljni 'dužinom vremena provedenog u čekaonici ordinacije' (Prilog 3).

Iz tablice je vidljivo kako pacijenti relativno bolje procjenjuju ponašanje liječnika prema pacijentu nego organizaciju skrbi. S druge strane, liječnici su podjednako zadovoljni svojim ponašanjem prema pacijentu i organizacijom skrbi.

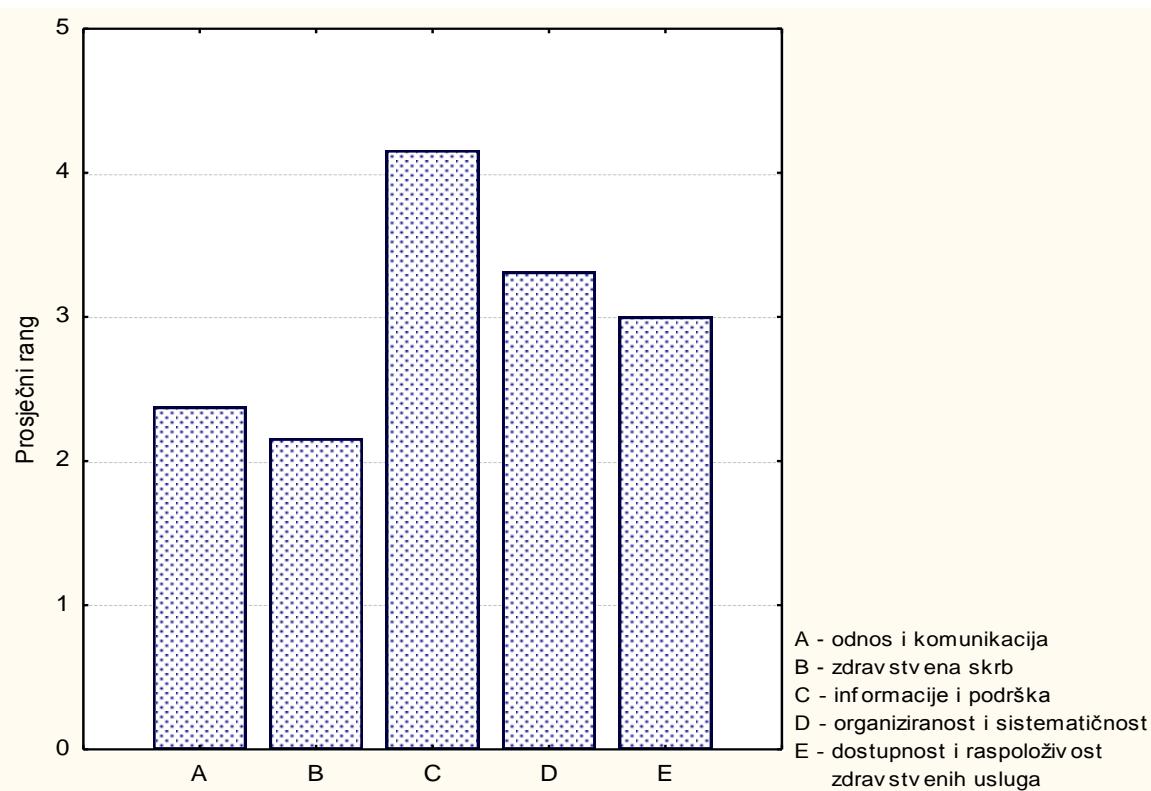
4.2. Slaganje liječnika i pacijenata u važnosti koju pridaju pojedinim karakteristikama općeg/obiteljskog liječnika i ordinacije.

Da bi se odgovorilo na prvi problem istraživanja, odnosno utvrdilo slaganje liječnika i pacijenata u važnosti koju pridaju pojedinim karakteristikama obiteljskog/općeg liječnika i ordinacije izračunati su Kendallovi koeficijenti konkordancije za obje skupine, a značajnost koeficijenta testirana je χ^2 testom.

Tablica 4 Deskriptivni parametri rangova i stupanj slaganja liječnika u važnosti koju pridaju pojedinim karakteristikama liječnika i ordinacije ($N=32$).

	Prosječni rang	Suma rangova	SD
Odnos i komunikacija liječnika	2,37	76	0,94
Zdravstvena skrb koju pružaju pacijentima	2,16	69	1,22
Informacije i podrška koju pružaju pacijentima	4,16	133	1,05
Organiziranost i sistematičnost liječnika	3,31	106	1,33
Dostupnost i raspoloživost zdravstvenih usluga u ordinaciji	3,00	96	1,57
$W = .25$			
$\chi^2 = 32,48$			
$p = 0,00$			

Koeficijentom konkordancije se testirao stupanj slaganja između liječnika u procjenama važnosti pojedinih aspekata liječničke skrbi, te je utvrđen relativno nizak stupanj slaganja (.25) među liječnicima. Slika 1. pokazuje rangove ispitivanih aspekata liječničke skrbi. Prema prosječnim rangovima liječnici najvažnijom smatraju zdravstvenu skrb koju pružaju, zatim odnos i komunikaciju, dostupnost i raspoloživost zdravstvenih usluga u ordinaciji, organiziranost i sistematičnost liječnika te na kraju informacije i podršku koju pružaju pacijentima.

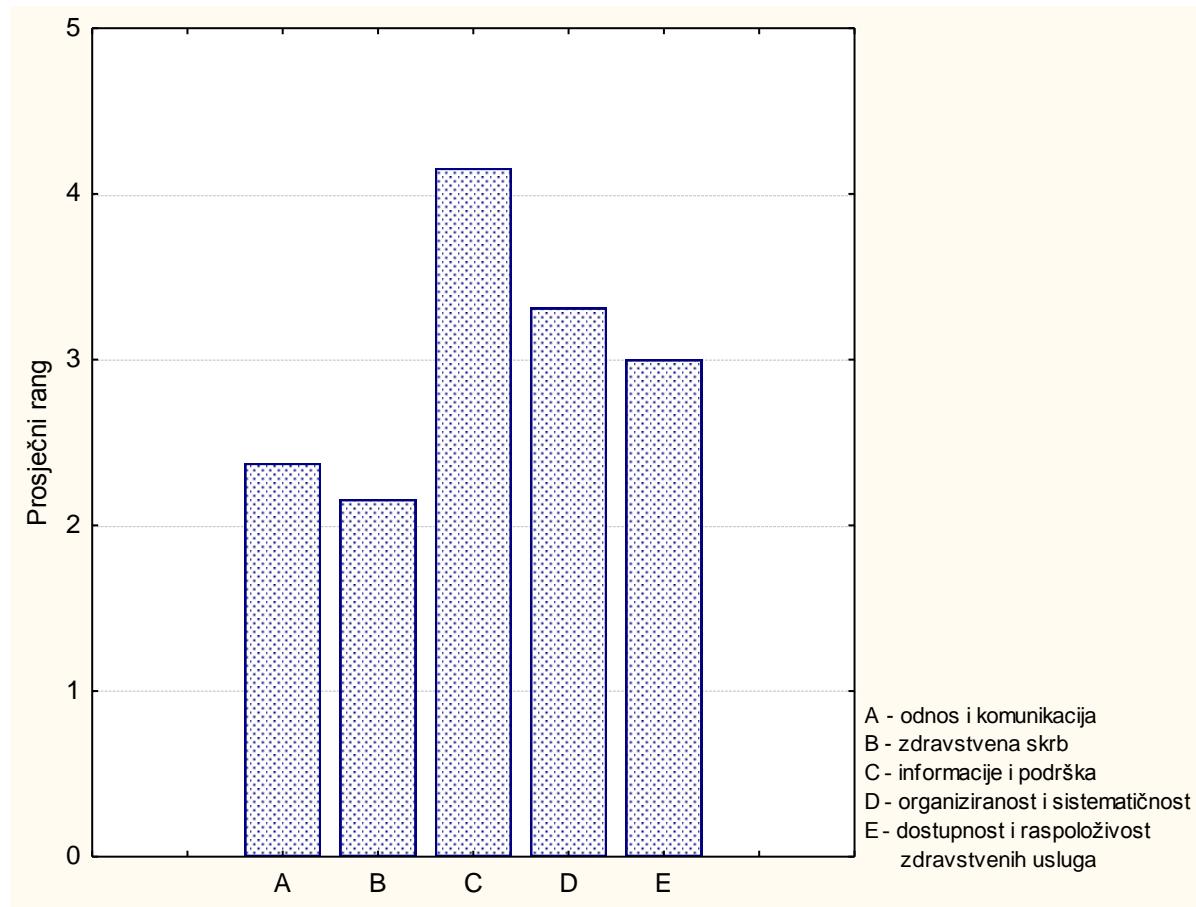


Slika 1. Prosječni rangovi važnosti koje liječnici pridaju pojedinim aspektima liječničke skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Tablica 5 Deskriptivni parametri rangova i stupanj slaganja pacijenata u važnosti koju pridaju pojedinim karakteristikama liječnika i ordinacije ($N=320$).

	Prosječni rang	Suma rangova	SD
Odnos i komunikacija liječnika	2,66	852	1,45
Zdravstvena skrb koju pacijenti dobivaju	2,30	736	1,35
Informacije i podrška koju pacijenti dobivaju	3,49	1117	1,25
Organiziranost i sistematicnost liječnika	3,45	1103	1,19
Dostupnost i raspoloživost zdravstvenih usluga u ordinaciji	3,10	992	1,43
$W = ,11$			
$\chi^2 = 134,95$			
$p = 0,00$			

Kao i liječnici, pacijenti se relativno slabo slažu u procjenama važnosti pojedinih aspekata liječničke skrbi, odnosno dobivena je niska značajna korelacija (,11) u rangovima koje pacijenti pridaju ovim aspektima liječničke skrbi. Prosječni rangovi pokazuju kako pacijenti jednako kao i liječnici najvažnijom smatraju zdravstvenu skrb koju primaju, zatim odnos i komunikaciju liječnika, dostupnost i raspoloživost zdravstvenih usluga u ordinaciji, organiziranost i sistematičnost liječnika te na kraju informacije i podršku koju primaju od liječnika (Slika 2).



Slika 2. Prosječni rangovi važnosti koje pacijenti pridaju pojedinim aspektima liječničke skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

4.3. Povezanosti procjena kvalitete primarne zdravstvene zaštite između liječnika i pacijenata

Povezanosti procjena liječnika i pacijenata računate su na dva načina. Prvo su izračunate korelacije između procjena liječnika i procjena svakog pacijenta. Rezultati su vidljivi u tablici 6.

Tablica 6 Matrica korelacija između procjena zadovoljstva primarne zdravstvene zaštite između liječnika i pacijenata ($N=320$).

	1	2	3	4
1. zadovoljstvo pacijenta „ponašanjem liječnika“	1,00	,65*	-,18*	-,17*
2. zadovoljstvo pacijenta „organizacijom skrbi“		1,00	-,11	,04
3. zadovoljstvo liječnika „ponašanjem liječnika“			1,00	,53*
4. zadovoljstvo liječnika „organizacijom skrbi“				1,00

* $p<0,05$

Procjena liječničkog ponašanja od strane pacijenta pozitivno je povezana s procjenom organizacije skrbi (.65). Dakle, pacijenti koji su više zadovoljni ponašanjem liječnika prema njima, zadovoljniji su i organizacijskom kvalitetom skrbi. Ponašanje liječnika procijenjeno od strane pacijenata negativno je povezano s liječnikovim ponašanjem prema pacijentu i organizacijskom kvalitetom skrbi procijenjenom od strane liječnika (-,18 i -,17). Dakle, što su liječnici zadovoljniji kvalitetom skrbi, zadovoljstvo pacijenata ponašanjem liječnika prema njima je manje. Zadovoljstvo liječnika organizacijskom kvalitetom povezano je sa zadovoljstvom liječnika svojim ponašanjem prema pacijentima (.53). Liječnici koji su zadovoljni svojim ponašanjem prema pacijentima, zadovoljni su i organizacijskom kvalitetom skrbi.

U drugom načinu, koeficijenti korelacija računati su i iz prosječnih procjena zadovoljstva kvalitetom pacijenata svakog pojedinog liječnika. Dakle, prije računanja povezanosti, izračunate su prosječne vrijednosti procjena deset pacijenata prijavljenih kod svakog pojedinog liječnika. Rezultati su prikazani u tablici 7.

Tablica 7 Matrica korelacija procjena zadovoljstva primarne zdravstvene zaštite liječnika i prosječnih procjena njihovih pacijenata ($N=32$).

	1	2	3	4
1. zadovoljstvo pacijenta „ponašanjem liječnika“	1,00	0,63*	-0,39*	-0,36*
2. zadovoljstvo pacijenta „organizacijom skrbi“		1,00	-0,26	-0,10
3. zadovoljstvo liječnika „ponašanjem liječnika“			1,00	0,53*
4. zadovoljstvo liječnika „organizacijom skrbi“				1,00

* $p<0,05$

Rezultati pokazuju kako su prosječne procjene zadovoljstva pacijenata „ponašanjem liječnika“ umjerenog pozitivno povezane sa zadovoljstvom s „organizacijom skrbi“ (.63). Pacijenti koji su zadovoljni ponašanjem liječnika, zadovoljni su i organizacijskom kvalitetom primarne zdravstvene zaštite. Procjene zadovoljstva pacijenata s ponašanjem liječnika negativno su povezane sa zadovoljstvom liječnika primarnom zdravstvenom zaštitom (-,39 i -,36). S porastom zadovoljstva liječnika s primarnom zdravstvenom zaštitom opada zadovoljstvo pacijenta s „ponašanjem liječnika“. Na posljetku, liječnici koji su zadovoljni sa svojim ponašanjem prema pacijentima, zadovoljni su i organizacijskom kvalitetom skrbi koju pružaju.

4.4. Učinci karakteristika pacijenata i liječnika na prosječne procjene kvalitete primarne zdravstvene zaštite i razlike u procjenama kvalitete između pacijenata i liječnika

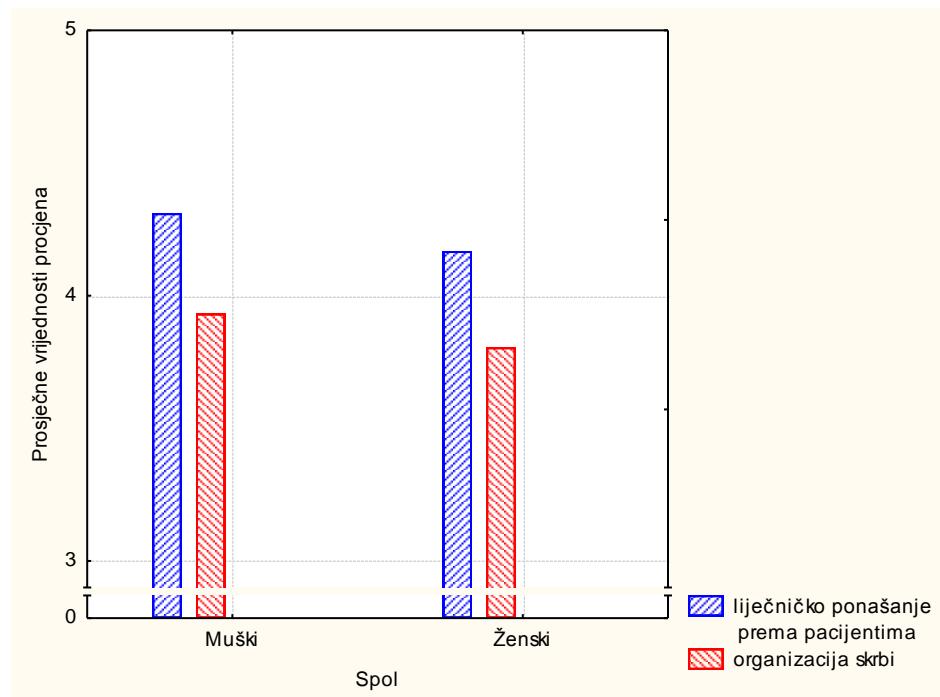
Kako bi se odgovorilo na treći problem istraživanja provedene su analize varijance na procjenama liječnika i pacijenata. Osim prosječnih vrijednosti procjena liječnika i pacijenata u obradi podataka korišteni su i dijadni indeksi. Dijadni indeks se u analizi rezultata može tretirati i kao zavisna i kao nezavisna varijabla (Kenny i sur., 2006). Dijadni indeksi mogu se podijeliti na dva tipa: mjere sličnosti i mjere razlika među rezultatima članova dijade. Kod mjera sličnosti polazi se od pretpostavke apsolutnog neslaganja među rezultatima članova dijade, te se mjeri odstupanje od tog apsolutnog neslaganja. Kod mjera razlika polazi se od pretpostavke apsolutnog slaganja među članovima dijade i mjeri se koliko je odstupanje od tog apsolutnog slaganja. U obradi rezultata ovog istraživanja korištena je distanca kao mjera razlika liječnika i pacijenata u procjenama kvalitete primarne zdravstvene zaštite. Distanca zapravo predstavlja kvadratni korijen sume kvadriranih razlika (Kenny i sur., 2006). Dakle, za svaku česticu pojedine subskale izračunata je razlika među odgovorima članova dijade koja je kvadrirana. Kvadrirane razlike među odgovorima na svim česticama zatim su zbrojene, a kvadratni korijen sume tih razlika predstavlja dijadni indeks distance. Distanca je izračunata za svaku dijadu odnosno za svakog liječnika i pacijenta posebno za dvije dobivene subskale upitnika. Manja vrijednost dijadnog indeksa distance ukazuje na manju distancu, odnosno veće slaganje liječnika i pacijenta u zadovoljstvu kvalitetom primarne zdravstvene zaštite.

Tablica 8 Razlike u procjenama kvalitete zdravstvene skrbi od strane pacijenata s obzirom na njihove socio-demografske karakteristike.

Izvor varijabiliteta	Ponašanje liječnika		Organizacija skrbi	
	df	F	df	F
Spol pacijenta	1/318	3,89*	1/318	2,51
Dob pacijenta	3/316	9,26*	3/316	7,06*
Kronična oboljenja	1/318	8,43*	1/318	2,78
Obiteljski liječnik	1/318	0,08	1/318	0,84
Poznavanje tegoba	4/315	45,69*	4/315	9,89*
Poznavanje obitelji	4/315	18,02*	4/315	6,71*
Promjena liječnika	3/316	42,60*	3/316	26,09*

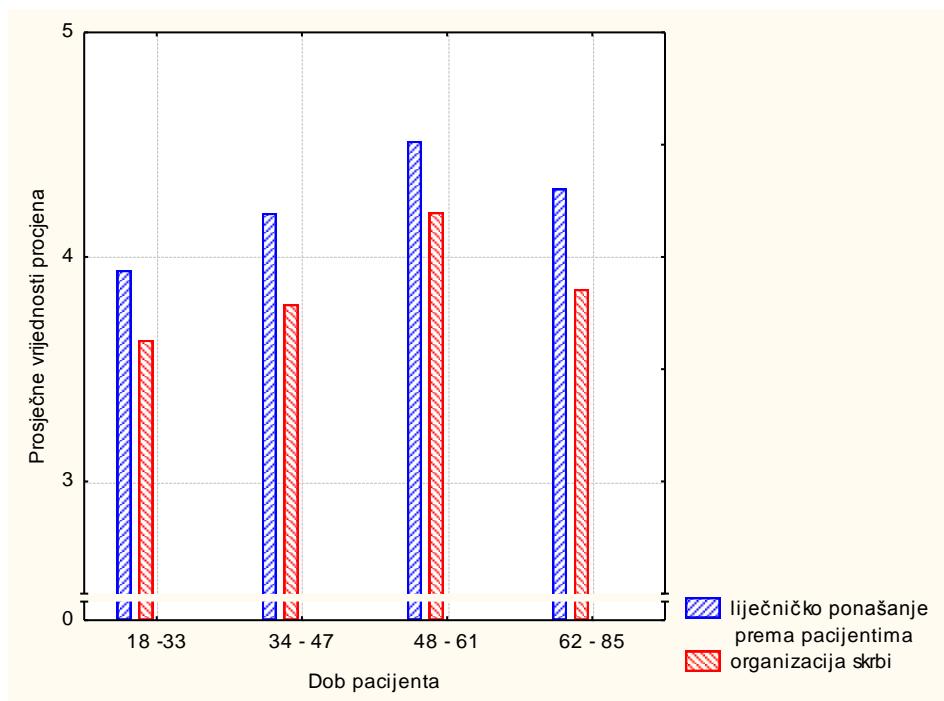
* p<0,05

Rezultati analize varijance pokazuju kako postoji značajna razlika između muškaraca i žena u procjenama kvalitete skrbi izražene kao ponašanje liječnika prema pacijentima. Muškarci su u prosjeku zadovoljniji ponašanjem liječnika od žena. Što se tiče organizacije skrbi, ne postoji statistički značajna razlika u procjenama s obzirom na spol (slika 3).



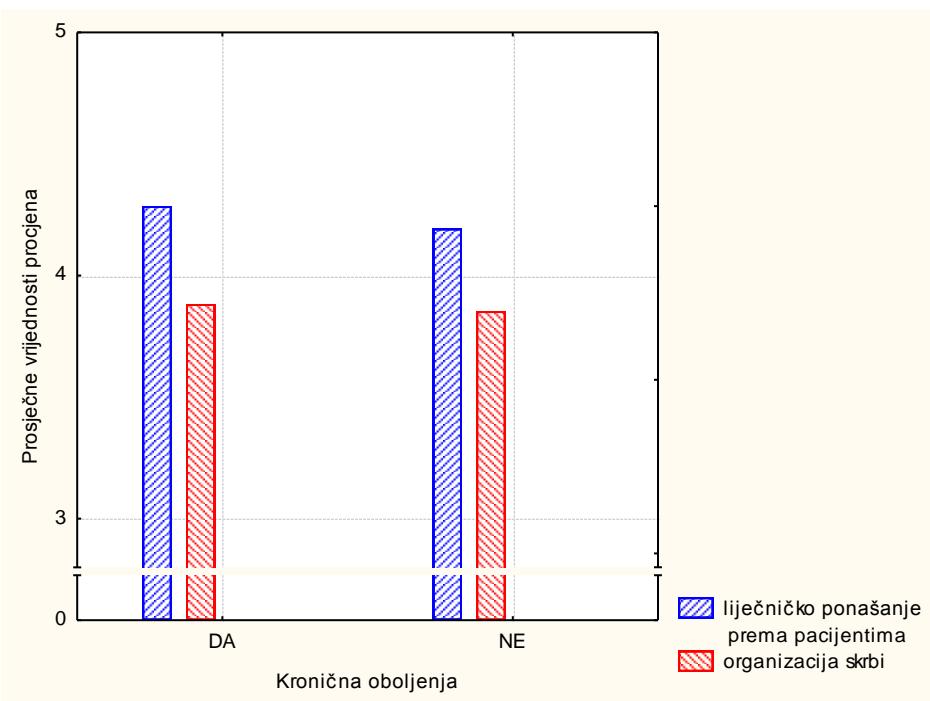
Slika 3. Procjena kvalitete primarne zdravstvene zaštite od strane pacijenata i pacijentica.

Efekt dobi se pokazao statistički značajnim na procjene ponašanja liječnika prema pacijentima i procjene organizacije skrbi. Post hoc analize (Prilog 4) pokazuju da kod ponašanja liječnika postoji razlika u procjenama među svim dobним skupinama, no, procjene posljednje dobne skupine statistički se značajno razlikuju jedino od procjena prve dobne skupine. Uočava se određeni trend porasta procjena kvalitete s porastom dobi. Post hoc analize na procjenama organizacije skrbi (Prilog 5) pokazuju kako postoji statistički značajna razlika između treće dobne skupine (48 – 61) i prve dobne skupine, te treće i druge dobne skupine. Stariji pacijenti zadovoljniji su organizacijskom kvalitetom primarne zdravstvene zaštite. Određeni trend porasta procjena s porastom dobi ne javlja se kod posljednje dobne skupine (slika 4).



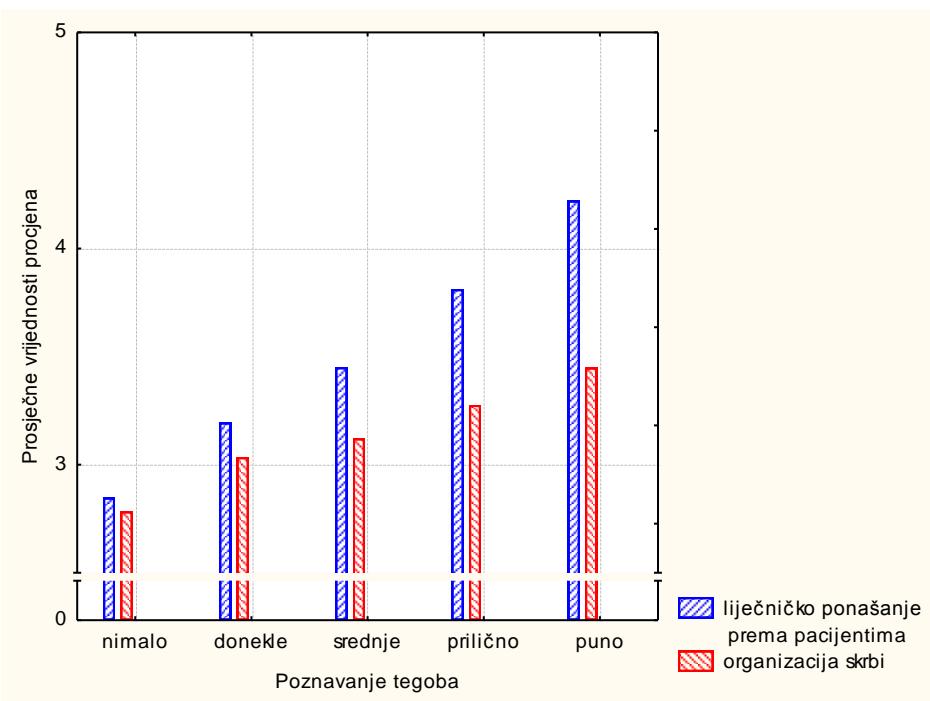
Slika 4. Efekt dobi pacijenta na njihovu procjenu kvalitete primarne zdravstvene zaštite.

Rezultati analize varijance pokazuju kako postoji statistički značajna razlika u procjenama liječničkog ponašanja prema pacijentima između pacijenata koji imaju kronična oboljenja i onih koji nemaju. Kronični pacijenti su zadovoljniji liječnikovim ponašanjem (slika 5). Što se tiče procjena organizacije skrbi ne postoji razlika između ove dvije skupine pacijenata. Statistički značajna razlika ne postoji u procjenama kvalitete primarne zdravstvene zaštite među pacijentima kojima su i drugi članovi obitelji prijavljeni kod istog liječnika i pacijentima kojima su članovi obitelji prijavljeni kod drugog liječnika.

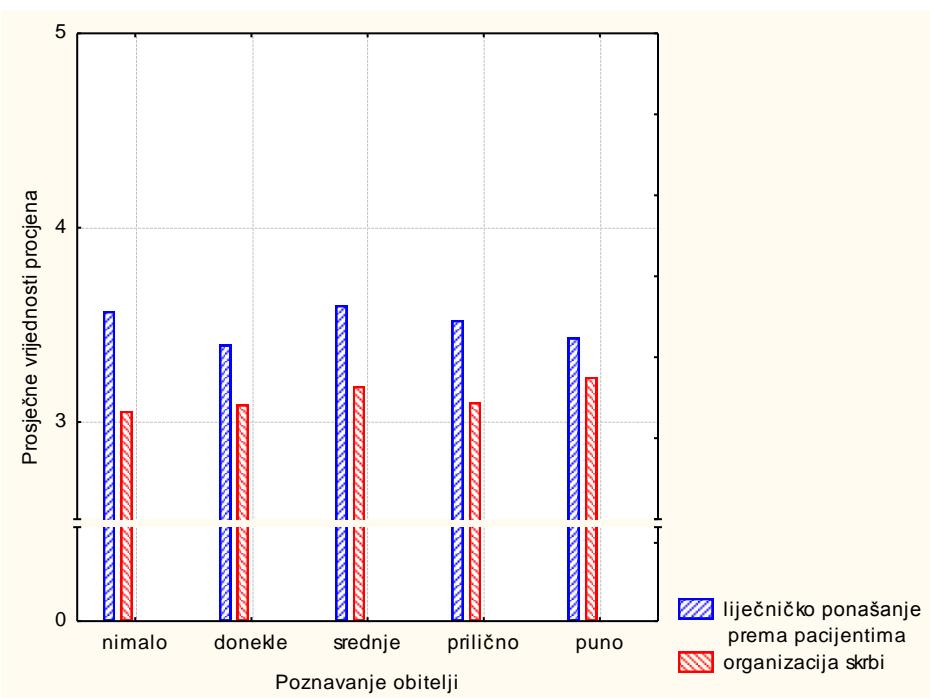


Slika 5. Procjena kvalitete primarne zdravstvene zaštite od strane pacijenata s kroničnim oboljenjima i pacijenata bez kroničnih oboljenja.

Liječnikovo poznavanje pacijentovih zdravstvenih tegoba kao i zdravstvenog stanja njegove obitelji ima učinak na pacijentovu procjenu oba faktora kvalitete primarne zdravstvene zaštite. Post hoc analize (Prilozi 6 i 7) pokazuju kako s porastom liječnikovog poznavanja tegoba raste i zadovoljstvo pacijenta s cjelokupnom kvalitetom primarne zdravstvene zaštite koju mu taj liječnik pruža (slika 6). Pacijenti koji smatraju da liječnik dobro poznaje njihove tegobe i poznaju zdravstveno stanje njihove obitelji (Prilozi 8 i 9) zadovoljniji su ponašanjem liječnika prema njima i organizacijom skrbi. Slične rezultate pokazuju i post hoc analize (Prilozi 8 i 9) za liječnikovo poznavanje obitelji. Jedini izuzetak su pacijenti koji smatraju da liječnici nimalo ne poznaju članove njihovih obitelji (slika 7). Ovdje je najvjerojatnije riječ o pacijentima kojima drugi članovi obitelji nisu prijavljeni kod istog liječnika zbog čega liječnikovo poznavanje obitelji nema efekt na procjenu cjelokupne kvalitete primarne zdravstvene zaštite.

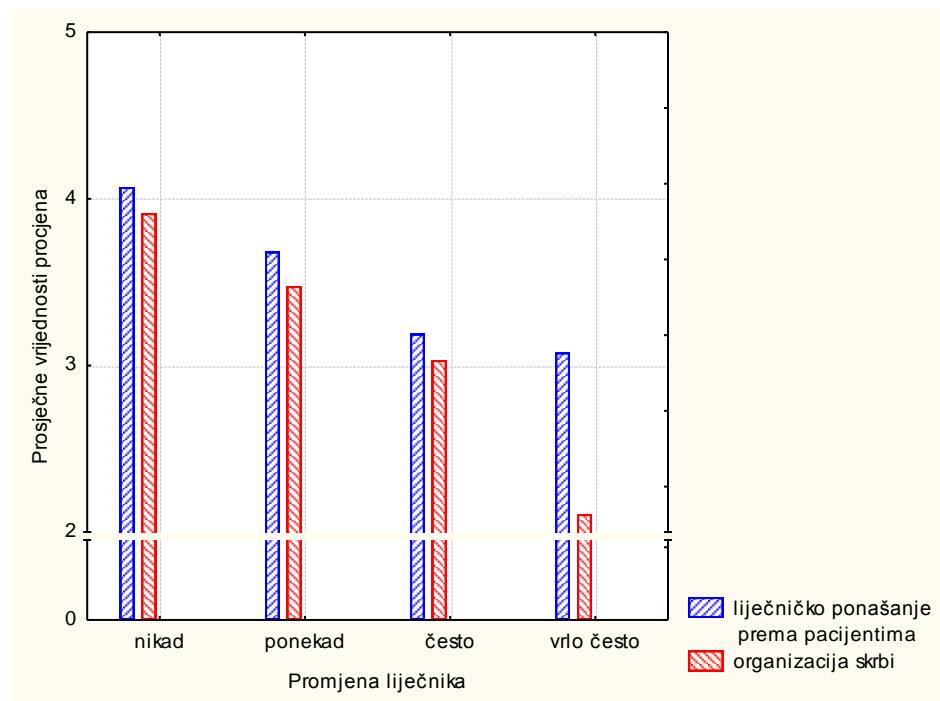


Slika 6. Efekt liječnikovog poznавanja tegoba pacijenta na pacijentove procjene kvalitete primarne zdravstvene zaštite.



Slika 7. Efekt liječnikovog poznавanja zdravstvenih tegoba drugih članova obitelji pacijenta na pacijentove procjene kvalitete primarne zdravstvene zaštite.

Učestalost razmišljanja o promjeni općeg/obiteljskog liječnika pacijenta pokazuje statistički značajan učinak na njegovu procjenu zadovoljstva liječnikovim ponašanjem i organizacijom skrbi. Post hoc analize (Prilozi 10 i 11) pokazuju kako su pacijenti koji češće razmišljaju o promjeni svog liječnika manje zadovoljni s kvalitetom cjelokupne primarne zdravstvene zaštite (slika 8).



Slika 8. Efekt pacijentove učestalosti razmišljanja o promjeni liječnika na pacijentove procjene kvalitete primarne zdravstvene zaštite.

Efekt učestalosti posjeta pacijenta na njegovo zadovoljstvo s kvalitetom primarne zdravstvene zaštite nije ispitana. Razlog za to je što je trećina pacijenata odgovorila da posjećuje liječnika „po potrebi“, što ne daje točnu informaciju o učestalosti i ne može se uspoređivati s ostalim kategorijama ove varijable.

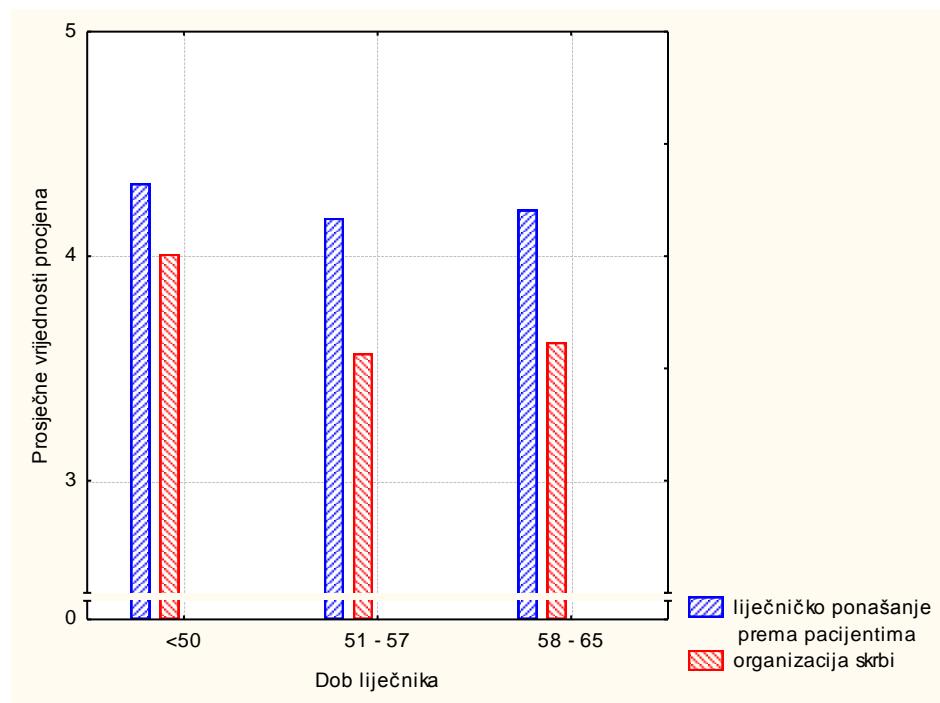
Osim socio-demografskih karakteristika pacijenata ispitana je i efekt socio-demografskih karakteristika liječnika na zadovoljstvo kvalitetom primarne zdravstvene zaštite pacijenata.

Tablica 9 Razlike u pacijentovim procjenama kvalitete zdravstvene skrbi s obzirom na socio-demografske karakteristike njihovih liječnika.

Izvor varijabiliteta	Ponašanje liječnika		Organizacija skrbi	
	df	F	df	F
Dob liječnika	2/317	1,60	2/317	6,13*
Status ordinacije	1/318	0,40	1/318	1,86
Bračni status liječnika	1/318	0,19	1/318	6,57*
Ukupni radni staž liječnika	1/318	0,02	1/318	2,34
Staž liječnika na sadašnjem radnom mjestu	1/318	0,88	1/318	0,53

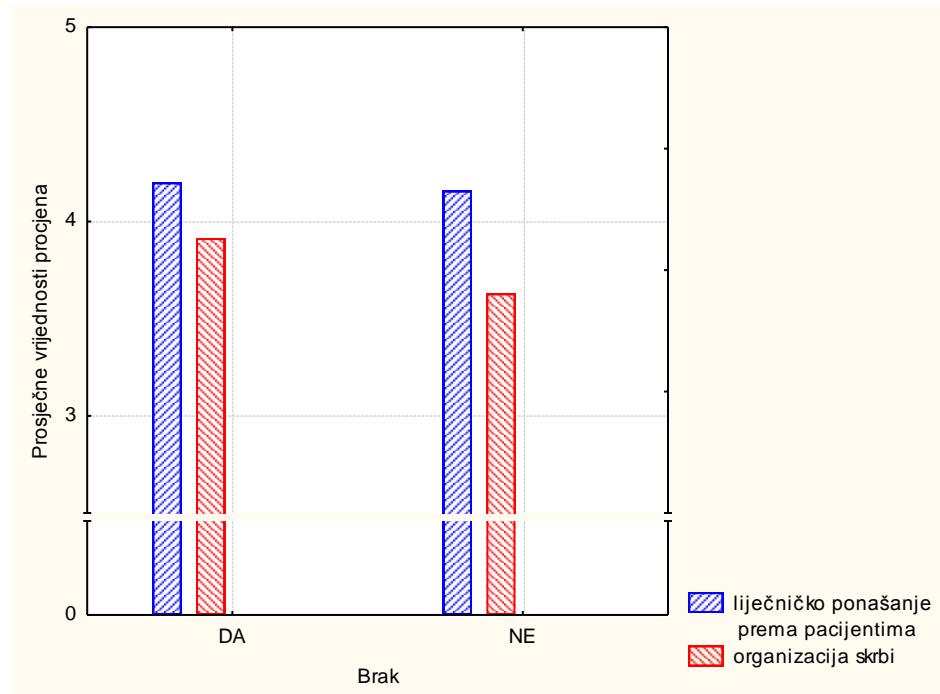
* $p<0,05$

Iz tablice 9 vidljivo je kako dob liječnika ima učinak na pacijentove procjene organizacijske kvalitete. Post hoc analiza (Prilog 12) pokazuje da su procjene kvalitete pacijenta koji su prijavljeni kod starijih liječnika niže od procjena pacijenata prijavljenih kod mlađih liječnika (slika 9).



Slika 9. Efekt dobi liječnika na pacijentove procjene kvalitete primarne zdravstvene zaštite.

Nadalje, postoji i statistički značajna razlika u prosječnim procjenama pacijenta organizacijske kvalitete s obzirom na bračni status njihovog liječnika. Pacijenti su zadovoljniji organizacijskom kvalitetom ako su prijavljeni kod liječnika koji su u braku (slika 10). Međutim, rezultate je potrebno uzeti s rezervom, s obzirom na to da je velika većina liječnika u braku ($N=23$) u odnosu na one koji nisu u braku ($N=8$).



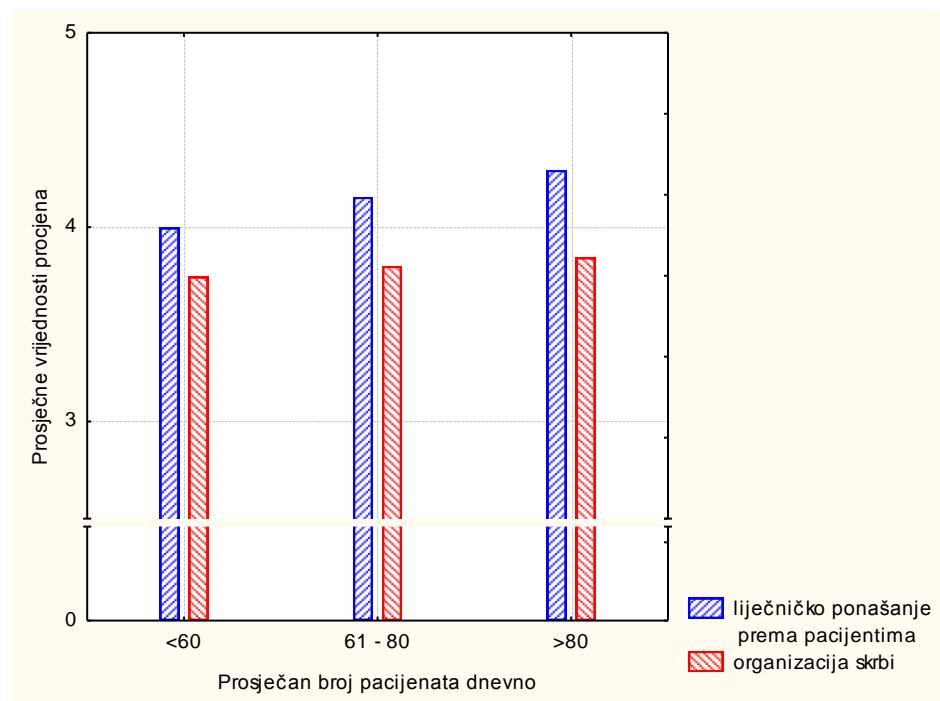
Slika 10. Procjena kvalitete primarne zdravstvene zaštite od strane pacijenata s obzirom na bračni status liječnika.

Tablica 10 Razlike u pacijentovim procjenama kvalitete zdravstvene skrbi s obzirom na organizacijske karakteristike zdravstvene zaštite.

Izvor varijabiliteta	Ponašanje liječnika		Organizacija skrbi	
	df	F	df	F
Broj prijavljenih pacijenata kod liječnika	3/316	1,25	3/316	0,77
Prosječan broj pacijenata dnevno kod liječnika	2/317	4,03*	2/317	0,10
Prosječna dob pacijenata liječnika	1/318	1,94	1/318	0,53

* $p < 0,05$

Od organizacijskih karakteristika zdravstvene skrbi, jedino prosječan broj pacijenata dnevno u ordinaciji pokazuje efekt na zadovoljstvo pacijenata „ponašanjem liječnika“. Post hoc analiza (Prilog 13) pokazuje da je jedina statistički značajna razlika između ordinacija koje imaju manje od 60 pacijenata dnevno i onih koje posjeti više od 80 pacijenata dnevno; pacijenti koji su prijavljeni u ordinacije koje posjeti više od 80 pacijenata dnevno zadovoljniji su ponašanjem svog liječnika (slika 11).



Slika 11. Efekt prosječnog broja pacijenata dnevno na pacijentove procjene kvalitete primarne zdravstvene zaštite.

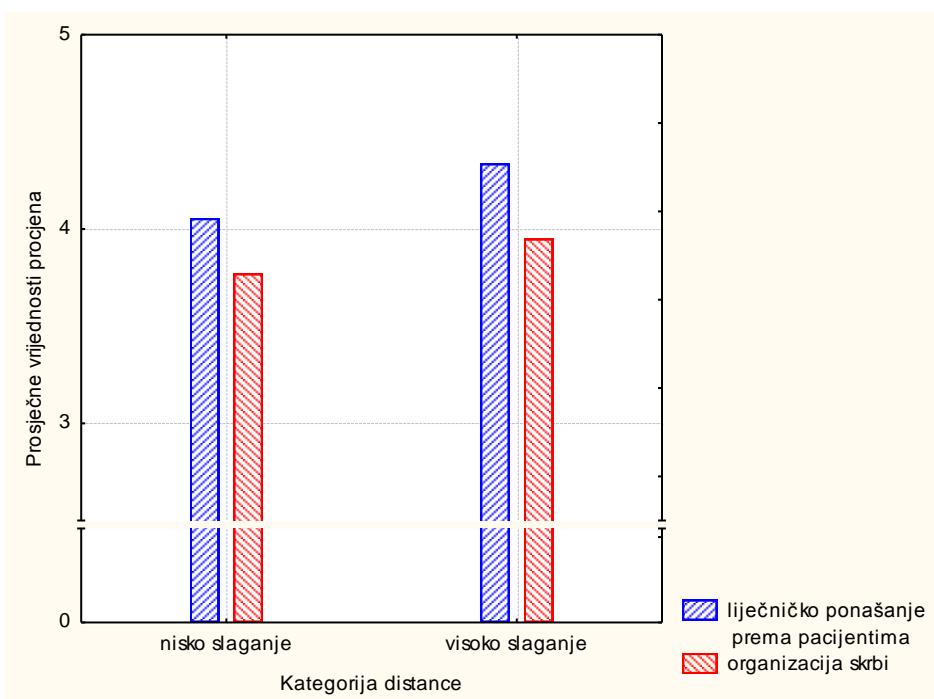
S obzirom na medijan dijadnog indeksa različitosti posebno za oba faktora kvalitete, pacijenti su podijeljeni u dvije kategorije: visoko slaganje ($<4,243$) i nisko slaganje ($>4,243$) za ponašanje liječnika prema njima i visoko slaganje ($<2,646$) i nisko slaganje ($>2,646$) za organizaciju skrbi.

Tablica 11 Razlike u pacijentovim procjenama kvalitete zdravstvene s obzirom na razlike u procjenama kvalitete između liječnika i pacijenata.

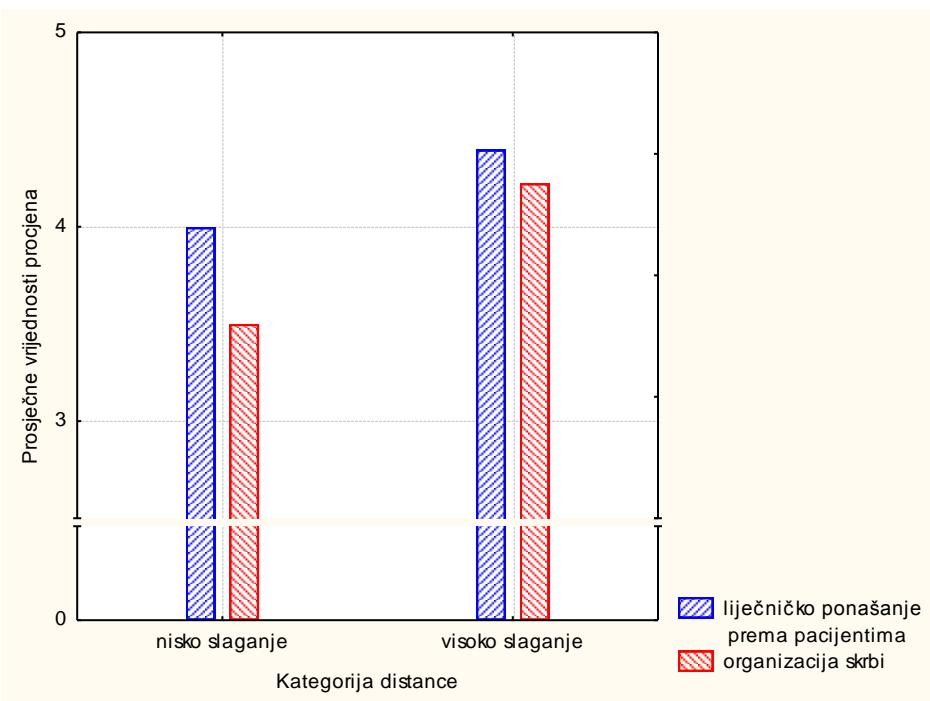
Izvor varijabiliteta	Ponašanje liječnika		Organizacija skrbi	
	df	F	df	F
Distanca u procjenama ponašanja liječnika prema pacijentu	1/318	23,99*	1/318	16,43*
Distanca u procjenama organizacije skrbi	1/318	36,44*	1/318	78,95*

* $p < 0,05$

Rezultati analize varijance pokazuju kako slaganje liječnika i pacijenata u procjenama kvalitete ima učinak na zadovoljstvo pacijenata primarnom zdravstvenom zaštitom. Dakle, pacijenti koji procjenjuju kvalitetu skrbi sličnije liječnicima ujedno su i zadovoljniji kvalitetom te skrbi (slika 12 i 13).



Slika 12. Procjena kvalitete primarne zdravstvene zaštite od strane pacijenata s obzirom na slaganje s liječnikom u procjeni liječničkog ponašanja prema pacijentima.



Slika 13. Procjena kvalitete primarne zdravstvene zaštite od strane pacijenata s obzirom na slaganje s liječnikom u procjeni organizacije skrbi.

Analize varijance provedene su i na liječničkim procjenama kvalitete primarne zdravstvene zaštite.

Tablica 12 Razlike u liječničkim procjenama kvalitete zdravstvene skrbi s obzirom na njihove socio-demografske karakteristike i organizacijske karakteristike zdravstvene zaštite.

Izvor varijabiliteta	Ponašanje liječnika		Organizacija skrbi	
	df	F	df	F
Dob	2/29	1,23	2/29	0,24
Bračni status	3/28	0,14	3/28	0,32
Status ordinacije	1/30	3,90	1/30	0,02
Ukupni staž	1/30	0,04	1/30	0,01
Staž na sadašnjem radnom mjestu	1/30	0,18	1/30	0,07
Broj prijavljenih pacijenata	3/28	1,92	3/28	0,55
Prosječan broj pacijenata dnevno	2/29	1,55	2/29	0,35
Prosječna dob pacijenata	1/30	2,23	1/30	1,19

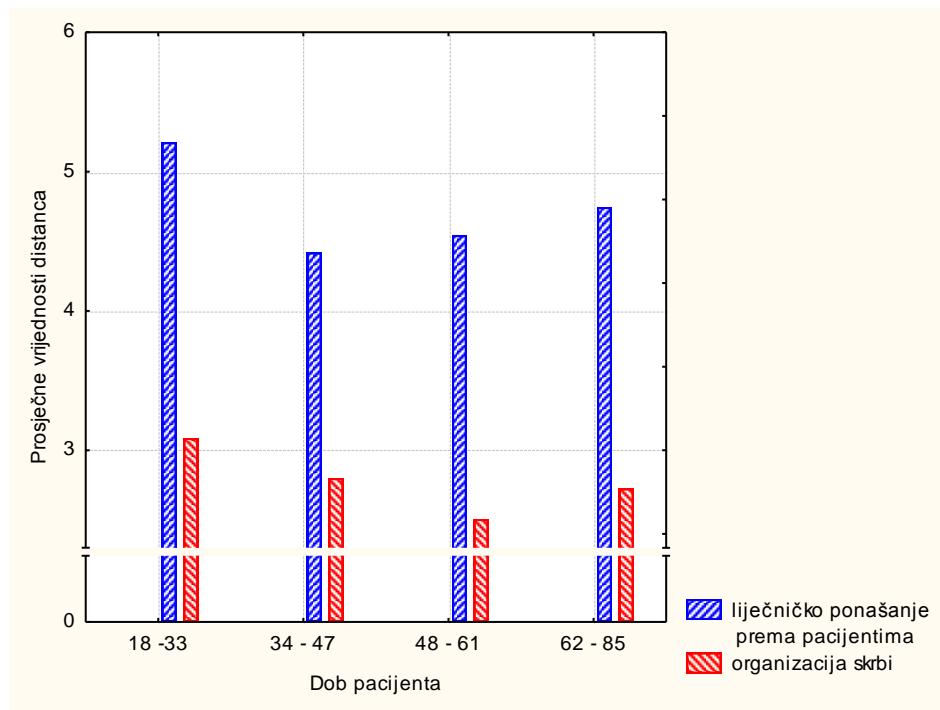
Rezultati analize varijance pokazuju kako nijedna od ispitivanih karakteristika liječnika i karakteristika organizacije zdravstvene zaštite nema učinak na liječničke procjene kvalitete primarne zdravstvene zaštite. U analizu varijance nisu uključene varijable zadovoljstvo poslom i broj djece liječnika s obzirom na mali broj liječnika unutar pojedinih kategorija. Naime, većina liječnika je zadovoljna sa svojim poslom te većina liječnika ima dvoje djece, dok je broj liječnika u drugim kategorijama mali da bi se provela analiza varijance.

Tablica 13 Razlike u distancama pacijentovih i liječničkih procjena kvalitete zdravstvene skrbi s obzirom na socio-demografske karakteristike pacijenata.

Izvor varijabiliteta	Ponašanje liječnika		Organizacija skrbi	
	df	F	df	F
Spol pacijenta	1/318	1,15	1/318	0,47
Dob pacijenta	3/316	1,15	3/316	3,57*
Kronična oboljenja	1/318	0,02	1/318	6,79*
Obiteljski liječnik	1/318	0,00	1/318	0,04
Poznavanje tegoba	4/315	15,35*	4/315	10,84*
Poznavanje obitelji	4/315	5,33*	4/315	3,64*
Promjena liječnika	3/316	17,26*	3/316	12,84*

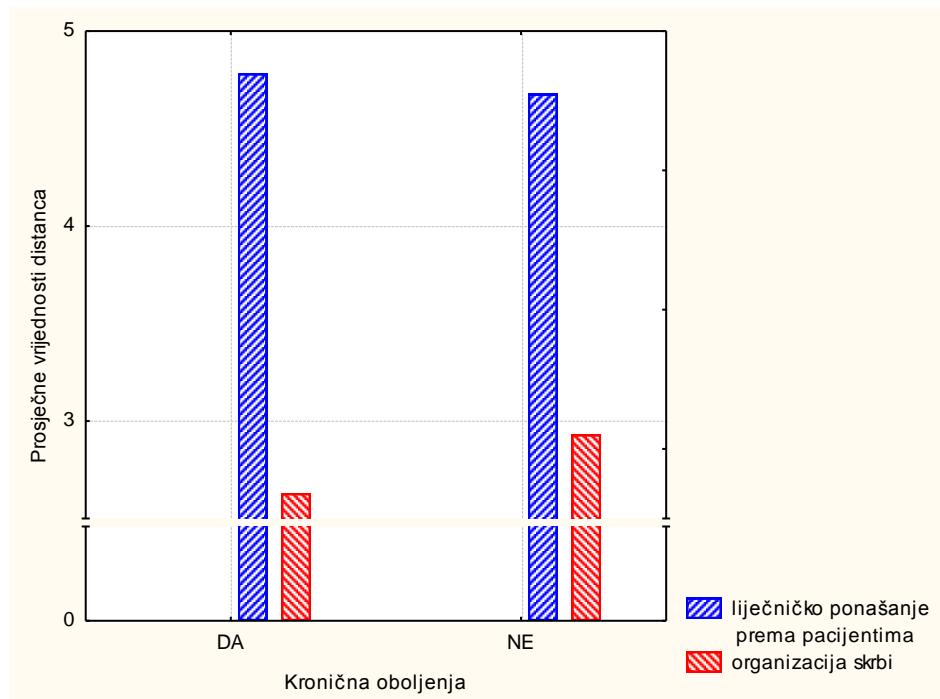
* $p<0,05$

Rezultati analize varijance pokazuju kako dob pacijenta ima efekt na indeks različitosti organizacijske kvalitete. Post hoc analiza (Prilog 14) pokazuje da je jedina statistički značajna razlika između druge i treće dobne skupine. Vrijednosti indeksa različitosti su niže kod starijih ispitanika, odnosno stariji pacijenti procjenjuju kliničku kvalitetu skrbi sličnije liječnicima (slika 14).



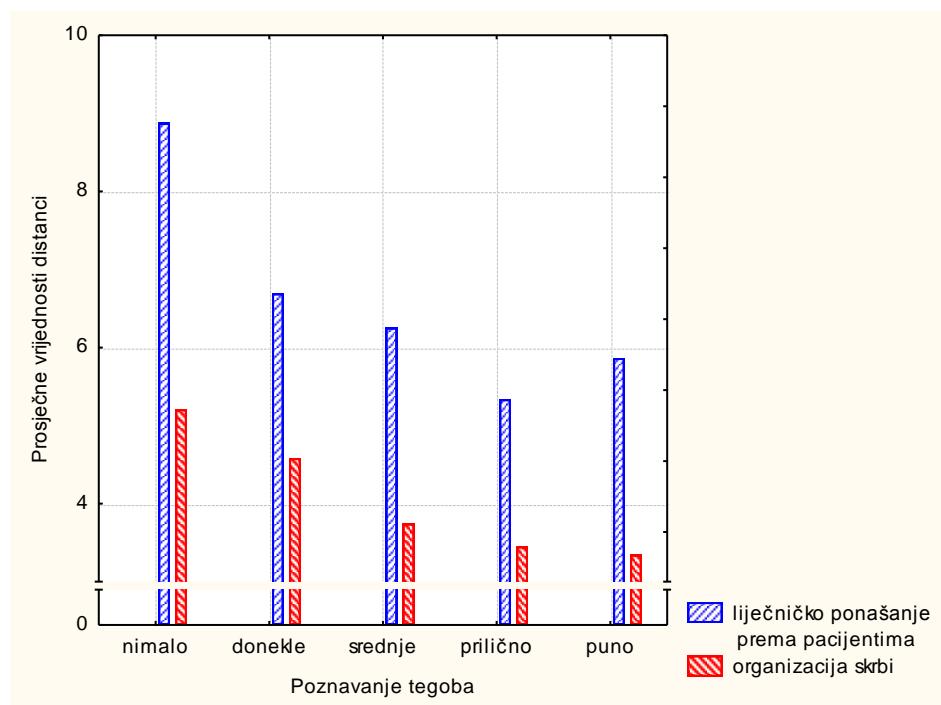
Slika 14. Efekt dobi pacijenta na razlike u procjenama kvalitete primarne zdravstvene zaštite između liječnika i pacijenata.

Razlike u indeksima različitosti organizacijske kvalitete s obzirom na to jesu li pacijenti kronični bolesnici ili ne su statistički značajne (slika 15). Kronični pacijenti procjenjuju organizacijsku kvalitetu skrbi sličnije njihovim liječnicima nego pacijenti koji nisu kronični bolesnici.

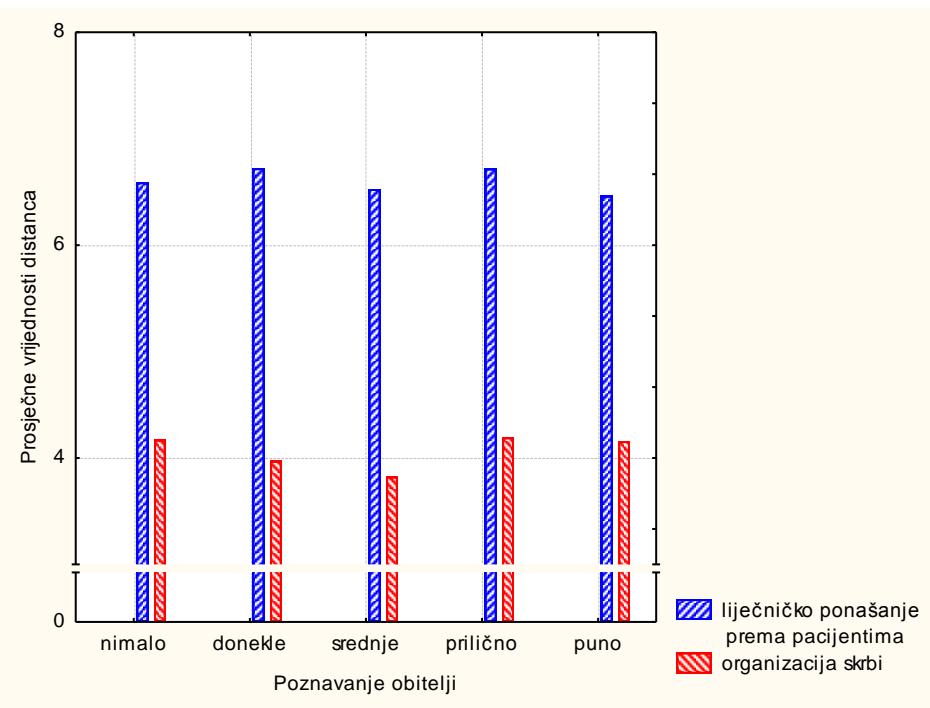


Slika 15. Razlike u procjenama kvalitete primarne zdravstvene zaštite između liječnika i pacijenata s kroničnim i bez kroničnog oboljenja.

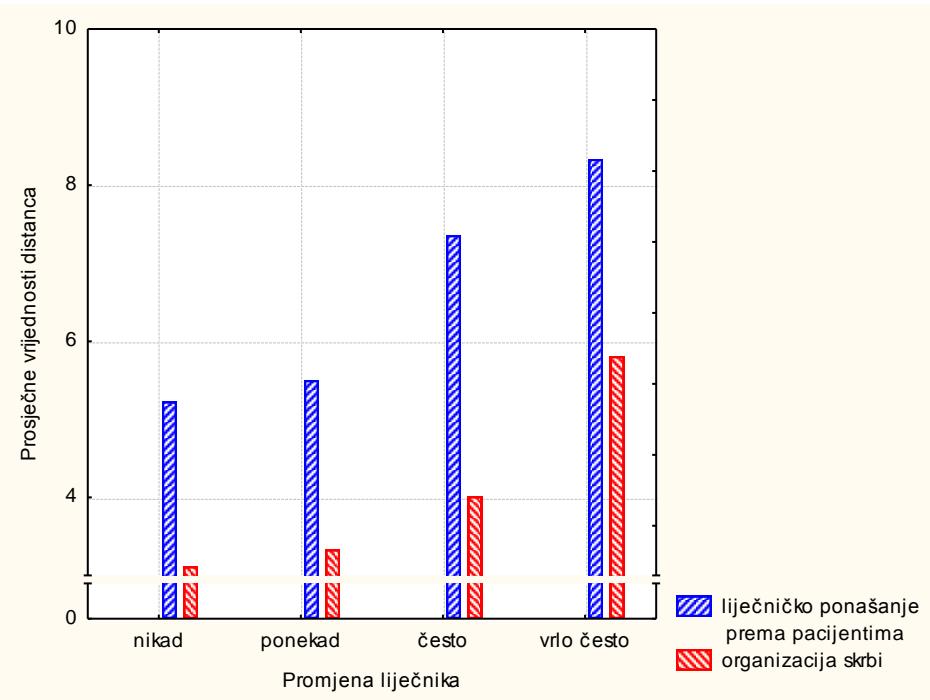
Indeksi različitosti cjelokupne kvalitete skrbi (liječničko ponašanje prema pacijentu i organizacija skrbi) ovise o liječnikovom poznavanju tegoba pacijentovih i zdravstvenog stanja ostalih članova njegove obitelji, te o učestalosti razmišljanja pacijenta o promjeni liječnika. Što liječnici bolje poznaju zdravstveno stanje svojih pacijenata i članova njihovih obitelji to se više slažu u procjeni kvalitete primarne zdravstvene skrbi sa svojim pacijentima (Prilozi 15, 16, 17 i 18, slike 16 i 17). Nadalje, što pacijenti češće razmišljaju o promjeni svoga liječnika to su veće razlike u procjenama kvalitete zdravstvene skrbi između pacijenata i liječnika, (Prilozi 19 i 20, slika 18).



Slika 16. Efekt liječnikovog poznavanja tegoba pacijenta na razlike u procjenama kvalitete primarne zdravstvene zaštite između liječnika i pacijenata.



Slika 17. Efekt liječnikovog poznavanja zdravstvenih tegoba drugih članova pacijentove obitelji na razlike u procjenama kvalitete primarne zdravstvene zaštite između liječnika i pacijenata.



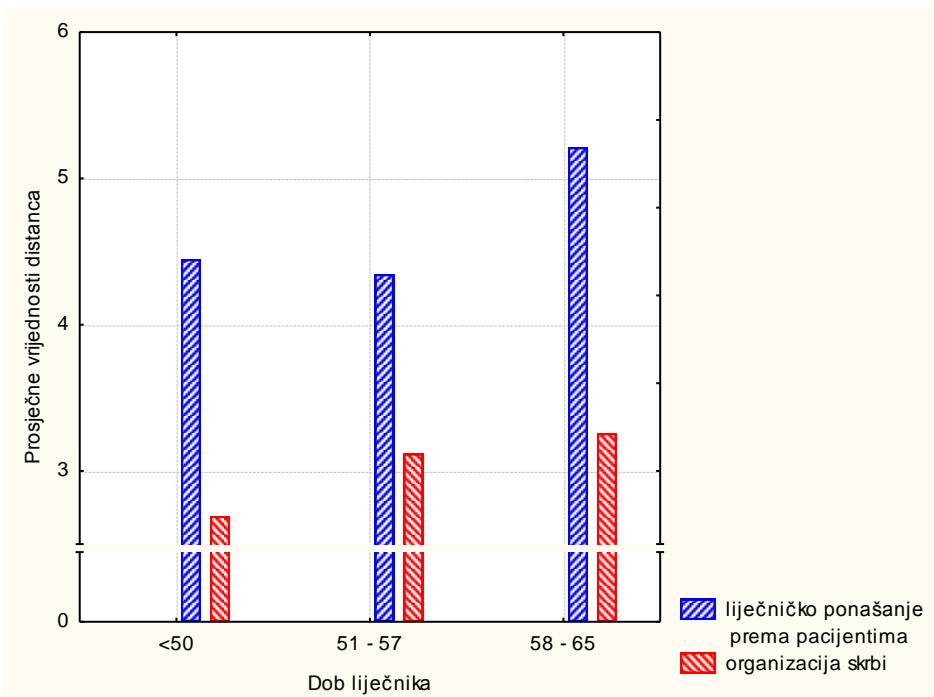
Slika 18. Efekt učestalosti razmišljanja pacijenta o promjeni liječnika na razlike u procjenama kvalitete primarne zdravstvene zaštite između liječnika i pacijenata.

Tablica 14 Razlike u distancama pacijentovih i liječničkih procjena kvalitete zdravstvene skrbi s obzirom na socio-demografske karakteristike liječnika.

Izvor varijabiliteta	Ponašanje liječnika		Organizacija skrbi	
	df	F	df	F
Dob liječnika	2/317	5,97*	2/317	3,18*
Status ordinacije	1/318	0,07	1/318	0,23
Bračni status liječnika	1/318	4,06*	1/318	2,58
Ukupni radni staž liječnika	1/318	4,13*	1/318	2,69
Staž liječnika na sadašnjem radnom mjestu	1/318	0,31	1/318	0,47

* $p < 0,05$

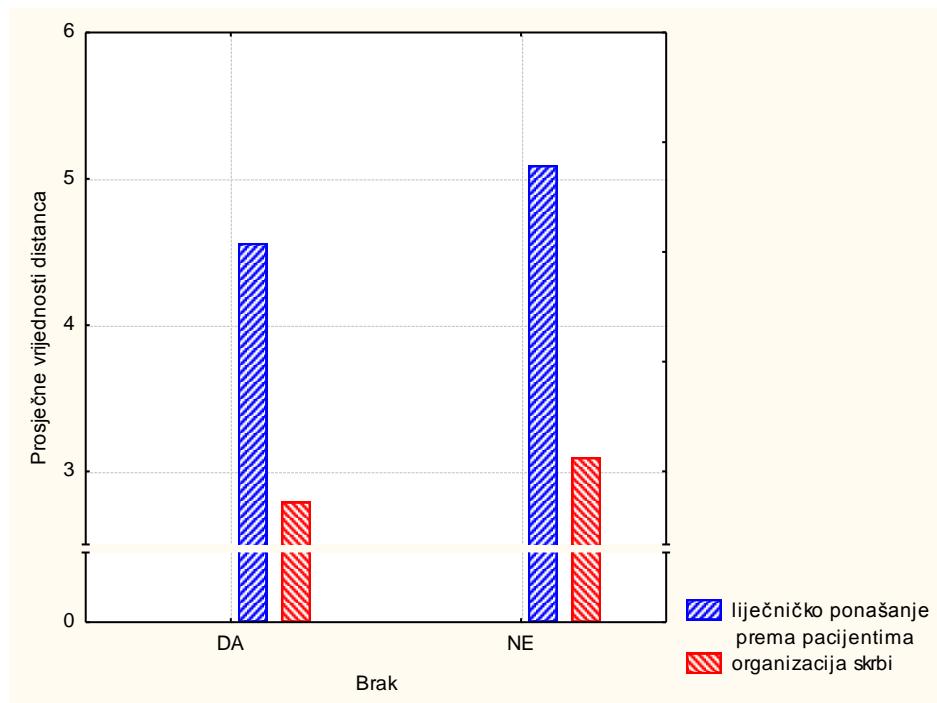
Što se tiče karakteristika liječnika, pokazalo se kako dob liječnika ima efekt na razlike u procjenama kvalitete između liječnika i pacijenata (slika 19). Procjene obje mjere kvalitete od strane pacijenata su manje slične procjenama starijih liječnika (Prilozi 21 i 22).



Slika 19. Efekt dobi liječnika na razlike u procjenama kvalitete primarne zdravstvene zaštite između liječnika i pacijenata.

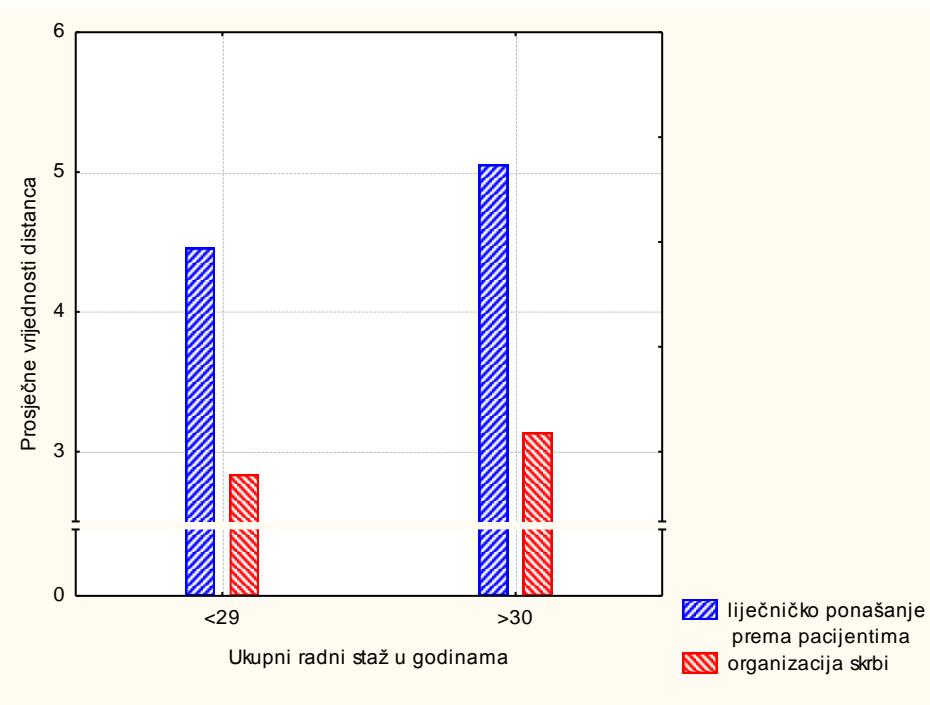
Nadalje, rezultati analize varijance pokazuju kako bračni status liječnika ima statistički značajan efekt na razliku u procjenama liječnikovog ponašanja između liječnika i pacijenata.

Razlika u procjenama između pacijenata i liječnika je manja ako su liječnici u braku (slika 20).



Slika 20. Razlike u procjenama kvalitete primarne zdravstvene zaštite između pacijenata i liječnika koji su u braku i koji nisu.

Na posljetku, postoji statistički značajna razlika u razlikama procjena liječnika i pacijenata ovisno o ukupnom stažu liječnika (slika 21). Liječnici koji ukupno rade manje od 30 godina, sličnije pacijentima procjenjuju svoje ponašanje prema pacijentima u odnosu na liječnike koji ukupno rade više od 30 godina.



Slika 21. Efekt ukupnog radnog staža liječnika na razlike u procjenama kvalitete primarne zdravstvene zaštite između liječnika i pacijenata.

Tablica 15 Razlike u distancama pacijentovih i liječničkih procjena kvalitete zdravstvene skrbi s obzirom na organizacijske karakteristike zdravstvene zaštite.

Izvor varijabiliteta	Ponašanje liječnika		Organizacija skrbi	
	df	F	df	F
Broj prijavljenih pacijenata kod liječnika	3/316	0,98	3/316	0,02
Prosječan broj pacijenata dnevno kod liječnika	2/317	0,47	2/317	0,18
Prosječna dob pacijenata liječnika	1/318	1,77	1/318	0,92

Rezultati analize varijance pokazuju da organizacijske karakteristike zdravstvene zaštite, odnosno broj prijavljenih pacijenata kod liječnika, prosječan broj pacijenata dnevno i prosječna dob pacijenata nemaju učinak na razlike u distancama pacijentovih i liječničkih procjena kvalitete primarne zdravstvene zaštite.

Tablica 16 Razlike u procjenama pacijenata s obzirom na važnost koju pridaju pojedinim karakteristikama liječnika i ordinacije.

Izvor varijabiliteta	Ponašanje liječnika		Organizacija skrbi	
	df	F	df	F
Odnos i komunikacija liječnika	4/315	3,97*	4/315	5,11*
Zdravstvena skrb	4/315	2,13	4/315	1,70
Informacije i podrška	4/315	2,93*	4/315	2,70*
Organiziranost i sistematičnost liječnika	4/315	1,90	4/315	2,11
Dostupnost i raspoloživost zdravstvenih usluga u ordinaciji	4/315	3,34*	4/315	2,13*

* $p < 0,05$

Rezultati pokazuju da postoji statistički značajna razlika u procjenama pacijenata s obzirom na važnost koju pridaju odnosu i komunikaciji liječnika. Post hoc analiza (Prilozi 23 i 24) pokazuje kako su pacijenti zadovoljniji kvalitetom skrbi što su im odnos i komunikacija liječnika važniji (pridaju joj niži rang). Međutim, ne postoji razlika u procjenama između pacijenata koji stavljuju odnos i komunikaciju na peto mjesto i onih koji stavljuju na viša mjesta za obje mjere kvalitete. Nadalje, važnost koju pacijenti pridaju informacijama i podršci također ima efekt na obje mjere kvalitete primarne zdravstvene zaštite. Post hoc analiza (Prilozi 25 i 26) pokazuje kako su procjene liječnikovog ponašanja veće kod pacijenata koji informacije i podršku stavljuju na treće ili četvrto mjesto u odnosu na pacijente koji informacije i podršku stavljuju na prvo mjesto. Nadalje, procjene organizacijske kvalitete su niže kod pacijenata koji informacije i podršku stavljuju na posljednje mjesto u odnosu na pacijente koji im pridaju prvo, treće ili četvrto mjesto. Razlike između ostalih skupina nisu značajne. Na posljeku, postoji statistički značajna razlika u procjenama obje mjere kvalitete skrbi s obzirom na važnost koju pacijenti pridaju dostupnosti i raspoloživosti zdravstvenih usluga u ordinaciji. Post hoc analiza pokazuje (Prilog 27) kako kod liječničkog ponašanja postoji razlika između pacijenata koji ovu karakteristiku stavljuju na posljednje mjesto i onih koji je stavljuju na prvo, treće i četvrto mjesto. Pacijenti koji ovu karakteristiku stavljuju na posljednje mjesto manje su zadovoljni ponašanjem svoga liječnika od pacijenata koji joj pridaju veću važnost (prvo, treće ili četvrto mjesto). Kod organizacijske kvalitete (Prilog 28) postoji razlika u procjenama pacijenata koji dostupnosti i raspoloživosti zdravstvenih usluga pridaju najveću važnost i onih koji je stavljuju na posljednja dva mesta. Pacijenti koji ovu karakteristiku stavljuju na posljednja dva mesta zadovoljniji su organizacijskom kvalitetom skrbi od pacijenata koji ovu karakteristiku stavljuju na prvo mjesto.

4.5. Što liječnici predlažu kako bi se poboljšala kvaliteta primarne zdravstvene zaštite?

Kako bi se identificirala ključna poboljšanja koja su potrebna kako bi se unaprijedila kvaliteta primarne zdravstvene zaštite izračunate su frekvencije odabira prijedloga liječnika.

Tablica 17 Najčešće odabrana poboljšanja od strane liječnika.

Poboljšanja	f	%
1. Smanjivanje broja pacijenata.	20	20,833
2. Omogućavanje specijalizacije obiteljske medicine	2	2,083
3. Omogućavanje specijalizacije školske medicine.	2	2,083
4. Odvajanje školske medicine od primarne zdravstvene zaštite.	7	7,291
5. Bolja organiziranost rada na prevenciji.	5	5,208
6. Spajanje ordinacija opće/obiteljske medicine u poliklinički centar.	9	9,375
7. Omogućavanje besplatnih edukacija liječnicima od strane Ministarstva.	22	22,916
8. Osiguravanje baze liječnika za zamjene.	23	23,958
9. Povećanje finansijske potpore Ministarstva za osiguranje opreme i uvjeta rada u ordinacijama.	5	5,208
10. Unaprjeđivanje elektronske povezanosti s drugim zdravstvenim službama.	0	0
11. Ne omalovažavati struku.	1	1,042

Iz tablice 17 vidljivo je kako liječnici smatraju da bi kvaliteta primarne zdravstvene zaštite bila veća kada bi se osigurale baze liječnika za zamjene, zatim liječnicima omogućile besplatne edukacije od strane Ministarstva, te smanjio broj pacijenata po ordinaciji. Vrijednim smatraju i spajanje ordinacija u polikliničke centre, odvajanje školske medicine od primarne zdravstvene zaštite, bolju organiziranost rada na prevenciji, povećanje finansijske potpore Ministarstva za osiguranje opreme i uvjeta rada u ordinacijama iako manje učestalo.

5. RASPRAVA

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati zadovoljstvo kvalitetom primarne zdravstvene zaštite iz perspektive njezinih važnih sudionika, korisnika i pružatelja zdravstvene skrbi; pacijenata i liječnika opće/obiteljske prakse te utvrditi postoji li razlika u zadovoljstvu primarnom zdravstvenom zaštitom s obzirom na neke karakteristike liječnika i pacijenata.

Pacijenti kvalitetu primarne zdravstvene zaštite procjenjuju na dvije dimenzije; „ponašanje liječnika prema pacijentima“ i „organizacija skrbi“. Uvidom u pojedine čestice kojima se ispituje svaka od ove dvije dimenzije, utvrđeno je da kada je riječ o dimenziji „ponašanje liječnika prema pacijentu“ pacijenti su najzadovoljniji povjerljivošću liječnika, točnošću liječnika te liječnikovim slušanjem onog što pacijenti govore. S druge strane najmanje su zadovoljni ponudom preventivnih usluga u ordinaciji, sudjelovanjem u donošenju odluka i emocionalnom potporom koju dobivaju od liječnika. Kad je riječ o organizacijskoj kvaliteti pacijenti su najviše zadovoljni pruženom pomoći u slučaju hitnih problema, dok su najmanje zadovoljni dužinom čekanja na pregled.

Iz procjena pacijenata vidljivo je kako pacijenti relativno bolje procjenjuju liječnikovo ponašanje prema njima nego organizaciju skrbi. Ovakav rezultat u skladu je i s rezultatima pilot istraživanja provedenog u Hrvatskoj (Ljubičić i sur., 2006). Ponašanje liječnika sadržajno se uglavnom odnosi na liječnikovo postupanje prema pacijentu, dok je u organizaciju skrbi uključeno više čimbenika. Na manje zadovoljstvo organizacijom skrbi mogu utjecati faktori koji nisu pod direktnom kontrolom liječnika, npr. gužva u čekaonici, mogućnost naručivanja za pregled, itd. Razumljivo je da su procjene organizacije skrbi nešto niže s obzirom na to da se ordinacije razlikuju po mogućnosti naručivanja za pregled i čak po dostupnosti telefonske veze s obzirom na to da neke od ordinacija imaju zajedničku telefonsku liniju. S druge strane, liječnici su podjednako zadovoljni svojim ponašanjem prema pacijentu i organizacijom skrbi. Međutim, procjene obje mjere kvalitete su prilično visoke. Ovakav rezultat dobiven je i u norveškom istraživanju kvalitete primarne zdravstvene zaštite (Bjertnaes i sur., 2010). Visoke procjene obje mjere kvalitete skrbi mogu biti tzv. efekt „stropa“ koji se događa kada je većina rezultata grupirana oko većih vrijednosti. Pojava ovog efekta upućuje na činjenicu da korištena skala nema dovoljno velik raspon za smještaj distribucije podataka ili da ispitanici socijalno poželjno procjenjuju kvalitetu skrbi (Bjertnaes i sur., 2010).

U svrhu odgovora na prvi problem ispitano je međusobno slaganje pacijenata i njihovih liječnika u percepciji važnosti pojedinih karakteristika općeg/obiteljskog liječnika i ordinacije. Dobiveni rezultati ukazuju na niske iako statistički značajne konzistentnosti kako kod pacijenata tako i kod skupine liječnika. Prosječni rangovi pokazuju kako i liječnici i pacijenti najvažnijom smatraju zdravstvenu skrb koju pružaju/primaju, zatim odnos i komunikaciju liječnika, dostupnost i raspoloživost zdravstvenih usluga u ordinaciji, organiziranost i sistematičnost liječnika te na kraju informacije i podršku koju pružaju pacijentima/primaju od liječnika. Rezultati zapravo djelomično potvrđuju prvu hipotezu, slaganje liječnika u percepciji važnosti nekih aspekata primarne zdravstvene skrbi, no ne i neslaganje samih pacijenata. Štoviše, rezultati upućuju na moguće međusobno slaganje između liječnika i pacijenata u percepciji važnosti ovih kategorija. Vjerojatno su liječnici kroz svoje radno iskustvo naučili prepoznati prioritete pacijenata i shodno njihovim očekivanjima vrednuju karakteristike skrbi.

Procjene kvalitete primarne zdravstvene zaštite na obje dimenzije su međusobno umjerenog pozitivno povezane, kako kod skupine liječnika tako i kod skupine pacijenata. Vrlo vjerojatno je riječ o dva međusobno ovisna aspekta kvalitete primarne zdravstvene zaštite (ponašanje liječnika prema pacijentima i organizacija skrbi). Moguće je da 'neorganizirani' liječnici kod kojih se puno čeka na pregled, nemaju dovoljno vremena za komunikaciju s pacijentom, kasne na posao ili ne poštuju vlastito radno vrijeme ili ne pamte dovoljno dobro prijašnje susrete s pacijentom. S druge strane, ako liječnici previše vremena provode s pacijentom rezultat može biti loša organizacija (duže čekanje u ordinaciji, neodgovaranje na pozive pacijenata). Nadalje, liječnici koji informiraju svoje pacijente o njihovom zdravstvenom stanju i dobro ih pripremaju za moguće pretrage i specijalističke preglede možda su skloniji odgovaranju na pozive pacijenata ili izlasku na teren u slučaju hitnih problema pacijenata, odnosno općenito su responzivniji na potrebe pacijenata. Procjene kvalitete primarne zdravstvene zaštite od strane pacijenata negativno su povezane s procjenama kvalitete od strane liječnika koji im pružaju primarnu zdravstvenu zaštitu. Ovo posebice vrijedi za procjene liječnikovog ponašanja prema pacijentima. Dakle, pacijenti su manje zadovoljni ponašanjem liječnika ako skrb primaju od liječnika koji su zadovoljniji svojim ponašanjem prema pacijentima. U prilog ovim rezultatima idu i rezultati koji pokazuju da postoji razlika u pacijentovom zadovoljstvu primarnom zdravstvenom zaštitom ovisno o razlikama liječnika i pacijenata u procjenama kvalitete. Dakle, pacijenti koji sličnije liječnicima procjenjuju kvalitetu skrbi ujedno su i zadovoljniji cjelokupnom kvalitetom skrbi

od pacijenata čije se procjene više razlikuju od procjena liječnika. Moguće je da su liječnici pri procjeni kvalitete svoga rada više usmjereni na svoju opću sposobnost, nego na realnu izvedbu zbog čega su njihove procjene veće. Iako su prema teoriji samoefikasnosti (Bandura 1977 prema Bose i sur., 2001) ljudi motivirani da se točno procijene, moguć je konflikt između točnosti procjene vlastite uspješnosti i obrambenih motiva vezanih uz samopoštovanje. Prema teoriji samopopoljšanja (Greenwald, 1980 prema Bose i sur., 2001) ljudi se procjenjuju povoljno; pojedinci nižeg samopoštovanja se procjenjuju povoljnije od pojedinaca višeg samopoštovanja. S druge strane, teorija konzistencije (Korman, 1970 prema Bose i sur., 2001) smatra da pojednici percipiraju svoje ponašanje konzistentno s njihovim samopoštovanjem kako bi zadržali stabilnu sliku o sebi. Dakle, prema ovoj teoriji pojedinci višeg samopoštovanja se procjenjuju povoljnije od pojedinaca niskog samopoštovanja. Moguće je da liječnici iskrivljuju svoje procjene kako bi se uklopile u njihovu preferiranu vlastitu sliku sebe ili da se više dosjećaju onih ponašanja koji su konzistentni s njihovim samopoštovanjem. Dobiveni rezultati ukazuju i na nedostatke korištenja samoprocjena kao jedine mјere radne uspješnosti i naglašavaju važnost korištenja mјera iz više izvora kao realnijeg pokazatelja uspješnosti i kvalitete cjelokupne zdravstvene zaštite.

Treći problem istraživanja je bio testirati odnose između socio-demografskih i drugih karakteristika liječnika i pacijenata s procjenama kvalitete primarne zdravstvene zaštite. Čini se da procjene kvalitete primarne zdravstvene skrbi ovise o nekim karakteristikama pacijenata kao procjenjivača. Tako su muškarci zadovoljniji liječničkim ponašanjem prema njima nego što su žene. Iako ovaj rezultat nije u skladu s rezultatima nekih istraživanja na ovom području (Campbell i sur., 2001), ipak bi se ova razlika mogla povezati s dosada utvrđenim razlikama u čestini posjeta ordinacijama primarne zdravstvene zaštite. Žene uglavnom češće koriste usluge zdravstvene zaštite te imaju više iskustva kao temelja za procjenu kvalitete zdravstvene zaštite, stoga je moguće kako su njihove procjene 'realnije' od procjena muškaraca. Nadalje, stariji pacijenti procjenjuju cjelokupnu kvalitetu skrbi boljom od mlađih ispitanika. Moguće da dob djeluje na procjene kvalitete zbog učestalih posjeta liječniku koji su karakteristični za starije pacijente. Zbog učestalih kontakta s primarnom zdravstvenom zaštitom postoji veća šansa da liječnik i sustav ostave bolji dojam na pacijenta (Campbell i sur., 2001). Međutim, moguće je i da su stariji pacijenti manje skloni nepoželjno procijeniti liječnika od mlađih pacijenata. Kod najstarije grupe pacijenata, međutim procjene kvalitete opadaju i ne razlikuju se od drugih grupa. Razlog za ovaj trend može biti taj da pacijenti ove skupine imaju najveće zdravstvene potrebe i najveća očekivanja od liječnika (smatraju struku

liječnika svemušćom) zbog čega je liječnicima teže postići da budu zadovoljni pruženom zdravstvenom zaštitom. Nadalje, kronični pacijenti zadovoljniji su ponašanjem liječnika prema njima od pacijenata koji nemaju kronična oboljenja. Razlog može biti u učestalijim posjetama liječniku koje omogućuju liječniku da ostavi bolji dojam na pacijenta. Može se pretpostaviti da kronični pacijenti zapravo više traže pomoć unutar sustava primarne zdravstvene zaštite. S postavljanjem dijagnoze kroničnog oboljenja manje je potrebna daljnja uključenost viših razina zdravstvenog sustava koliko sama kontrola i kontinuirano praćenje oboljenja u okviru primarne zdravstvene zaštite. Međutim, razlog može biti i sam odnos liječnika i kroničnog pacijenta koji je specifičan. U velikom broju slučajeva riječ je zapravo o partnerskom odnosu liječnika i pacijenta kojeg karakterizira liječnikovo kontinuirano praćenje zdravstvenog stanja pacijenta i rano uočavanje promjena te provođenje mjera potrebnih za sprječavanje dalnjeg narušavanja zdravlja. Kroničnost oboljenja prepostavlja da će liječnik dati pacijentu više informacija o oboljenju, preciznije upute o ponašanju kao i ograničenjima povezanim s tom bolešću uz to više uključujući pacijenta u donošenje odluka vezanih za njegovo zdravlje, što se sve može reflektirati na procjenu kvalitete. Nadalje, očekivano, efekt na procjene obje mjere kvalitete primarne zdravstvene zaštite pokazuju pacijentove procjene liječnikovog poznavanja njegovih tegoba i tegoba drugih članova njegove obitelji te učestalost razmišljanja o promjeni liječnika. Pacijenti koji smatraju da liječnik dobro poznaje njihove zdravstvene tegobe i zdravstvene tegobe članova njihove obitelji zadovoljniji su kvalitetom primarne zdravstvene zaštite. Upravo ovim poznavanjem zdravstvenog stanja su dobrim djelom i saturirane čestice kvalitete, pa ovakav rezultat samo upućuje na to da je taj aspekt primarne zdravstvene skrbi važan pacijentima. Jedini izuzetak su pacijenti koji smatraju da liječnici nimalo ne poznaju zdravstvene tegobe članova njihovih obitelji. Vrlo vjerojatno je riječ o pacijentima kojima drugi članovi obitelji nisu prijavljeni kod istog liječnika zbog čega procjena cjelokupne kvalitete primarne zdravstvene zaštite ne ovisi o liječnikovom poznavanju zdravstvenih tegoba drugih članova pacijentove obitelji. Na posljetku, pacijenti koji su manje su zadovoljni s kvalitetom cjelokupne primarne zdravstvene zaštite češće razmišljaju o promjeni svoga liječnika. U prilog dobivenim rezultatima govore i rezultati dobiveni na razlikama u procjenama kvalitete između liječnika i pacijenata. Stariji pacijenti procjenjuju liječnikovo ponašanje sličnije liječnicima od mlađih pacijenata. Razlog ponovno može biti zbog češćih posjeta starijih pacijenata ili tendencija starijih pacijenata da poželjno procjene svoga liječnika. Zatim, kronični pacijenti procjenjuju organizacijsku kvalitetu skrbi sličnije njihovim liječnicima nego pacijenti koji nisu kronično oboljeli. S obzirom na veće zdravstvene potrebe koje znače i češće posjete i pozive ordinaciji, kronični pacijenti svoju

ocjenu kvalitete organizacije skrbi temelje na većem iskustvu zbog čega je organizacija skrbi na pacijenta mogla ostaviti bolji dojam. Međutim, kako se kod kroničnih oboljenja uglavnom radi na kontroli i kontinuiranom praćenju oboljenja, moguće je da kronični bolesnici posjete ambulantu samo zbog produženja terapije ili obavljanja rutinskih pretraga u ordinaciji, kao što su mjerjenje krvnog tlaka i pretrage krvi (koje su odnedavno ponovno uvedene u ordinacije primarne zdravstvene zaštite, za koje je uglavnom predviđen određeni termin u tjednu i gdje čak najveći dio posla obavlja medicinska sestra zaposlena u ordinaciji), zbog čega pozitivnije vrednuju kvalitetu organizacije skrbi. Efekt na vrijednosti indeksa različitosti cjelokupne kvalitete skrbi pokazuju i procjene pacijenata o liječnikovom poznавању njegovih tegoba i tegoba ostalih članova njegove obitelji, kao i pacijentova učestalost razmišljanja o promjeni liječnika. Procjene pacijenata koji smatraju da liječnik dobro poznaje njihove tegobe i druge članove njihove obitelji te pacijenata koji rijetko razmišljaju o promjeni liječnika sličnije su procjenama liječnika. Efekti dobiveni na procjenama pacijenata zapravo se ponavljaju i na razlikama u procjenama između liječnika i pacijenata što ponovno potvrđuje prethodno navedenu tendenciju liječnika da precjenjuju kvalitetu pružene zdravstvene zaštite.

Procjene kvalitete primarne zdravstvene zaštite od strane pacijenata ovise i o karakteristikama liječnika i organizacijskim karakteristikama skrbi. Učinak na pacijentove procjene organizacijske kvalitete skrbi pokazuje dob liječnika. Dakle, pacijenti su manje zadovoljni organizacijskom kvalitetom skrbi koju pružaju stariji liječnici u odnosu na mlađe liječnike. Kako je i prije spomenuto na organizacijsku kvalitetu mogu utjecati faktori koji nisu pod direktnom kontrolom liječnika, npr. gužva u čekaonici, mogućnost naručivanja za pregled, itd. Moguće je da su stariji liječnici temeljitiji i provode više vremena sa svakim pacijentom što utječe na čekanje pacijenata u ordinaciji čekaonice ili da stariji liječnici nisu uveli mogućnost naručivanja pacijenata za pregled zbog čega su procjene organizacijske kvalitete niže. Isto tako je moguće da su mlađi liječnici vještiji u balansiranju većim brojem obaveza u opisu njihova posla, zbog čega češće odgovaraju na telefonske pozive pacijenata, češće izlaze na teren u slučaju hitnih problema pacijenta te je čekanje na pregled kod njih kraće. Nadalje, postoje razlike u zadovoljstvu pacijenata organizacijskom kvalitetom s obzirom na bračni status liječnika; pacijenti su zadovoljniji organizacijskom kvalitetom ako su prijavljeni kod liječnika koji su u braku. Međutim, ovaj rezultat treba uzeti s rezervom budući da je velika većina liječnika koju su sudjelovali u istraživanju u braku. Na posljeku, prosječan broj pacijenata dnevno u ordinaciji ima efekt na pacijentovo zadovoljstvo liječnikovim ponašanjem prema njemu. Suprotno očekivanom, pacijenti koji su prijavljeni u

ordinacije koje posjeti više od 80 pacijenata dnevno zadovoljniji su ponašanjem liječnika od pacijenata koji su prijavljeni u ordinacije koje posjeti manje od 60 pacijenata dnevno. Međutim, točnost podatka o prosječnom broju pacijenata dnevno može biti upitna, jer ova brojka uključuje i pacijente koji su liječnika kontaktirali telefonom ili posjetili liječnika samo zbog uputnice gdje velik dio posla za liječnika obavlja i medicinska sestra. S druge strane, veći broj pacijenata u ordinaciji dnevno može govoriti i o sposobnosti liječnika da prepozna potrebe i očekivanja pacijenata zbog čega ga pacijenti češće posjećuju i bolje procjenjuju. U prilog ovim rezultatima idu i rezultati dobiveni na razlikama u procjenama između liječnika i njegovih pacijenata. Razlika u procjenama kvalitete primarne zdravstvene zaštite između pacijenata i liječnika ovisi o dobi liječnika, njegovom bračnom statusu i ukupnom radnom stažu. Razlika u procjenama kvalitete između liječnika i pacijenata je manja ako su liječnici koji pružaju skrb mlađi, u braku, te imaju radni staž manji od 30 godina. Rezultati ponovno dokazuju već spomenutu tendenciju liječnika da precjenjuju kvalitetu pružene zdravstvene zaštite, posebice kada se usporede s prethodno navedenim rezultatima na pacijentovim procjenama kvalitete. Primjerice, pokazalo se da su pacijenti manje zadovoljni kvalitetom skrbi starijih liječnika u odnosu na mlađe liječnike, zbog čega je distanca između procjena starijih liječnika i pacijenata odmah automatski veća itd.

Rezultati na procjenama liječnika pokazuju kako nijedna od ispitivanih karakteristika liječnika i karakteristika organizacije zdravstvene zaštite nema učinak na liječničke procjene kvalitete primarne zdravstvene zaštite. Iako je bilo za pretpostaviti da će varijable kao što su broj prijavljenih pacijenta u ordinaciji, prosječan broj pacijenata dnevno, prosječna dob pacijenata i ostale utjecati na kvalitetu s obzirom na to da veći broj pacijenata uglavnom znači i manje vremena za liječnika da se posveti pojedinom pacijentu, a dob pacijenata može biti usko vezana uz češće te ponekad i teške posjete pacijenata te tako smanjiti kvalitetu skrbi, efekt svih varijabli pokazao se neznačajan. Moguće je da ispitivane varijable svaka za sebe ne daju dostatno informacija o opterećenju liječnika, na primjer veći broj prijavljenih pacijenata ne znači nužno i veće zdravstvene potrebe tih pacijenata. Razlog za ovakav ishod može biti i da su liječnici navikli na svoje uvjete rada i razvili strategije za očuvanje kvalitete rada. Međutim, vjerojatno je i da se u ovom slučaju potvrđuje već spomenuta tendencija liječnika da precjenjuju kvalitetu vlastitoga rada. Uostalom, točnost određenih podataka dobivenih od strane liječnika je upitna. Riječ je o podacima o prosječnoj dobi pacijenata koju su liječnici okvirno procjenjivali te prosječnom broju pacijenata dnevno, koji uključuje i pacijente koji su

liječnika kontaktirali telefonom ili posjetili liječnika samo zbog uputnice gdje velik dio posla za liječnika obavlja i medicinska sestra.

Posljednji problem istraživanja bio je utvrditi potrebna poboljšanja za unaprjeđenje kvalitete primarne zdravstvene zaštite. Zadatak liječnika je bio da na listi navedenih poboljšanja zaokruže maksimalno tri poboljšanja za koje smatraju da su najpotrebnija. Najpotrebnijim poboljšanjima liječnici smatraju osiguravanje baze liječnika za zamjene, omogućavanje besplatne edukacije od strane Ministarstva, te smanjenje broja pacijenata po ordinaciji. Budući da se većina liječnika odlučila za ova tri poboljšanja, može se zaključiti kako su ovo ključna poboljšanja potrebna za unaprjeđenje kvalitete primarne zdravstvene zaštite. Dobiveni rezultati su očekivani, odnosno potvrđena je hipoteza da se liječnici slažu u odabiru određenih poboljšanja potrebnih za unaprjeđenje kvalitete primarne zdravstvene zaštite, najvjerojatnije zbog sličnih uvjeta rada te istu ekonomsku, političku i društvenu situaciju u kojoj se struka opće/obiteljske medicine nalazi.

Rezultate dobivene ovim istraživanjem kao i zaključke utemeljene na njima treba suzdržano prihvati zbog toga što su dobiveni na prigodnom uzorku. Prije svega, uzorak liječnika zahvaćen u istraživanju bi trebao biti veći kako bi se dobili konkretniji podaci o efektu dobi liječnika, staža, broju pacijenata liječnika, itd. na procjene zadovoljstva liječnika i pacijenata. Vrlo je važno i dobiti što točnije i objektivnije podatke o organizacijskim karakteristikama skrbi, a ne se oslanjati samo na procjene liječnika o ovim karakteristikama. Nadalje, treba uzeti u obzir i činjenicu da je instrument Europep prvenstveno konstruiran i dosad korišten za ispitivanje zadovoljstva pacijenata s kvalitetom primarne zdravstvene zaštite, te kao takav moguće je da ne uključuje sve dimenzije kvalitete koje su važne liječnicima. Treba uzeti u obzir i relativno malen raspon za smještaj distribucije podataka na instrumentu i mogućnost da ispitanici socijalno poželjno procjenjuju kvalitetu skrbi, na što ukazuju visoke prosječne vrijednosti procjena. Nadalje, moguće je i da se pacijenti i liječnici razlikuju još po nekim varijablama koje nisu zahvaćene ovim istraživanjem, a mogu biti relevantne za zadovoljstvo kvalitetom primarne zdravstvene zaštite. Buduća istraživanja kvalitete primarne zdravstvene zaštite iz perspektive liječnika i pacijenata bi trebala koristiti instrumente koji će adekvatno zahvatiti sve dimenzije koje liječnici i pacijenti smatraju relevantnim (kao što su npr. učinkovitost, efikasnost, prostor i oprema za rad, itd.) kako bi se dobila kompletnija slika o ukupnoj kvaliteti primarne zdravstvene zaštite.

6. ZAKLJUČCI

Liječnici i pacijenti slažu se u procjenama važnosti pojedinih karakteristika općeg/obiteljskog liječnika i ordinacije. Najvažnijom smatraju zdravstvenu skrb koju pružaju/primaju, zatim odnos i komunikaciju liječnika, dostupnost i raspoloživost zdravstvenih usluga u ordinaciji, organiziranost i sistematicnost liječnika te na kraju informacije i podršku koju pružaju pacijentima/primaju od liječnika.

Procjene kvalitete primarne zdravstvene zaštite od strane pacijenata negativno su povezane s procjenama kvalitete od strane liječnika koji im pružaju primarnu zdravstvenu zaštitu.

Nadalje, značajne učinke na prosječne procjene pacijenata pokazuju: neke karakteristike samih pacijenata kao što su spol, dob, prisutnost kroničnih oboljenja, pacijentove procjene liječnikovog poznavanja njegovih tegoba i zdravstvenih tegoba drugih članova njegove obitelji te učestalost razmišljanja o promjeni liječnika; zatim neke karakteristike liječnika i organizacije skrbi kao što su dob liječnika, bračni status liječnika i prosječan broj pacijenata dnevno u ordinaciji; te razlike pacijenata i liječnika u procjenama kvalitete primarne zdravstvene zaštite.

Što se pak tiče liječničkih procjena kvalitete primarne zdravstvene zaštite, nijedna od ispitivanih socio-demografskih karakteristika liječnika i organizacijskih karakteristika zdravstvene zaštite nema efekt na navedene procjene.

Rezultati dobiveni na distancama (razlikama u procjenama kvalitete između liječnika i svakog pacijenta) pokazuju da varijable koje imaju značajan efekt na procjene pacijenata također imaju efekt i na razliku u procjenama između liječnika i pacijenata.

Na posljetku, liječnici se slažu u odabiru najpotrebnijih poboljšanja u području primarne zdravstvene zaštite. Najpotrebnijim poboljšanjima smatraju osiguravanje baze liječnika za zamjene, omogućavanje besplatne edukacije od strane Ministarstva, te smanjenje broja pacijenata po ordinaciji.

7. LITERATURA

- Al-Assaf, A.E. i Sheikh, M. (2004). *Quality improvement in primary health care – a practical guide*. Cairo: World Health Organization Regional Office for Eastern Mediterranean.
- An, P.G., Rabatin, J.S., Mandwell, L.B., Linzer, M., Brown, R.L. i Schwartz,M.D. (2009) Burden of difficult encounters in primary care: Data from the minimizing error, maximizing outcomes study. *The Journal of the American Medical Association Internal medicine*, 169(4), 410-414.
- Bakar, Ž. (2009). Korijeni nezadovoljstva liječnika primarne zdravstvene zaštite. *Medicina Familiaris Croatica*, 17(1-2), 85-92.
- Bjertnaes, O.A., Lyngstad, I., Malterud, K., Garratt, A. (2011). The Noregian EUROPEP questionnaire for patient evaluation of general practite: dana quality, reliability and construct validity. *Family Practice*, 28(3), 342-349.
- Bose, S., Oliveras, E. i Edson, W.N. (2001). How can self-assessment improve the quality of healthcare? *Quality Assurance Project*, 2(4), 1-24.
- Buciuniene, I., Blazeviciene, A. i Bliudziute, E. (2005). Health care reform and job satisfaction of primary health care physicians in Lithuania. *BMC Family practice* 6(1), 10.
- Campbell, J.L., Ramsay, J. i Green, J. (2001). Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Quality in Health Care*, 10, 90-95.
- Cheraghi-Sohi, S., Hole, A.R., Mead, N., McDonald, R., Whalley,D., Bower, P. i Roland, M. (2008). What patients want from primary care consultations: a discrete choice experiment to identify patients' priorities. *Annals of Family Medicine*, 6, 107-115.
- Coulter, A. i Elwyn, G. (2002). What do patients want from high-quality general practice and how do we involve them in improvement? *British Journal of General Practice*, 52, 22-26.
- Drain. M. (2001). Quality improvement in primary care and the importance of patient perceptions. *Journal of Ambulatory Care Management*, 24(2) 30-46.

- Grol, R. i Wensing, M. (2000). *Patients evaluate general/family practice – The EUROPEP instrument*. Nijmegen: World Organisation of Family Doctors - WONCA/European Association for Quality in Family Practice.
- Grol, R. i Wensing, M. (2000). *Patients evaluate general/family practice – The EUROPEP instrument*. H. Tiljak (ur.). Zagreb: Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“.
- Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Jung, H.P., Ferreira, P., Hearnshaw, H., Hjortdahl, P., Olesen, F., Reis, S., Ribacke, M. i Szecsenyi, J. (2000). Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *British Journal of General Practice*, 50, 882-887.
- Ivković, S., Cerovečki, V., Ožvačić, Z., Soldo, D., Buljan, N., Petriček, G., Murgić, L., Sonicki, Z. i Katić, M. (2011). Koncept obiteljske medicine – sigurna budućnost. *Medicina Jadertina*, 41(1-2), 5-13.
- Jovanović, A., Krčmar, N., Mihel, S., Musić-Milanović, S., Benković, V., Not, T., Bešić Barun, V., Stevanović, R., Pristaš, I. i Stanić, A. (2005). Osobe starije životne dobi u ordinaciji obiteljske medicine. *Medicus*, 14(2), 295-299.
- Katić, M., Jureša, V. i Orešković, S. (2004). Family medicine in Croatia: past, present, and forthcoming challenges. *Croatian Medical Journal*, 45(5), 543-549.
- Katić, M., Materljan, E., Gmajnić, R. i Petrić, D. (2012). Izazovi obiteljske medicine u Hrvatskoj. Rumbolt, M., Petrić, D. (ur.), *Zbornik radova XIX. kongresa obiteljske medicine* (str. 347-356). Zagreb: Hrvatska udružba obiteljske medicine.
- Katić, M., Rumboldt, M., Materljan, E. i Gmajnić, R. (2009). Analiza stanja u obiteljskoj medicini u Hrvatskoj i nužnost promjena. *Medix*, 15(80/81), 51-56.
- Kenagy, J.W., Berwick, D.M. i Shore, M.F. (1999). Service quality in health care. *The Journal of the American Medical Association*, 281(7), 661-665.
- Kenny, D.A., Kashy, D.A., Cook, W.L. (2006). *Dyadic Data Analysis*. The Guilfoed Press. New York.
- Labor, M., Jurić, I., Labor, S., Mihić, D., Jurić, I. i Gmajnić, R. (2012). Deset-satni radni dan liječnika obiteljske medicine. Rumbolt, M. i Petrić, D. (ur.), *Zbornik radova XIX.*

kongresa obiteljske medicine (str. 347-356). Zagreb: Hrvatska udružba obiteljske medicine.

Ljubičić, N., Baklaić, Ž., Stevanović, R. i Pristaš, I. (2006) *Istraživanje kvalitete i zadovoljstva zdravstvenom zaštitom korisnika djelatnosti opće/obiteljske medicine*. Zagreb: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske. Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Mazzi, B. (2010). *Utjecaj organizacije zdravstva na kvalitetu rada obiteljskog doktora*. Zagreb: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora, preuzeto 04.09.2013. s <http://www.hdod.net/>

Mazzi, B. (2011). *Što nas motivira na kvalitetan rad?* Zagreb: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora, preuzeto 04.09.2013. <http://www.hdod.net/>

Mazzi, B., Krčmar, N., Gržalja, N., Ferlin, D., Ivančić, A., Grgurev, Z., Kroato Vujčić, V. i Malnar, M. (2006). *Mišljenje pacijenata o našem radu – element u procjeni kvalitete*. Zagreb: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora, preuzeto 23.09.2013. s <http://www.hdod.net/>

Ministarstvo zdravlja. (2013). Strateški plan ministarstva zdravlja za razdoblje 2014. – 2016. Zagreb, preuzeto 15.01.2014. s <http://www.zdravlje.hr/ministarstvo>

Mummalaneni, V. i Gopalakrishna, P. (1995). Mediators vs. moderators of patient satisfaction. *Journal of Health Care Marketing*, 15(4), 16-22.

Ožvačić Adžić, Z. i Katić, M. (2008). Indikatori kvalitete u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Mesarić, J. i Mustajbegović, J. (ur.), *Zbornik sa simpozija „Indikatori kvalitete u zdravstvenoj zaštiti“* (str. 52-54). Zagreb: Hrvatsko društvo za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite.

Ožvačić Adžić, Z., Katić, M., Kern, M., Lazić, Đ., Cerovečki Nekić, V. i Soldo, D. (2008). Patient, physician and practice characteristics related to patient enablement in generalpractice in Croatia: Cross-sectional survey study. *Croatian Medical Journal*, 49, 813-823.

- Petek. D., Kunzi, B., Kersnik, J., Szecsenyi, J. i Wensing, M. (2011). Patients' evaluations of European general practice – revisited after 11 years. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(6), 621–628.
- Petrovečki, M. (2004). Informatizacija primarne zdravstvene zaštite. *Medix*, 10(54/55), 76-77.
- Piligrimiene, Ž. i Bučiuniene, I. (2008). Different perspectives on health care quality: is the consensus possible? *Engineering economics*, 1(56), 104-111.
- Ruiz – Moral, R., Perez Rodriguez, E., Perula de Torres, L.A. i de la Torre, J. (2005). Physician–patient communication: A study on the observed behaviours of specialty physicians and the ways their patients perceive them. *Patient Education and Counseling*, 64, 242–248.
- Szecsenyi, J., Goetz, K., Campbell, S., Broge, B., Reuschenbach, B., Wensin, M. (2011). Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction? *Quality Safety*, 20, 508-514.
- Šofranac, R. i Šofranac, M. (2011). Definicija kvaliteta zdravstvene zaštite. Brdarević, S. (ur.), *Zbornik sa 7. Naučno-stručnog skupa sa međunarodnim učešćem „KVALITET 2011“* (str. 961-966). Neum: Sveučilište u Zenici.
- Vedsted, P., Sokolowski, I. i Heje, H.N. (2008). Data quality and confirmatory factor analysis of the Danish Europep questionnaire on patient evaluation of general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26, 174-180.
- Virtanen, P., Oksanen, T., Kivimaki, M., Virtanen, M., Pentti, J. i Vahtera, J. (2008). Work stress and health in primary health care physicians and hospital physicians. *Occupational and Environmental Medicine*, 65, 364-366.
- Vrca Botica, M. (2003). *Dijabetičar kao učestali posjetilac ordinacije obiteljske medicine*. Doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Wensing, M. (2006). Europep 2006 – Revised Europep instrument and user manual. Centre for Quality Research, preuzeto 07.01.2014. s <http://www.topaseurope.eu/>
- Wensing, M., Jung, H.P., Mainz, J., Olesen, F. i Grol, R. (1998). A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. *Social Science and Medicine*, 47(10), 1573-1588.

8. PRILOZI

Prilog 1. Faktorska struktura Europep upitnika dobivena na rezultatima pacijenata ($N=320$)

Čestice	F1	F2
1	0,78	0,29
2	0,75	0,32
3	0,81	0,28
4	0,70	0,30
5	0,77	0,23
6	0,57	0,04
7	0,72	0,24
8	0,73	0,26
9	0,61	0,26
10	0,82	0,27
11	0,73	0,27
12	0,83	0,24
13	0,78	0,32
14	0,78	0,35
15	0,86	0,25
16	0,81	0,22
17	0,79	0,29
18	0,50	0,40
19	0,33	0,60
20	0,25	0,75
21	0,35	0,78
22	0,25	0,67
23	0,49	0,52
Vrijednost karakterističnog korijena	13,00	1,31
Proporcija objašnjene varijance	0,46	0,16

Prilog 2. Deskriptivni parametri i korelacije pojedinih čestica s ukupnim rezultatom subskale „Ponašanje liječnika prema pacijentu“ .

Čestice	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>	α (ako se čestica izbaci)
1. osiguranja dovoljno vremena za razgovor s liječnikom(lječnicom)?	4,15	0,94	0,82	0,96
2. pokazanog zanimanja za Vaše osobne probleme?	4,13	0,93	0,80	0,97
3. olakšavanju i pomaganju iznošenje Vaših tegoba?	4,16	0,89	0,84	0,964
4. uključivanja Vas u donošenje odluka vezanih za Vaše zdravlje?	4,02	0,99	0,76	0,97
5. slušanja onog što Vi gorovite?	4,28	0,86	0,79	0,97
6. čuvanja povjerljivosti Vaših osobnih podataka dobivenih u razgovoru i/ili podataka iz Vašeg zdravstvenog kartona	4,63	0,67	0,54	0,97
7. brzine olakšavanja Vaših tegoba (simptoma Vaše bolesti)	4,20	0,83	0,75	0,97
8. pomaganja da se bolje osjećate tako da lakše obavljate dnevne aktivnosti?	4,18	0,83	0,77	0,97
9. točnosti dolaska na posao i/ili pridržavanja radnog vremena?	4,36	0,97	0,64	0,97
10. načinom medicinskog pregleda?	4,27	0,92	0,85	0,96

11. ponude zdravstveno preventivnih usluga (sistemske pregledi, provjera zdravstvenog stanja i kad niste bolesni, cijepljenje)	3,87	1,14	0,77	0,97
12. objašnjenja razlog za tražene pretrage i planirani način liječenja ?	4,19	0,92	0,85	0,96
13. informiranja o svemu što ste htjeli znati o svojim simptomima i bolestima?	4,19	0,96	0,83	0,96
14. osiguranju pomoći u savladavanju emocionalnih problema vezanih za Vaše zdravstveno stanje?	3,97	1,05	0,84	0,96
15. pružene pomoći u razumijevanju važnosti poštivanja savjete i upute liječnika (liječnice)?	4,23	0,88	0,88	0,96
16. poznavanju onog što je učinjeno ili rečeno tijekom prethodnih kontakata?	4,26	0,88	0,82	0,96
17. ponudi objašnjenje i pripreme za ono što možete očekivati od specijalističkog pregleda ili bolničkog liječenja?	4,14	0,94	0,82	0,96

Cronbach Alpha koeficijent ,97
Prosječna korelacija među česticama ,65

Prilog 3. Deskriptivni parametri i korelacije pojedinih čestica s ukupnim rezultatom subskale „Organizacija skrbi“ .

Čestice	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>	α (ako se čestica izbací)
19. dobivanja termina za pregled u vrijeme kad je Vama odgovaralo?	3,88	1,13	3,88	1,13
20. dobivanja telefonske veze s ambulantom?	3,83	1,14	3,83	1,14
21. mogućnosti razgovaranja s liječnikom/ liječnicom putem telefona	3,87	1,14	3,87	1,14
22. dužine čekanja na pregled provedenog u čekaonici ordinacije?	3,37	1,09	3,37	1,09
23. osiguranja brze usluge u slučaju hitnih zdravstvenih problema	4,26	0,89	4,26	0,89

Cronbach Alpha koeficijent ,86
Prosječna korelacija među česticama ,56

Prilog 4. Rezultati Fisher LSD testa za utvrđivanje razlika u zadovoljstvu pacijenata kliničkom kvalitetom primarne zdravstvene zaštite s obzirom na dob pacijenata.

dob	{1}	{2}	{3}	{4}
	3,90	4,16	4,52	4,31
1 <33		0,01	0,00	0,00
2 34 - 47			0,00	0,21
3 48 - 61				0,25
4 62 - 85				

Prilog 5. Rezultati Fisher LSD testa za utvrđivanje razlika u zadovoljstvu pacijenata organizacijskom kvalitetom primarne zdravstvene zaštite s obzirom na dob pacijenata.

dob	{1}	{2}	{3}	{4}
	3,62	3,77	4,20	3,87

1	<33	0,19	0,00	0,16
2	34 - 47		0,00	0,57
3	48 - 61			0,07
4	62 - 85			

Prilog 6. Rezultati Fisher LSD testa za utvrđivanje razlika u zadovoljstvu pacijenata kliničkom kvalitetom primarne zdravstvene zaštite s obzirom na pacijentovu ocjenu liječnikovog poznavanja tegoba.

	poznavanje tegoba	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}
		3,07	3,38	3,79	4,30	4,74
1	nimalo		0,19	0,00	0,00	0,00
2	donekle			0,00	0,00	0,00
3	srednje				0,00	0,00
4	prilično					0,00
5	puno					

Prilog 7. Rezultati Fisher LSD testa za utvrđivanje razlika u zadovoljstvu pacijenata organizacijskom kvalitetom primarne zdravstvene zaštite s obzirom na pacijentovu ocjenu liječnikovog poznavanja tegoba.

	poznavanje tegoba	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}
		3,18	3,34	3,67	3,90	4,22
1	nimalo		0,60	0,21	0,02	0,00
2	donekle			0,21	0,00	0,00
3	srednje				0,02	0,00
4	prilično					0,01
5	puno					

Prilog 8. Rezultati Fisher LSD testa za utvrđivanje razlika u zadovoljstvu pacijenata kliničkom kvalitetom primarne zdravstvene zaštite s obzirom na pacijentovu ocjenu liječnikovog poznavanja njegove obitelji.

	poznavanje obitelji	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}
		4,20	3,43	4,03	4,32	4,64
1	nimalo		0,00	0,19	0,21	0,00
2	donekle			0,00	0,00	0,00
3	srednje				0,02	0,00
4	prilično					0,01
5	puno					

Prilog 9. Rezultati Fisher LSD testa za utvrđivanje razlika u zadovoljstvu pacijenata organizacijskom kvalitetom primarne zdravstvene zaštite s obzirom na pacijentovu ocjenu liječnikovog poznavanja njegove obitelji.

	poznavanje obitelji	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}
		3,75	3,38	3,74	3,94	4,29
1	nimalo		0,02	0,92	0,12	0,00
2	donekle			0,06	0,00	0,00
3	srednje				0,19	0,00
4	prilično					0,02
5	puno					

Prilog 10. Rezultati Fisher LSD testa za utvrđivanje razlika u zadovoljstvu pacijenata kliničkom kvalitetom primarne zdravstvene zaštite s obzirom na pacijentovu učestalost razmišljanja o promjeni sadašnjeg liječnika.

	promjena liječnika	{1}	{2}	{3}	{4}
		4,43	3,78	3,10	3,00
1	nikad		0,00	0,00	0,00
2	ponekad			0,00	0,01
3	često				0,75
4	vrlo često				

Prilog 11. Rezultati Fisher LSD testa za utvrđivanje razlika u zadovoljstvu pacijenata organizacijskom kvalitetom primarne zdravstvene zaštite s obzirom na pacijentovu učestalost razmišljanja o promjeni sadašnjeg liječnika.

	promjena liječnika	{1}	{2}	{3}	{4}
		4,06	3,50	2,97	2,08
1	nikad		0,00	0,00	0,00
2	ponekad			0,01	0,00
3	često				0,03
4	vrlo često				

Prilog 12. Rezultati Fisher LSD testa za utvrđivanje razlika u zadovoljstvu pacijenata organizacijskom kvalitetom primarne zdravstvene zaštite s obzirom na dob liječnika.

	Dob liječnika	{1}	{2}	{3}
		4,16	3,76	3,75
1	<50		0,00	0,00
2	51 – 57			0,93
3	58 - 65			

Prilog 13. Rezultati Fisher LSD testa za utvrđivanje razlika u zadovoljstvu pacijenata kliničkom kvalitetom primarne zdravstvene zaštite s obzirom na prosječan broj pacijenata dnevno.

	Prosječan broj pacijenata dnevno	{1}	{2}	{3}
1	<60	4,00	4,18	4,29
2	61 - 80			0,25
3	81 - 100			

Prilog 14. Rezultati Fisher LSD testa za utvrđivanje razlika u indeksu različitosti za organizacijsku kvalitetu primarne zdravstvene zaštite s obzirom na dob pacijenata.

	Dob pacijenta	{1}	{2}	{3}	{4}
1	<33	3,21	2,90	2,52	2,61
2	34 - 47		0,12	0,00	0,05
3	48 - 61			0,07	0,35
4	62 - 85				0,75

Prilog 15. Rezultati Fisher LSD testa za utvrđivanje razlika u indeksu različitosti za kliničku kvalitetu primarne zdravstvene zaštite s obzirom na pacijentovu ocjenu liječnikovog poznavanja tegoba.

	poznavanje tegoba	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}
1	nimalo	8,15	5,97	5,28	4,15	4,46
2	donekle		0,00	0,00	0,00	0,00
3	srednje			0,10	0,00	0,00
4	prilično				0,00	0,02
5	puno					0,24

Prilog 16. Rezultati Fisher LSD testa za utvrđivanje razlika u indeksu različitosti za organizacijsku kvalitetu primarne zdravstvene zaštite s obzirom na pacijentovu ocjenu liječnikovog poznavanja tegoba.

	poznavanje tegoba	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}
1	nimalo	4,54	3,98	3,00	2,66	2,52

2	donekle	0,00	0,00	0,00
3	srednje		0,13	0,06
4	prilično			0,45
5	puno			

Prilog 17. Rezultati Fisher LSD testa za utvrđivanje razlika u indeksima različitosti za kliničku kvalitetu primarne zdravstvene zaštite s obzirom na pacijentovu ocjenu liječnikovog poznavanja njegove obitelji.

	poznavanje obitelji	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}
		4,78	5,97	4,80	4,28	4,3204
1	nimalo		0,00	0,97	0,08	0,21
2	donekle			0,01	0,00	0,00
3	srednje				0,16	0,27
4	prilično					0,91
5	puno					

Prilog 18. Rezultati Fisher LSD testa za utvrđivanje razlika u indeksima različitosti za organizacijsku kvalitetu primarne zdravstvene zaštite s obzirom na pacijentovu ocjenu liječnikovog poznavanja njegove obitelji.

	poznavanje obitelji	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}
		2,97	3,60	2,74	2,70	2,52
1	nimalo		0,03	0,37	0,16	0,07
2	donekle			0,01	0,00	0,00
3	srednje				0,87	0,47
4	prilično					0,48
5	puno					

Prilog 19. Rezultati Fisher LSD testa za utvrđivanje razlika u indeksima različitosti za kliničku kvalitetu primarne zdravstvene zaštite s obzirom na pacijentovu učestalost razmišljanja o promjeni sadašnjeg liječnika.

	promjena liječnika	{1}	{2}	{3}	{4}
		4,36	4,92	7,27	7,99
1	nikad		0,03	0,00	0,00
2	ponekad			0,00	0,00
3	često				0,47
4	vrlo često				

Prilog 20. Rezultati Fisher LSD testa za utvrđivanje razlika u indeksima različitosti za organizacijsku kvalitetu primarne zdravstvene zaštite s obzirom na pacijentovu učestalost razmišljanja o promjeni sadašnjeg liječnika.

	promjena liječnika	{1}	{2}	{3}	{4}
		2,65	3,08	4,04	5,65
1	nikad		0,02	0,00	0,00
2	ponekad			0,01	0,00
3	često				0,02
4	vrlo često				

Prilog 21. Rezultati Fisher LSD testa za utvrđivanje razlika u indeksu različitosti za kliničku kvalitetu primarne zdravstvene zaštite s obzirom na dob liječnika.

	Dob liječnika	{1}	{2}	{3}
		4,32	4,40	5,16
1	<50		0,79	0,01
2	51 – 57			0,00
3	58 - 65			

Prilog 22. Rezultati Fisher LSD testa za utvrđivanje razlika u indeksu različitosti za organizacijsku kvalitetu primarne zdravstvene zaštite s obzirom na dob liječnika.

	Dob liječnika	{1}	{2}	{3}
		2,53	2,85	3,07
1	<50		0,14	0,01
2	51 – 57			0,23
3	58 - 65			

Prilog 23. Rezultati Fisher LSD testa za utvrđivanje razlika u procjenama zadovoljstva za kliničku kvalitetu primarne zdravstvene zaštite s obzirom na važnost koju pacijent pridaje odnosu i komunikaciji liječnika.

Rang	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}
	4,41	4,20	4,13	4,04	3,97
1		0,08	0,03	0,00	0,00
2			0,62	0,24	0,12
3				0,53	0,30
4					0,62
5					

Prilog 24. Rezultati Fisher LSD testa za utvrđivanje razlika u procjenama zadovoljstva za organizacijsku kvalitetu primarne zdravstvene zaštite s obzirom na važnost koju pacijent pridaje odnosu i komunikaciji liječnika.

Rang	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}
	4,08	3,89	3,63	3,54	3,92
1		0,18	0,00	0,00	0,30
2			0,11	0,02	0,86
3				0,50	0,10
4					0,02
5					

Prilog 25. Rezultati Fisher LSD testa za utvrđivanje razlika u procjenama zadovoljstva za kliničku kvalitetu primarne zdravstvene zaštite s obzirom na važnost koju pacijent pridaje informacijama i podršci koju dobiva.

Rang	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}
	3,87	4,18	4,39	4,24	4,07
1		0,09	0,00	0,03	0,26
2			0,13	0,63	0,38
3				0,24	0,01
4					0,12
5					

Prilog 26. Rezultati Fisher LSD testa za utvrđivanje razlika u procjenama zadovoljstva za organizacijsku kvalitetu primarne zdravstvene zaštite s obzirom na važnost koju pacijent pridaje informacijama i podršci koju dobiva.

Rang	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}
	4,01	3,85	3,91	3,98	3,60
1		0,47	0,65	0,90	0,04
2			0,69	0,38	0,08
3				0,62	0,02
4					0,00
5					

Prilog 27. Rezultati Fisher LSD testa za utvrđivanje razlika u procjenama zadovoljstva za kliničku kvalitetu primarne zdravstvene zaštite s obzirom na važnost koju pacijent pridaje dostupnosti i raspoloživosti zdravstvenih usluga u ordinaciji.

Rang	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}
	3,92	4,13	4,16	4,34	4,35
1		0,12	0,08	0,00	0,00

2	0,79	0,12	0,07
3		0,21	0,14
4			0,94
5			

Prilog 28. Rezultati Fisher LSD testa za utvrđivanje razlika u procjenama zadovoljstva za organizacijsku kvalitetu primarne zdravstvene zaštite s obzirom na važnost koju pacijent pridaje dostupnosti i raspoloživosti zdravstvenih usluga u ordinaciji.

Rang	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}
	3,56	3,81	3,99	3,93	3,90
1		0,11	0,01	0,03	0,03
2			0,22	0,45	0,51
3				0,70	0,53
4					0,85
5					