

Administrativni i medicinski opseg rada tima obiteljske medicine

Family medicine team administrative and medical scale of work

Davorka Vrdoljak, Biserka Bergman – Marković, Silvija Cikač*

Sažetak

Analizom strukture rada liječnika obiteljske medicine (LOM) i medicinske sestre (MS), u vrijeme i neposredno nakon obveze naplate administrativne pristojbe (AP), opserviran je rad u šest ordinacija LOM (tri u Zagrebu, tri u Varaždinu), registracijom vrste i vremenskoga trajanja svakog pojedinoga postupka. LOM su 67,2% radnog vremena obavljali medicinske, a 32,7% administrativne poslove prije, a 68,9%, odnosno 31,1% nakon ukidanja AP ($t = 0,125$, $df = 5$, $p > 0,05$). MS su 84,9% radnoga vremena obavljali administrativne, a 15,1% medicinske poslove prije, u odnosu na 69,8% odnosno 30,2% nakon ukidanja AP ($t = 3,021$, $df = 5$, $p = 0,01$). LOM i posebice MS znatan dio svoga radnog vremena troše na obavljanje administrativnih poslova, smanjujući udio vremena za medicinske poslove, posebice za zdravstveno savjetovanje. Nužne su temeljite strukturalne promjene u radu MS (smanjenje administrativnog bremena, uz povećanje udjela medicinskih poslova, otvorivši LOM-u prostor i vrijeme za provođenje drugih aktivnosti, uključujući i sustavnu prevenciju, koja u sadašnjem trenutku izostaje).

Ključne riječi: liječnik obiteljske medicine, medicinska sestra, struktura rada

Summary

Six general practitioners' (GP) practices (three of them located in Zagreb and three in Varaždin) were observed by analysing the work structure of the GP and nurse (N) during the period of charging administrative fee (AF) and right after its annulment, noting the kind and time duration of each procedure. GPs spent 67.2% of their workday on medical activities and 32.7% on paperwork during the period of charging administrative fee. After the AF annulment, the time used attending to administrative and medical activities accounted for 68.9% and 31.1% of the total workday ($t = 0.125$, $df = 5$, $p > 0.05$). Nurses spent 84.9% of their workday on paperwork, and 15.1% on medical activities before the AF. After the AF annulment, they spent 69.8% and 30.2% of their working hours on paperwork and medical activities ($t = 3.021$, $df = 5$, $p = 0.01$). GPs, and Ns particularly, spent a large portion of their time on paperwork, reducing their time for medical procedures, in particular for health care counselling. It is necessary to make fundamental structural changes in N's work (reducing the administrative burden while increasing the share of medical activities, thus creating time and space for GPs to implement other activities including systemic prevention, which is missing at the moment).

Key words: general practitioner, nurse, work structure

Med Jad 2012;42(1-2):5-12

Uvod

U proteklom desetljeću sustavi zdravstvene zaštite u svijetu doživjeli su značajne promjene. U SAD-u je izražen trend skraćivanja trajanja skupoga bolničkoga liječenja i ranijega otpuštanja bolesnika na kućnu njegu ("quicker and sicker"), odnosno na raniju skrb LOM-a.¹ Bilježi se trend starenja svjetske populacije, te je stoga sve više kroničnih bolesnika koji su bolje liječeni, dulje žive i zahtijevaju kontinuiranu skrb LOM-a.² Sve veći je broj raspoloživih smjernica i preporuka za zbrinjavanje kroničnih bolesti.³

* **Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu**, Katedra obiteljske medicine, Ordinacija opće medicine (Davorka Vrdoljak, dr. med.); **Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu**, Katedra za obiteljsku medicinu (Prof. dr. sc. Biserka Bergman – Marković, prim.); **Ordinacija opće medicine Silvija Cikač, dr.med.** (Silvija Cikač, dr. med.)

Adresa za dopisivanje / *Correspondence address:*
Davorka Vrdoljak, dr. med., Doverska 23, 21 000 Split,
e-mail adresa: davorka.vrdoljak@mefst.hr

Primljeno / *Received* 2011-07-08; Ispravljeno / *Revised*
2011-08-31; Prihvaćeno / *Accepted* 2011-09-15

Prema definiciji Svjetskog udruženja obiteljskih liječnika, koledža i akademija (World Organisation of Family Doctors, Colleges and Academies, WONCA) iz 2002., širok je spektar i opseg tima rada LOM-a. Među ostalim obuhvaća promicanje zdravih životnih navika radi očuvanja dobrog zdravlja populacije, prevenciju, kao i pravovremeno otkrivanje bolesti u njihovim ranim fazama, ali i palijativnu skrb.⁴ Napretkom tehnologije i komunikacija, te lakšom dostupnošću medicinskih informacija svima, povećala su se i očekivanja pacijenata u pogledu zdravstvene skrbi.⁵ Izvorna priroda rada LOM-a temeljena na pružanju longitudinalne, kontinuirane skrbi pojedincu kao cjelovitoj osobi u njegovom okruženju nije se promijenila, no struktura i opseg rada LOM-a svakako jesu.⁶ U većini zdravstvenih sustava u svijetu^{7,8,9} izražena je preopterećenost do "preplavljenosti" tima LOM zdravstvenom administracijom ("paperwork"), nauštrb medicinskih poslova. Ni Hrvatska, čiji nacionalni zdravstveni sustav omogućava pojedincu neograničenu dostupnost LOM-a, koja uz nedostatak "košarice minimalnih usluga osiguranika" rezultira čestim posjetiocima ordinacija (frequent attenders) i čestim defanzivnim upućivanjem u specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu (SKZ), nije iznimka. Takva organizacija generira neučinkovito korištenje zdravstvenih resursa i značajno veće troškove sustava, uz smanjenje kvalitete SKZ, koja tako obavlja dio poslova koji bi mogli biti učinkovito riješeni na razini LOM-a. Odlukom o privatizaciji ("zakupu") 1996. godine, PZZ je razjedinjena u male "privatne" jedinice, a LOM su postali individualni ugovarači s jedinim nacionalnim zdravstvenim osiguravateljem, Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO). Zbog brige LOM-a za vlastitu egzistenciju, one su počele funkcionirati posve izolirano, a postupno je nestala zajednička suradnja obiteljskih liječnika, te zamrla njihova stručna aktivnost. Nastao je prekid kontinuiteta zdravstvene zaštite bolesnika, uz preopterećenje hitnih službi i SKZ, te podvostručenje utilizacije skupih, često nepotrebnih dijagnostičkih pretraga. PZZ je postala skupa i neučinkovita.¹⁰ Grupni je rad tima LOM-a s pacijentima postao iznimka, preventivne aktivnosti rijetkost, a zdravstveno prosvjeđivanje i odgojni rad u mjesnim zajednicama i školama gotovo posve nestao.¹¹ LOM "zakupac", dodatno je opterećen administriranjem, jer osim obvezne zdravstvene dokumentacije, mora voditi i raznovrsne financijske evidencije, što mu umanjuje vrijeme za medicinski rad s bolesnicima.

Tim LOM-a i MS definiran je kao mala funkcionalna skupina zdravstvenih profesionalaca koji su usmjereni individualnim potrebama bolesnika. Članovi tima raspolažu različitim vještinama, koordi-

nirano rade i dopunjuju se. Svatko u timu razumije svoju profesionalnu ulogu, aktivnost i mjesto u timskom radu.^{12,13} Informatizacijom PZZ (2001. – 2003.) nastala je promjena timskoga rada, uz prebacivanje, uglavnom medicinskih poslova, sa MS na LOM-a, radi njezine administrativne preopterećenosti. Najbolji primjer dodavanja administrativnoga bremena na PZZ je obveza naplate administrativne pristojbe (AP) u ordinaciji, koja je uvedena u kolovozu 2006., a ukinuta u travnju 2008. Ta je aktivnost učinila MS pretežno administrativnim radnikom i "blagajnicom", oduzimajući joj vrijeme za bavljenje medicinskim poslovima, posebice medicinskom edukacijom i savjetovanjem bolesnika o zdravim životnim navikama. Taj segment rada MS ostaje neobavljen i trajno nedostaje u preventivnom radu tima. Prema nekim uvriježenim postavkama očekuje se da tim LOM-a rješava 80% svih zdravstvenih problema, aktivno se bavi prevencijom, uz proaktivni pristup traženja asimptomatskih pojedinaca, kvalitetno zbrinjava bolesnike s kroničnim bolestima, primjenjujući smjernice stručnih društava, poštujući prava pacijenta. U SAD-u je izračunato kako implementacija aktualnih smjernica za deset kroničnih bolesti zahtijeva više vremena nego ga prosječni LOM ima na raspolaganju, za zbrinjavanje svih svojih pacijenata u skrbi,¹⁰ a slični nerealni vremenski zahtjevi postavljeni su i za provođenje preventivnih programa LOM-a.¹⁴ Ima li za sve to LOM u RH u svom svakodnevnom radu vremena?

Da bi se na to odgovorilo, potrebno je istražiti strukturu rada tima LOM-a, analizirajući posebno segment radnoga vremena kojega LOM i MS provode obavljajući administrativne dužnosti i medicinske poslove za koje su prvenstveno školovani.

Ispitanici i metode

Metoda opservacije kliničke prakse LOM i MS korištena je u šest ordinacija obiteljske medicine, od čega tri u Zagrebu i tri u Varaždinu. Ordinacije su dio mreže mentorskih ambulanti u kojima specijalizanti obiteljske medicine obavljaju obvezni specijalistički staž.

Profesionalni kadar svih šest timova činili su specijalisti obiteljske medicine i medicinske sestre sa završenom srednjom stručnom spremom. Po dvije ambulante u Zagrebu i Varaždinu su u "zakupu", a po jedna u Zagrebu i Varaždinu u sklopu Doma zdravlja. Ambulante su usporedive po broju osiguranika na listama LOM-a, demografskoj strukturi i dnevnom broju posjeta. Sve su ordinacije računalno opremljene, te se LOM i MS u svom dnevnom radu koriste elektroničkim računalom, a u

dvije ambulante, uz elektronski, paralelno vode i papirnati zdravstveni karton. Promatrači (observers) su bili studenti medicine (po tri u Zagrebu i Varaždinu) koji su prethodno educirani o načinu promatranja u praksi. Istog radnog dana bilježili su vrstu i mjerili vremensko trajanje pojedinih postupaka u radu MS, a potom drugog dana onih u radu LOM-a (veljača 2008.). Isti su postupak ponovili na identičan način u istim ordinacijama LOM-a i MS nakon ukidanja obveze plaćanja administrativne pristojbe (lipanj 2008.). Za potrebe istraživanja priređen je anketni upitnik ("check list") u kojem su od strane promatrača na strukturiran način bilježeni medicinski i administrativni poslovi LOM-a, odnosno MS. Pomoću zapornog sata mjereno je vremensko trajanje svakog pojedinog postupka (vrijeme se za svaki postupak mjerilo tri puta uzastopce i izračunata je prosječna vrijednost trajanja svakog pojedinog postupka).

Od medicinskih poslova LOM-a u anketnom se upitniku bilježilo: uzimanje anamneze, fizikalni pregled, otoskopija, obrada rane, digitorektalni pregled, pregled dojki, aplikacija periartikularne ili intraartikularne injekcije, zdravstveno savjetovanje, "mala" psihoterapija, telefonsko savjetovanje, odlazak u kućnu posjetu, davanje intramuskularne injekcije, mjerenje glikemije glukometrom, snimanje EKG-a, vađenje šavova, pregled urina test-trakom, mjerenje arterijskoga tlaka, tjelesne težine i visine, te "ostali medicinski poslovi".

Od administrativnih poslova LOM-a bilježilo se: pisanje ponavljajućih recepata i uputnica, ispunjavanje drugih tiskanica, izvješća o bolovanju ("hranarinskih doznaka"), telefonsko naručivanje ponovljenih recepata, posjet predstavnika farmaceutskih tvrtki i "ostali nemedicinski poslovi".

Od medicinskih poslova MS bilježilo se: previjanje, davanje injekcija, mjerenje tjelesne težine i visine, ispiranje uha, mjerenje arterijskoga tlaka, zdravstveno savjetovanje, telefonsko savjetovanje, snimanje EKG-a, mjerenje tjelesne temperature, glikemije glukometrom, pregled urina test-trakom i "ostali medicinski poslovi".

Od administrativnih poslova medicinskih sestara registrirano je: pisanje "hranarinskih doznaka", naplaćivanje AP, pisanje ponovljenih recepata za kronične bolesnike, telefonsko naručivanje pacijenata na pregled, telefonsko preuzimanje narudžbe za lijekove, tiskanje recepata i uputnica pomoću pisača, upis pacijenata, vađenje i pospremanje zdravstvenih kartona iz kartoteke, tiskanje računa za HZZO, priprema metadonske supstitucijske terapije za opijatske ovisnike i "ostali nemedicinski poslovi".

Dobiveni podaci uneseni su u Excel bazu podataka i obrađeni metodama deskriptivne statistike. Postojanje

statističke značajnosti razlika u strukturi poslova LOM i MS u vrijeme važeće obveze naplate AP i nakon njezina ukidanja provjeravana je t-testovima za ovisne uzorke. Obrada podataka načinjena je na elektroničkom računalu pomoću statističkog paketa SPSS 13.0.

Rezultati

Medicinski i administrativni poslovi LOM

Za vrijeme naplaćivanja AP, LOM (N = 6) su 67,2% ukupnoga radnoga vremena obavljali medicinske, a 32,7% administrativne poslove. Nakon ukidanja obveze naplate AP, 68,9% radnoga vremena liječnika otpadalo je na medicinske, a 31,1% na administrativne poslove (Slika 1).

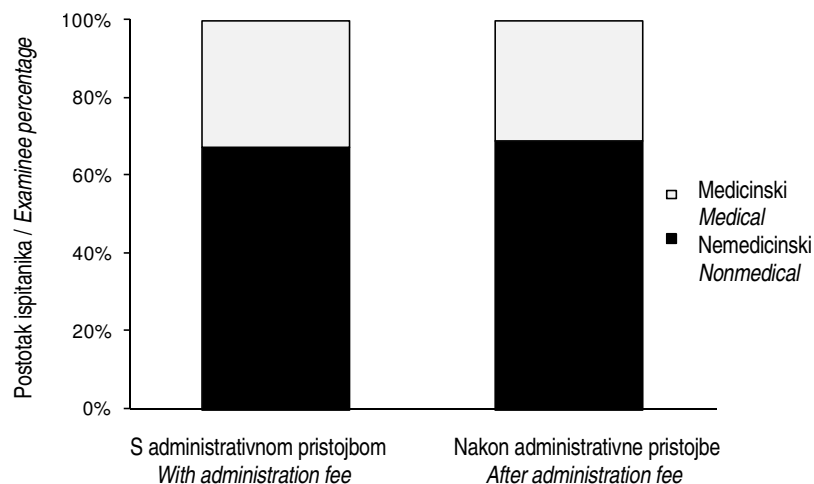
Razlika u vremenu provedenom u obavljanju administrativnih i medicinskih poslova prije i nakon ukidanja administrativne pristojbe nije bila statistički značajna ($t = 0,125$, $df = 5$, $p > 0,05$).

Od pojedinih medicinskih poslova LOM-a najzastupljeniji su bili fizikalni pregled, uzimanje anamneze, te zdravstveno i telefonsko savjetovanje. Medicinski poslovi poput obrade rane, pregleda dojki, digitorektalnoga pregleda, davanje periartikularnih i intraartikularnih blokada, odlaska u kućnu posjetu, nisu rađeni ili su se radili u zanemarivo malom postotku. Isto vrijedi i za davanje intramuskularnih injekcija, snimanje EKG-a, vađenje šavova, pregled urina test-trakom, te mjerenje tjelesne težine i visine. Razlika u opsegu i vrsti obavljenih medicinskih poslova LOM-a za vrijeme i nakon ukidanja obveze naplaćivanja administrativne pristojbe nije bila značajna ($t = 0,285$, $df = 5$, $p = 0,03$).

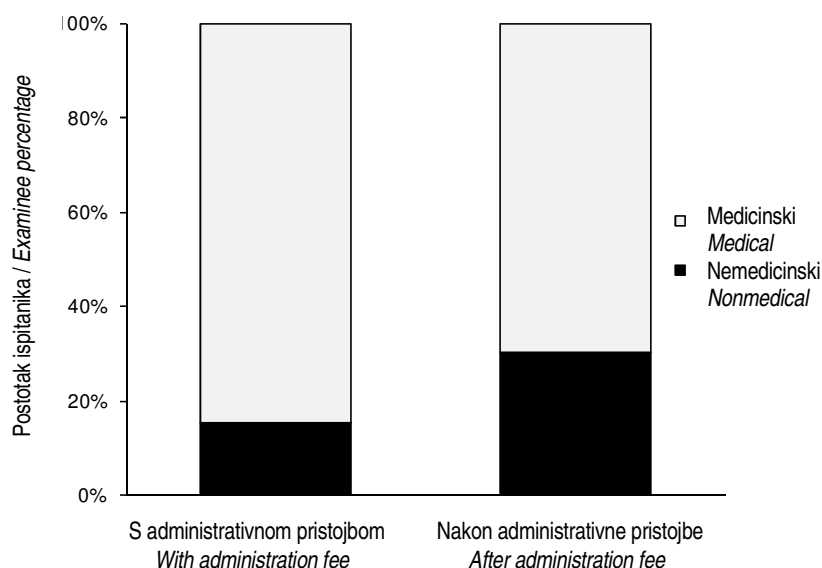
Od ukupnoga vremena utrošenog na administrativne poslove prije ukidanja administrativne pristojbe (32,73%), LOM su 27,33% vremena trošili na pisanje recepata, uputnica i ispunjavanje tiskanica. Nakon ukidanja administrativne pristojbe taj je postotak iznosio 28,09% od 31,05% ukupnoga vremena utrošenog za administriranje. Razlika u udjelu administrativnih poslova LOM, uz i nakon ukidanja obveze naplaćivanja administrativne pristojbe, nije bila značajna ($t = 0,105$, $df = 5$, $p = 0,02$).

Medicinski i administrativni poslovi medicinske sestre

Medicinske su sestre u 6 ordinacija imale prosječnu duljinu radnoga staža od $12 \pm 2,14$ godina. Za vrijeme obveze naplaćivanja AP, 84,9% radnoga vremena obavljale su administrativne, a 15,1% medicinske poslove.



Slika 1. Prikaz udjela medicinskih i administrativnih poslova LOM za vrijeme i nakon prestanka obveze naplaćivanja administrativne pristojbe (razlika nije statistički značajna, $p > 0,05$)
 Picture 1. An illustration of the share in medical and non-medical work of LOM during and after the annulment of administration fee payment obligation (the difference is not statistically significant, $p > 0.05$)



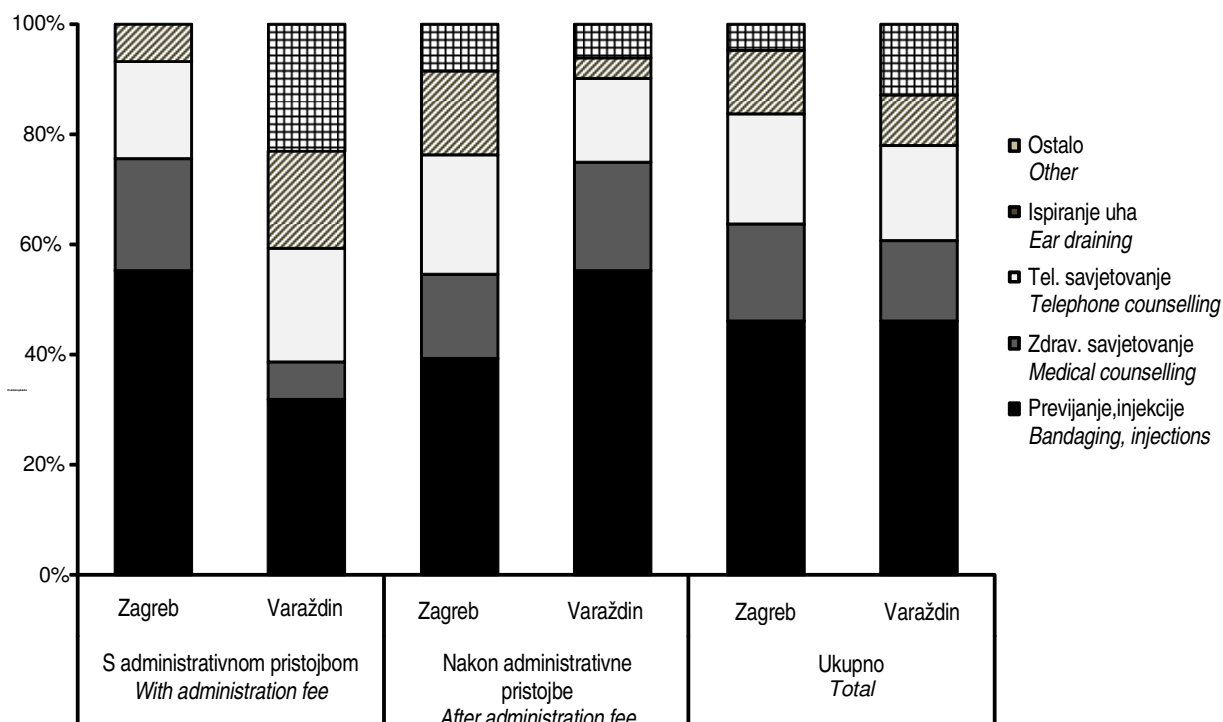
Slika 2. Prikaz medicinskih i administrativnih poslova medicinske sestre za vrijeme i nakon ukidanja obveze naplaćivanja administrativne pristojbe ($p = 0,01$)
 Picture 2. An illustration of the medical and non-medical work of nurses during and after the annulment of administration fee payment obligation ($p = 0.01$)

Nakon ukidanja AP taj je postotak iznosio 69,8%, za administrativne, odnosno 30,2% za medicinske poslove, što je statistički značajno više vremena utrošenoga na medicinske poslove (Slika 2), u odnosu na vrijeme obveznog naplaćivanja AP ($t = 3,021$, $df = 5$, $p = 0,01$). Udio medicinskih usluga nakon ukidanja obveze naplaćivanja AP udvostručen je na račun povećanja broja previjanja, davanja injekcija, zdravstvenoga savjetovanja, kako u ambulanti, tako i putem telefona. Poslove poput mjerenja tjelesne težine i visine, arterijskoga tlaka, tjelesne temperature, glikemije glukometrom, snimanja EKG-a, pregleda

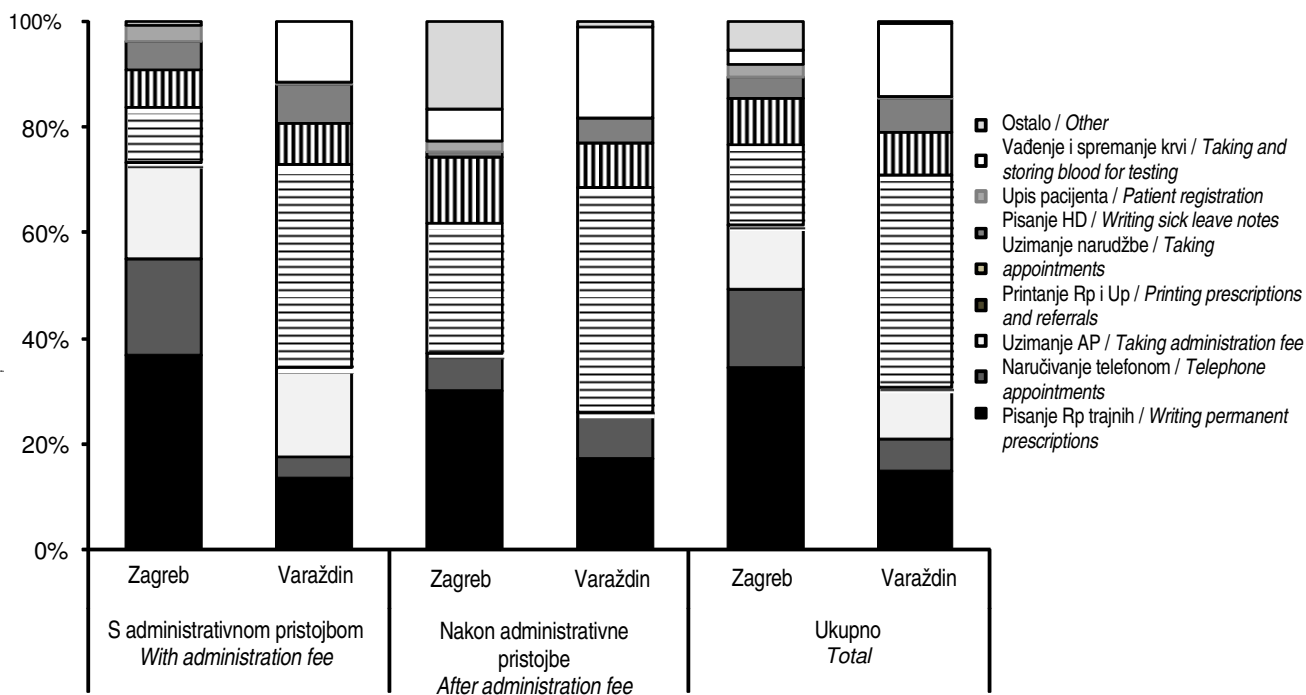
urina test-trakom, radile su i za vrijeme naplaćivanja i nakon prestanka naplaćivanja administrativne pristojbe u zanemarivo malom postotku.

Usporedbom rada MS po gradovima, razlika između Zagreba i Varaždina nije statistički značajna kada se gledaju, bilo medicinski ($t = 0,566$, $df = 4$, $p > 0,05$), bilo nemedicinski postupci ($t = 0,268$, $df = 4$, $p > 0,05$).

Razlika udjela i vrste medicinskih i administrativnih poslova MS u ambulantom Zagreba i Varaždina za vrijeme naplate AP i po njezinu ukidanju, prikazane su na slikama 3 i 4.



Slika 3. Prikaz udjela medicinskih poslova medicinskih sestara u ambulancama u Zagrebu i Varaždinu
 Picture 3. Illustration of the share in medical work of nurses in surgeries in Zagreb and Varaždin



Slika 4. Prikaz udjela administrativnih poslova medicinskih sestara u ambulancama u Zagrebu i Varaždinu
 Picture 4. Illustration of the share in administration work of nurses in surgeries in Zagreb and Varaždin.

Rasprava

Struktura rada LOM

Ovim pilot-istraživanjem utvrđeno je kako LOM oko 1/3 svoga radnoga vremena provodi obavljajući administrativne poslove, a 2/3 medicinske poslove. Značajna razlika u administrativnom opterećenju LOM-a za vrijeme obveze naplaćivanja AP i nakon njezina ukidanja nije postojala, što je očekivano budući da obveza nije kolidirala s radom LOM-a, nego samo s radom MS. Oko 5% radnoga vremena liječnici su obavljali poslove koji spadaju u djelokrug rada MS, što je neracionalno i neekonomično. Ali, LOM su nažalost često "naviknuti" raditi dio posla koji im ne pripada, neracionalno trošeći vrijeme na poslove za koje je MS kvalitetno osposobljena.

Dobiveno vrijeme moglo bi se utrošiti na sustavnu implementaciju smjernica za preventivne aktivnosti i zbrinjavanje kroničnih bolesti, koje u RH nisu dovoljno dobro kontrolirane. Primjerice, prema podacima studije EH-UH iz 2000. godine, samo 19% registriranih hipertoničara postiže ciljne vrijednosti arterijskoga tlaka, a prema Nacionalnom registru dijabetičara RH (CroDiab) u 2006. tek 21,6% dijabetičara imalo je zadovoljavajuću regulaciju glikemije (HbA1c > 6,5%).^{15,16}

Podjela rada između LOM-a i MS unutar tima nije jasno određena, nego u praksi ovisi o dogovoru i međusobnom odnosu LOM-a i MS. Odatle proistječu i razlike u načinu, opsegu i kvaliteti rada timova. Obilježja zdravstvene administracije i informatizacija PZZ uzrokovale su i u drugim zemljama prebacivanje dijela sestrinskoga posla na LOM, a dijela posla LOM-a na SKZ.⁷

Administrativno preopterećenje LOM-a prikazano je i u istraživanjima iz drugih zemalja. U studiji iz SAD-a iz 2000. godine pokazalo se kako 61% radnoga vremena LOM potroše na medicinske, a 39% na administrativne poslove,¹⁸ kao i u studiji iz 2003. (54,9% dnevnog radnog vremena "face-to-face patient care"), 14,5% rada ide na ostale poslove ("papirnat" posao, pisanje recepata, konzultacije s drugim liječnicima, revizija posla, dogovaranje konzultacija), a 22,9% su poslovi vezani uz narudžbe pacijenata bez dolaska u ordinaciju.¹⁹

Neki postupci za koje su osposobljeni LOM (pregled dojki, digitorektalni pregled, obrada rane, periartikularne i intraartikularne injekcije, kućne posjete), iz našega istraživanja provodili su vrlo rijetko, bespotrebno njima opterećujući SZZ. To se može objasniti nedostatkom vremena i neadekvatnom stimulacijom. Konstantno povećanje broja posjeta u ordinaciji LOM-a, uz smanjenje broja kućnih posjeta

nepovoljan je trend koji se bilježi u RH posljednjih godina.²⁰ Razlika strukture medicinskih i administrativnih poslova LOM-a u ordinacijama Zagreba i Varaždina nije bila značajna, međutim, nakon ukidanja AP, u varaždinskim praksama zabilježeno je povećanje udjela medicinskih poslova, uz smanjenje onih administrativnih, u odnosu na zagrebačke prakse. To bi se moglo objasniti drugačijim obrascima korištenja zdravstvene zaštite i većom dostupnošću SZZ-a u većem gradu.

Struktura rada MS

MS iz našega istraživanja najveći dio svoga radnoga vremena provodile su u obavljanju administrativnih poslova, a tek manji u izravnom radu s bolesnicima.

Za vrijeme obveze naplaćivanja administrativne pristojbe, udio administrativnih poslova MS iznosio je čak 85% njihovog ukupnoga radnoga vremena, što je poražavajuće. Stručno educirane medicinske sestre školovane za pružanje skrbi pacijentima bile su pretvorene u puke administratore i "blagajnice", a udio sestrinskoga zdravstvenoga savjetovanja, kao temeljnoga edukacijskoga rada s bolesnicima u dnevnom radu, iznosio je samo 5%.

MS u RH svoju temeljnu naobrazbu stječu završetkom srednjoškolskog obrazovnog programa,²¹ nakon čega se mogu zaposliti, među ostalim i u ordinacijama obiteljske medicine na poslovima osnovne sestrinske skrbi. Zakonom o sestinstvu one su, osim medicinskih poslova, zadužene i za provedbu zdravstvene njege, primjenjivanje i provođenje od liječnika ordinirane lokalne, peroralne i parenteralne terapije, provedbu postupaka iz područja zaštite zdravlja i prevencije bolesti, primjenu metoda rješavanja problema u provođenju zdravstvene njege, primjenu svih dostupnih znanja iz područja sestinstva, ali su dužne raditi i neke administrativne poslove (vođenje sestrinske dokumentacije, evidencije svih provedenih postupaka tijekom 24 sata, postupaka za svakog pojedinog pacijenta), a radi kontrole kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege. Osnovna uloga profesionalnoga sestinstva jest pružanje medicinske skrbi i briga o bolesniku i u toj ulozi one bi trebale biti njegove zaštitnice i učiteljice.²²

Poslove poput mjerenja arterijskoga tlaka, tjelesne težine i visine, snimanja EKG-a uopće nisu radile, a određivanje glikemije glukometrom i pregled urina test-trakom u izrazito malom postotku. Naplaćivanje administrativne pristojbe oduzimalo im je oko 50 minuta od ukupnoga radnog vremena, trošeći strpljenje i volju za razgovor s bolesnicima (većina se

razgovora odnosila na "blagajničke" poslove: naplatu administrativne pristojbe, ispisivanje uplatnica, vraćanje ostatka novca). Najveći udio u poslu MS činilo je tiskanje recepata za trajnu terapiju ("refill"), kao i ponavljanih uputnica za kontrolne preglede. Neiskorištavanje njihovog medicinskog znanja i vještina rezultira prebacivanjem sestriinskoga posla na LOM. Kako je LOM u svom dnevnom radu "preplavljen" velikim brojem kroničnih bolesnika s multimorbiditetom, zbog kratkoće raspoloživoga vremena, često dio posla kojega bi mogao obaviti kako bi raspolagao s više vremena prebacuje na SKZ, odnosno bolničke specijaliste, koji bi mu trebali biti samo konzultanti. Ovim se procesom prebacivanja dijela posla u smjeru MS → LOM → klinički specijalist iz SKZ, cijeli zdravstveni sustav poskupljuje i "zagušuje", pa tako bolesnicima s realnom potrebom za visokospecijaliziranom skrbi otežava brz pristup SKZ. Uzaludan je gubitak radnoga vremena tima LOM-a uslijed ispisivanja raznih tiskanica i formulara, što bi se moglo riješiti umrežavanjem ordinacija LOM-a s bolnicama i ljekarnama.

Ohrabruje podatak kako se po ukidanju obveze naplate administrativne pristojbe udio medicinskih poslova medicinskih sestara podvostručio. Smanjio se udio administracije, a povećao udio broja previjanja i injekcijske terapije, te zdravstvenoga savjetovanja u ambulanti i putem telefona, a kojim se uspješno može zbrinuti bolesnike s tzv. "malim, samoprolazećim" bolestima.²³ To se povećanje ne može isključivo pripisati ukidanju administrativne pristojbe, jer ovisi o sezoni, pobolu i indikacijama koje se mijenjaju, ali kako je zamjetan trend povećanja u svih šest ordinacija, opravdano ga je protumačiti i ukidanjem naplate administrativne pristojbe. Povećao se i udio poslova MS koji u prvoj opservaciji, za naplate AP uopće nisu bili zabilježeni od strane naših promatrača (mjerjenje tjelesne težine i visine, arterijskoga tlaka, tjelesne temperature, glikemije glukometrom, pregled urina test- trakom). Dakle, udio medicinskih poslova u dnevnom radu MS po ukidanju AP jest veći, ali još uvijek nedovoljan. Razlika u radu MS u praćenim ambulantomama u Zagrebu prije i nakon ukidanja AP pokazala se, u segmentu zdravstvenoga savjetovanja, u korist Zagreba. AP je uzeta kao metafora administrativnoga rada koji ne spada u djelokrug stručnoga rada MS, suzjući joj prostor za medicinski rad. Zanimljivo bi bilo istražiti koji su medicinski poslovi iz djelokruga rada LOM-a i MS izostali. Sustavno provođenje prevencije zahtijeva vrijeme, kao i povećanje djelokruga medicinskoga segmenta rada LOM-a i MS, što zahtijeva određene organizacijske promjene u svakodnevnom radu tima LOM-a.

Moguće rješenje administriranjem preplavljenog sustava jest smanjenje administrativnoga i povećanje medicinskoga segmenta rada tima LOM-a. Takva bi podjela omogućila vraćanje dijela posla MS u skladu s njezinom edukacijom i profesionalnim standardima, čime bi MS bila više okrenuta bolesniku a manje pukoj administraciji. U SAD-u je izračunato da za skrb o deset najčešćih kroničnih bolesti (hiperlipidemija, hipertenzija, depresija, astma, dijabetes, artritis, anksioznost, osteoporoza, KOPB, koronarna bolest) LOM-u treba prosječno 3,5 sata na dan, uz uvjet da je bolest dobro kontrolirana i u stabilnoj fazi, a u slučaju nekontrolirane bolesti, broj se sati za njihovu skrb povećava na 10,6 na dan.¹⁰

Zaključak

Nužne su temeljite strukturalne promjene rada tima LOM (smanjenje administrativnih dužnosti tima LOM-a, uz posljedično povećanje udjela vremena za medicinske poslove, zdravstveno savjetovanje i edukaciju). Time bi se MS mogla vratiti ulozi zaštitnice i učiteljice bolesnika otvorivši LOM-u prostor i vrijeme za provođenje sustavne prevencije, koja u sadašnjem trenutku u tom obliku izostaje. Ovakvim restrukturiranjem rada, osim izdašnjeg provođenja preventivnih aktivnosti, očekuje se i poboljšanje kvalitete skrbi za akutne i kronične bolesnike.

Istraživanja je ograničeno malim brojem ordinacija na kojemu je provedeno, pa nije reprezentativno za cijelu obiteljsku medicinu Hrvatske, no mislimo da ipak može ukazati na zanimljive trendove u odnosima administrativnih i medicinskih poslova naše struke.

Literatura

1. www.hums.hr
2. World population prospects: the 2000 revision (medium variant). New York, United Nations Population Division; 2001.
3. National Guideline Clearinghouse (online database). 2005. Available at: <http://www.guideline.gov>.
4. The European definition of general practice/family medicine. WONCA Europe, 2002.
5. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Branspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, 4. Art No.: CD001271. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub2.
6. Hrvatski sabor. Zakon o liječništvu. Narodne novine. Dostupno na <http://www.nn.hr>
7. Soler JK, Yaman H, Carelli F. The international study of burnout in family doctors (Abstract for EGPRN Workshop). Antwerp, 2004.

8. Samani F, Canciani L. The workload in general practice. *It Coll Gen Pract.* 2003; 2:10-12.
9. AMWAC The General Practice Workforce in Australia: Supply and requirements to 2013. Australian Medical Workforce Committee Report 2005.
10. Ostbye T, Yarnall KS, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Mirchener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med.* 2005;3:209-14.
11. Bergman Marković B, Katić M, Blažeković Milaković S, Petric D. Deset godina nakon "privatizacije" primarne zdravstvene zaštite. *Acta Med Croatica.* 2007;61:1-6.
12. Calman K. Working together, teamwork. *J Interprof Care.* 1994;8:95-101.
13. Waine C. The primary care team. *Brit J Gen Pract.* 1992;42:498-9.
14. Yarnall KS, Pollak KI, Ostbye T, Krause KM, Mirchener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health.* 2003;93:635-41.
15. Hrvatski zavod za javno zdravstvo – Sveučilišna klinika Vuk Vrhovac. Nacionalni registar osoba sa šećernom bolešću CroDiab. Izvješće za 2006.
16. Jelaković B, Kuzmanić D, Rončević T, Boršo G, Laganović M, Vdović M. Epidemiologija arterijske hipertenzije u Hrvatskoj 2000.(EH-UH 2000). *Liječn Vjesn.* 2000;122:192-4.
17. Christensen T, Grimsmo A. Instant availability of patient records, but diminished availability of patient information: a multi-method study of GP's use of electronic patient records. *BMC Medical Informatics and Decision Making.* 2008;8:12.
18. Seale C, Anderson E, Kinnersley P. Comparison of GP and nurse practitioner consultations: an observational study. *Br J Gen Pract.* 2005;55:938-43.
19. Gilchrist V, McCord G, Schrop S, King BD, McCormick KF, Oprandi AM, et al. Physician activities during time out of the examination room. *Ann Fam Med.* 2005;3:494-9.
20. Zavod za javno zdravstvo RH. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2006. Zagreb, 2007.
21. Hrvatski sabor. Zakon o sestinstvu. Narodne novine. <http://www.nn.hr>
22. Medicinske sestre. Opis poslova. <http://mrav.ffzg.hr>
23. Richards DA, Meakins J, Godfrey L, Tawfik J, Dutton E. Survey of the impact of nurse telephone triage on general practitioner activity. *Br J Gen Pract.* 2004;54: 207-10.