

Uloga specijaliste obiteljske medicine kao koordinatora u cjelovitoj skrbi o pacijentima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Šakić Radetić, Jelena

Professional thesis / Završni specijalistički

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:783325>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-09**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu

Medicinski fakultet

Jelena Šakić Radetić

**ULOGA SPECIJALISTE OBITELJSKE MEDICINE KAO
KOORDINATORA U CJELOVITOJ SKRBI O PACIJENTIMA
U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI**

Završni specijalistički rad



Zagreb, veljača 2023. godine

Sveučilište u Zagrebu

Medicinski fakultet

Jelena Šakić Radetić

**ULOGA SPECIJALISTE OBITELJSKE MEDICINE KAO
KOORDINATORA U CJELOVITOJ SKRBI O PACIJENTIMA
U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI**

Završni specijalistički rad

Zagreb, veljača 2023. godine

Ovaj završni specijalistički rad izrađen je sklopu postdiplomskog studija iz obiteljske medicine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Mentor : prof.dr.sc.Rudika Gmajnić, dr.med. spec.obiteljske medicine

Zahvala

Hvala profesoru Aleksandru Džakuli jer je postavio ključno pitanje temeljem kojega je započelo promišljanje o temi ovog rada.

Sreća je imati kraj sebe osobu koja te gurne „s litice“ jer zna da ćeš moći letjeti i prepoznaje tvoje kvalitete, za koje sam ne znaš da ih posjeduješ. Ta osoba je moj mentor, profesor Rudika Gmajnić i veliko mu hvala na tome.

Hvala mojem sinu i supruhu na strpljenju i potpori.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1 Obiteljski liječnik – uloga i zadaće	1
1.2 Što čini sustav primarne zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj	5
1.3 Vodstvo	7
1.3.1 Razlika između menadžera i vođe.....	11
2. CILJ I SVRHA RADA	13
3. METODE I MATERIJALI	13
4. REZULTATI	15
4.1 Sociodemografske karakteristike uzorka	15
4.2 Vizija obiteljskog liječnika o tome što to znači biti koordinator cjelovite skrbi o pacijentima	19
4.3 Obveze i odgovornosti liječnika obiteljske medicine kao koordinatora skrbi o pacijentima unutar primarne zdravstvene zaštite	47
4.4 Intervencije koje bi mogle pridonijeti da se obiteljski liječnik osjeća kao koordinator cjelovite skrbi o pacijentima unutar sustava primarne zdravstvene zaštite	61
5. RASPRAVA	82
5.1 Vizija obiteljskih liječnika o tome što to znači biti koordinator cjelovite skrbi o pacijentima	85
5.2 Osjećaj odgovornosti i obveza prema cjelovitoj skrbi za pacijente	89
5.3 Intervencije koje bi mogle pridonijeti da se obiteljski liječnik osjeća kao koordinator unutar sustava primarne zdravstvene zaštite	92
5.4 Uloga koordinatora skrbi o pacijentima unutar primarne zdravstvene zaštite	96
6. ZAKLJUČAK	99
7. SAŽETAK	101
8. LITERATURA	102
9. ŽIVOTOPIS	107
10. PRILOZI	108

POPIS KRATICA

WONCA – World Organization of Family Doctors

EURACT – European Academy of Teachers in General Practice and Family Medicine

PZZ- primarna zdravstvena zaštita

LOM- liječnik obiteljske medicine

OM- obiteljska medicina

HZZO- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

SKZZ- sekundarna zdravstvena zaštita

EKZ – elektronski zdravstveni karton

AMA – American Medical Association

1. UVOD

1.1 Obiteljski liječnik – uloga i zadaće

Uloge i zadaće obiteljskog liječnika opisane su davne 1960. godine kada je započela specijalizacija „opće medicine“ u Hrvatskoj u tadašnjoj Jugoslaviji pod vodstvom prof.dr.sc. Ante Vuletića, koji definira „opću medicinu“ kao “posebnu znanstvenu i praktičnu struku, koja se temelji na shvaćanju jedinstva medicine i promatra čovjeka kao cjelovitu osobu u svom prirodnom i poslovnom okruženju” (1).

Četrnaest godina poslije objavljen je dokument Liječnik opće prakse u Europi – Leeuwenhorst radna grupa. To je bila prva priznata definicija opće medicine, koja između ostalog navodi kako liječnik opće medicine “rad obavlja u suradnji sa ostalim kolegama zdravstvenim i nezdravstvenim radnicima, zna kako i kada treba primijeniti liječenje, prevenciju i edukaciju radi promicanja zdravlja pacijentima u njihovim obiteljima te da je svjestan svoje profesionalne odgovornosti prema zajednici” (2).

Specijalisti obiteljske medicine imaju presudnu ulogu u koordinaciji cjelovite skrbi za pacijente u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Ovi medicinski stručnjaci odgovorni su za pružanje sveobuhvatne, kontinuirane i koordinirane skrbi pojedincima i obiteljima tijekom cijelog životnog vijeka, uključujući preventivnu skrb, dijagnozu i liječenje akutnih i kroničnih bolesti te skrb na kraju života.

Jedna od glavnih odgovornosti specijalista obiteljske medicine je koordinacija skrbi za pacijente s kroničnim bolestima. Kronične bolesti, poput dijabetesa, hipertenzije i srčanih bolesti, odgovorne su za značajan udio pobola i smrtnosti diljem svijeta. Specijalisti obiteljske medicine rade s pacijentima na rješavanju ovih stanja, uključujući pružanje edukacije o samoliječenju, propisivanju lijekova i upućivanju pacijenata drugim specijalistima prema potrebi. Oni također djeluju kao veza između pacijenta i drugih pružatelja zdravstvenih usluga, osiguravajući da su svi članovi tima za skrb upoznati sa stanjem pacijenta i planom liječenja.

Druga ključna uloga specijalista obiteljske medicine je pružanje preventivne skrbi. To uključuje fizičke i psihološke preglede i cijepljenja za pomoć u otkrivanju i sprječavanju bolesti. Specijalisti obiteljske medicine također savjetuju pacijente o izboru zdravog načina života, kao

što su prehrana i tjelovježba, te rade s pacijentima na razvoju plana za poboljšanje ili održavanje njihovog cjelokupnog zdravlja.

Osim ove uloge, specijalisti obiteljske medicine odgovorni su i za dijagnosticiranje i liječenje akutnih bolesti i ozljeda. Često služe kao prva točka kontakta za pacijente koji traže medicinsku skrb, a opremljeni su za rješavanje širokog spektra stanja, od lakših ozljeda do ozbiljnih bolesti. Također pružaju skrb za pacijente u hitnim situacijama, kao što je stabilizacija pacijenata s bolovima u prsima ili respiratornim distresom.

Konačno, specijalisti obiteljske medicine igraju važnu ulogu u skrbi za palijativne bolesnike. Rade s pacijentima i njihovim obiteljima kako bi pružili utjehu i podršku pacijentima pred kraj života. Pružaju hospicijsku i palijativnu skrb, baveći se fizičkim, emocionalnim i duhovnim potrebama pacijenata i njihove obitelji.

Ukratko, specijalisti obiteljske medicine imaju ključnu ulogu u koordinaciji cjelovite skrbi za pacijente u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Oni pružaju sveobuhvatnu, kontinuiranu i koordiniranu skrb pojedincima i obiteljima tijekom cijelog životnog vijeka, uključujući preventivnu skrb, dijagnozu i liječenje akutnih i kroničnih bolesti te skrb na kraju života. Oni djeluju kao veza između pacijenta i drugih pružatelja zdravstvenih usluga i osiguravaju da su svi članovi tima za skrb upoznati sa stanjem pacijenta i planom liječenja. Specijalisti obiteljske medicine sastavni su dio zdravstvenog sustava i imaju ključnu ulogu u osiguravanju najbolje moguće skrbi za pacijente.

Osobine obiteljskog liječnika su :

- “Jak osjećaj odgovornosti za sveobuhvatnu svakodnevnu skrb za pojedinca i obitelj u zdravlju, bolesti i za vrijeme oporavka
- Suosjećanje i empatija, s iskrenim interesom za bolesnika i obitelj
- Zainteresiranost i radoznalost
- Interes za široki spektar kliničke medicine
- Volja za rješavanje nejasnih medicinskih problema
- Sposobnost da se suvereno nosi s brojnim problemima koji se simultano javljaju u bolesnika
- Želju za čestim i različitim intelektualnim i tehničkim izazovima
- Sposobnost da pomogne bolesnicima u rješavanju svakodnevnih problema i održavanju stabilnosti u obitelji i zajednici

- Sposobnost da djeluje kao koordinator svih zdravstvenih resursa potrebnih za brigu o bolesnicima
- Stalna želja za stjecanjem novih znanja i za osjećajem zadovoljstva koje proizlazi iz sposobnosti da se bude u tijeku kroz trajnu medicinsku edukaciju
- Sposobnost da očuva mirnoću u stresnim trenucima i brzo odgovori logično, djelotvorno i suosjećajno
- Želja da prepozna probleme u najranijem mogućem stadiju ili da potpuno spriječi bolest
- Vještine neophodne da se nosi s kroničnom bolešću i da osigura najbolji mogući oporavak nakon akutne bolesti
- Razumijevanje za kompleksnu mješavinu fizičkih, emocionalnih i socijalnih elemenata u holističkoj i osobnoj brizi za bolesnika
- Osjećaj osobnog zadovoljstva koji izvire iz prisknog odnosa s bolesnicima koji se prirodno razvija tijekom dugog razdoblja trajne skrbi, kao suprotnost kratkotrajnom zadovoljstvu stečenom liječenjem epizodne bolesti
- Vještina i predanost u educiranju bolesnika i obitelji o bolesti i o načelima za dobro zdravlje” (3).

Na konferenciji WONCA Europe 2009. predstavljen je rad ‘Research Agenda for General Practice/Family Medicine and Primary Healthcare in Europe’ (4). To je referentni rad koji određuje ključne kompetencije i karakteristike obiteljske medicine u Europi.

Kompetencija je sposobnost donošenja promišljenog rješenja za određeni zadatak u specifičnom kontekstu temeljem korištenja znanja, vještina, stavova, procjena i osobnih vrijednosti. (5).

Specifične kompetencije obiteljskog liječnika su:

-menadžment primarne skrbi, koji podrazumijeva upravljanje primarnim kontaktom s pacijentima, rješavanje raznolikih, često nemedicinskih, problema i pružanje otvorenog i neograničenog pristupa zdravstvenoj skrbi; skrb za cijeli niz zdravstvenih stanja; omogućavanje pacijentu odgovarajuće usluge unutar zdravstvenog sustava; koordinaciju zdravstvene skrbi s drugim profesionalcima u primarnoj i sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti; učinkovitu i odgovarajuću skrb i zdravstvene usluge, učinkovito korištenje resursa; biti zagovornik pacijenta, tj. zaštititi ga od štete koja može proizaći iz nepotrebne dijagnostike i liječenja. Drugim riječima, raditi kvartarnu prevenciju.

-orijentiranost na zajednicu, koja podrazumijeva objedinjavanje individualnih zdravstvenih potreba pojedinca u kontekstu njegove obiteljske, radne ili školske okoline kao i zdravstvenih potreba zajednice; prepoznavanje i rješavanje specifičnih zdravstvenih potreba lokalne zajednice

-rješavanje specifičnih problema: obiteljska medicina specifična je u donošenju kliničkih odluka. Odlučivanje je utemeljeno na prevalenciji i incidenciji bolesti. Obiteljski liječnik u jednom radnom danu rješava više različitih problema i bolesti. Sve je više bolesnika s multimorbiditetom i komorbiditetima, što zahtijeva više vremena po pacijentu i veću produktivnost samog rada u ambulanti. Obiteljski liječnik je često u situaciji donositi odluke u početnoj fazi bolesti, kod nediferenciranih tegoba.

-sveobuhvatni pristup podrazumijeva istodobno rješavanje akutnog i kroničnog problema, prihvaćanje rizika i nesigurnosti, unapređenje zdravlja, prevenciju bolesti, liječenje, trajnu zdravstvenu zaštitu te potpurnu i palijativnu skrb i rehabilitaciju.

-osobi orijentirana skrb je skrb orijentirana na pojedinca, njegovu obitelj, uspješna komunikacija, dugotrajna i kontinuirana skrb. Liječnik u svojim odlukama uzima u obzir bolesnikovo mišljenje uvažavajući njegova stajališta i njega kao osobu.

-holistički pristup podrazumijeva promatranje zdravstvenog problema u njegovoj biomedicinskoj, psihološkoj, socijalnoj, kulturološkoj i egzistencijalnoj dimenziji.

Nova definicija obiteljske medicine je doživjela manje preinake od strane EURACT- a (European Academy of Teachers in General Practice and Family Medicine) na sastanku u Malagi 2010. godine, kada je Europsko vijeće WONCA-e (WONCA Europe) odlučilo imenovati malu komisiju, sastavljenu od ljudi iz različitih zemalja, radi manje revizije definicije te kako bi se uključila dva nova koncepta: osnaživanje pacijenta i kontinuirano poboljšanje kvalitete (6).

1.2 Što čini sustav primarne zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti iz studenog 2018. godine primarnu zdravstvenu zaštitu obuhvaća:

- praćenje zdravstvenog stanja stanovnika i predlaganje mjera za zaštitu i unapređenje zdravlja stanovnika
- sprječavanje bolesti i otkrivanje bolesti, dijagnostiku, liječenje, zdravstvenu njegu i rehabilitaciju
- preventivnu i specifičnu preventivnu zdravstvenu zaštitu djece i mladeži, osobito u osnovnim i srednjim školama te visokim učilištima na svom području
- zdravstvenu zaštitu osoba starijih od 65 godina
- zdravstvenu zaštitu hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata
- zdravstvenu zaštitu žena
- zdravstvenu zaštitu osoba s invaliditetom
- preventivnu zdravstvenu zaštitu rizičnih skupina i ostalih stanovnika u skladu s programima preventivne zdravstvene zaštite i organiziranjem obveznih preventivnih pregleda
- savjetovanje, zdravstveno prosvjeđivanje i promicanje zdravlja radi njegova očuvanja i unapređenja
- higijensko-epidemiološku zaštitu
- sanitarnu zaštitu
- sprječavanje, otkrivanje i liječenje bolesti zubi i usta s rehabilitacijom
- zdravstvenu rehabilitaciju djece i mladeži s poremećajima u tjelesnom i mentalnom razvoju
- radnu terapiju
- patronažne posjete
- zdravstvenu njegu u kući
- medicinu rada / medicinu rada i sporta
- hitnu medicinu
- palijativnu skrb
- zaštitu mentalnoga zdravlja, izvanbolničko liječenje mentalnih bolesti i poremećaja, uključujući ovisnosti
- opskrbu lijekovima, medicinskim proizvodima i magistralnim/galenskim pripravcima

- sanitetski prijevoz
- telemedicinu
- zdravstvenu ekologiju.

“Zdravstvena zaštita na primarnoj razini pruža se kroz djelatnosti: obiteljske (opće) medicine, zdravstvene zaštite predškolske djece, školske i adolescentne medicine u vidu preventivno-odgojnih i specifičnih mjera za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata, javnog zdravstva, zdravstvene zaštite žena, dentalne zdravstvene zaštite, dentalnih laboratorija, higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite, medicine rada / medicine rada i sporta, zaštite mentalnoga zdravlja, izvanbolničkog liječenja mentalnih bolesti i poremećaja, uključujući ovisnosti, logopedije, patronažne zdravstvene zaštite, zdravstvene njege u kući, primaljske skrbi, fizikalne terapije, radne terapije, hitne medicine, sanitetskog prijevoza, palijativne skrbi, ljekarništva, radiološke dijagnostike, laboratorijske dijagnostike, telemedicine, zdravstvene ekologije, sanitarnog inženjerstva.

Zdravstvena djelatnost na primarnoj razini provodi se i organizira u timskom radu. U provođenju pojedinačnih mjera zdravstvene zaštite u zdravstvenoj djelatnosti na primarnoj razini, a posebno u zdravstvenoj zaštiti radnika, djece predškolske i školske dobi, osoba starijih od 65 godina, zaštiti mentalnog zdravlja te palijativnoj skrbi sudjeluju i zdravstveni suradnici odnosno drugi stručnjaci za pojedina specifična pitanja te zaštite. Zdravstveni radnici u zdravstvenoj djelatnosti na primarnoj razini u timskom radu surađuju sa zdravstvenim radnicima u specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti” (7).

Nacionalna strategija razvoja zdravstva predviđa da primarna zdravstvena zaštita rješava glavninu (70-80%) zdravstvenih problema populacije. To se jedino može postići tako što će tim liječnika obiteljske medicine preuzeti ulogu voditelja/koordinatora pacijenta kroz “labirint zamršenog ustroja sustava zdravstva, te tako što će taj tim pružiti cjelovitu zaštitu koja se sastoji od promotivnih, preventivnih i intervencijsko-rehabilitacijskih mjera, dakle cjelokupnog spektra zdravstvenih usluga. Niti jednom drugom zdravstvenom timu nije dodijeljena tako sveobuhvatna uloga” (8).

1.3 Vodstvo

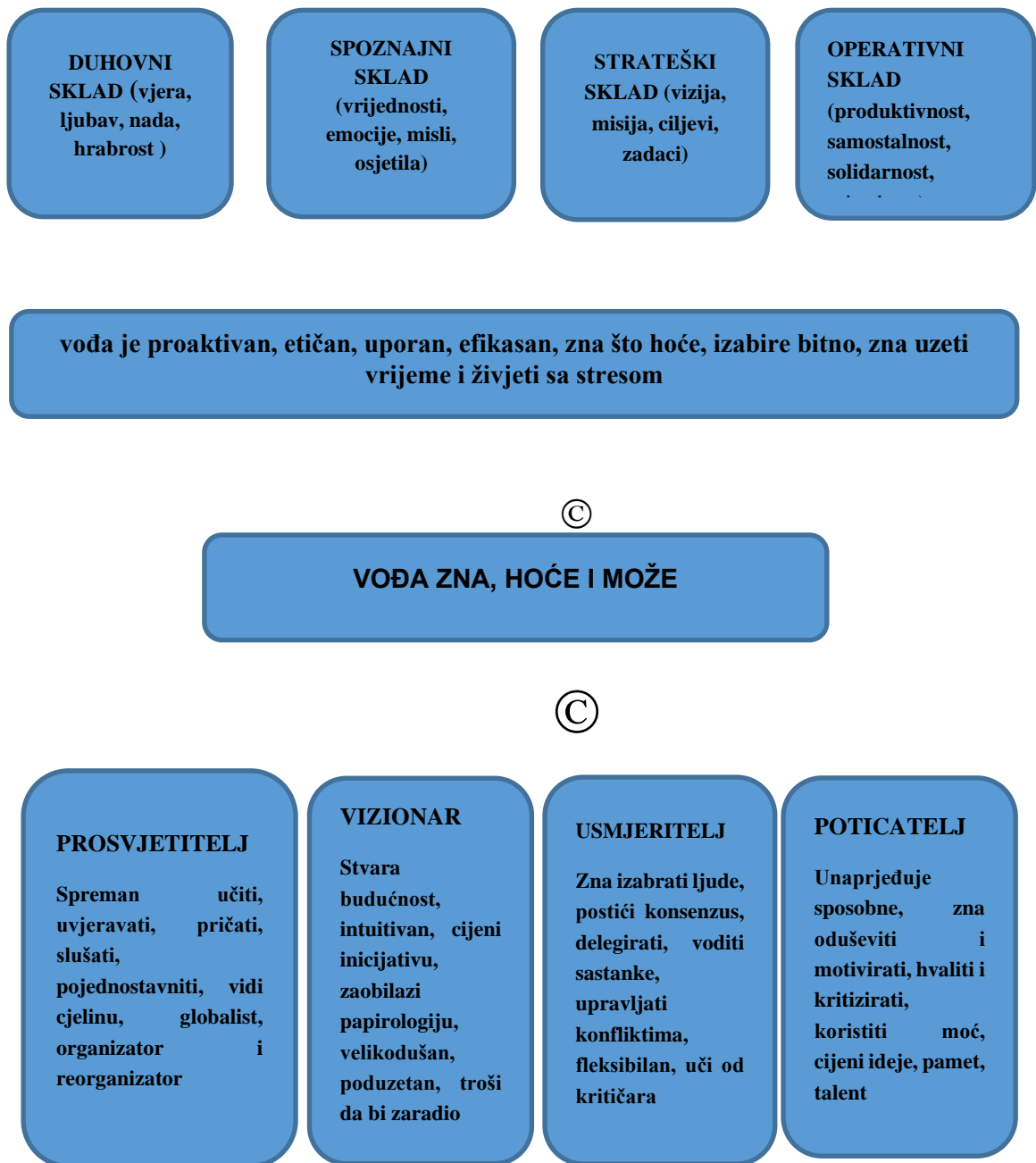
Koliko ima autora koji su pokušali definirati vodstvo toliko je i različitih definicija vodstva.

No ipak, kao ključne sastavnice izdvajaju se :

- vodstvo je proces
- vodstvo uključuje utjecaj
- vodstvo se odvija u kontekstu grupe
- vodstvo uključuje postizanje cilja.

Iz navedenoga proizlazi sljedeća definicija vodstva : “vodstvo je proces u kojem pojedinac utječe na grupu u svrhu postizanja zajedničkog cilja”(9).

Uspješni vođa istodobno radi na sebi i radi na (i s) drugima. Pri tome on i tim koji vodi postaju uspješniji, ostvaruju rezultate i pobjeđuju. Vođa se nastaje “prema unutra (rad na sebi) i djeluje prema van (radi na svome timu), objašnjavajući, usmjeravajući i motivirajući suradnike na realizaciju zajednički dogovorenih ciljeva”. Kao jedna od važnijih osobina koju posjeduju uspješni vođe navodi se natprosječna emocionalna inteligencija. Ona je izvor energije, motivacije, želje i borbenosti. A kao temelj svega ističe se strast i ljubav prema poslu kojega radi. “Što volim, to znam, hoću i mogu uraditi”. Uz to vođa ima četiri vrste zadataka koje mora naučiti izvršavati. Vođa mora naučiti igrati ulogu prosvjetitelja, vizionara, usmjeritelja i poticatelja (10).



Slika 1. Preneseno iz Velimir Srića, Biblija modernog vođe, Znanje, Zagreb 2004., str. 21.

Vodstvo je sposobnost da se utječe na druge, da ih se potakne da posegnu za izazovnim ciljevima (11). Vođe su moćni motivatori, voljni su preuzeti rizik, odlučni su, traže veće odgovornosti, stvaraju i potiču promjene, dobri su u komunikaciji, imaju pozitivan stav (11). Za njih veliku vrijednost predstavlja lojalnost, iskrenost, poštenje i etika (11).

Peter Drucker navodi da su temelji vodstva rad, odgovornost i zadobivanje povjerenja. Temelj uspješnog vodstva čini osmišljavanje zadataka postavljenog određenoj organizaciji i njegovo jasno i očigledno definiranje i utvrđivanje. Vođa postavlja ciljeve, određuje prioritete, utvrđuje i održava standarde. On čini i kompromise. Učinkoviti vođe su “bolno svjesni činjenice da svemir nije pod njihovom kontrolom.” Prije nego što prihvati kompromis, vođa dobro razmisli što je ispravno i poželjno. Vođa svoje vodstvo prije smatra odgovornošću nego visokim položajem u društvu i privilegijom. Učinkoviti vođe su rijetko “pretjerano popustljivi”. Ali kada stvari krenu loše, a to se uvijek događa, oni za to ne krive druge. Zato učinkovit vođa želi jake suradnike. On ih ohrabruje, ubrzava njihovo napredovanje u poslu, i zaista se ponosi njima. Zato što sebe smatra apsolutno odgovornim za greške svojih suradnika, on njihove uspjehe prije smatra svojim uspjehom negoli prijetnjom. Posljednji zahtjev koji se postavlja u vezi s učinkovitim vodstvom jest da se zadobije i posjeduje povjerenje. Što ne znači nužno da se vođa mora svidjeti drugima. Čak nije nužno ni da se svi s njim slažu. Povjerenje je uvjerenost da vođa zaista misli ono što kaže. Vođa mora imati staromodno govoreći, integritet. Djela jednog vođe moraju se podudarati s njegovim iskazanim uvjerenjem ili barem biti u skladu s njim. Djelotvorno vodstvo se ne temelji na pameti, nego na dosljednosti (12).

Biti vođa znači biti vizionar čiji se kreativni potencijal može nositi s pitanjima i izazovima koji dolaze, a koji se ogleda u sljedećem (13):

1. Tehničko znanje - svaki budući vođa mora savršeno poznavati bar jedan dio poslovanja sustava u kojem djeluje;
2. Poznavanje ljudi - dvije osobine su izuzetno važne: umješnost komunikacije i sposobnost slušanja. Ni jedna transformacija nije moguća ako odnosi s ljudima nisu besprijeekorni i dosljedni.
3. Sudionik - promatrač - Ako shvatimo koncept u kojem funkcioniramo, naša projekcija budućnosti biti će realnija i racionalnija. To je ono na šta se svodi vještina lidera, kreiranje vizije i stvaranje vrijednosti;
4. Vještina procjene - Iskušenja stvarnog života su učionica u kojoj se uči liderska vještina. Lideri se uče na vlastitim greškama, oni cijelog života uče;
5. Karakter - ono što vođa kaže to i učini;
6. Optimizam - vođe imaju nadu. Oni vjeruju drugima i drugi vjeruju njima. Svjesni su da međusobno povjerenje predstavlja emotivno vezivno tkivo kompanije kao cjeline;

7. Ravnoteža - Samopouzdanje, tehničko znanje, vještina procjene, karakter, optimizam i povjerenje - sve su to osobine koje su od vitalnog značaja za vođu. Međutim, svaka želja i svaka potreba mora biti kontrolirana, tako da se postigne ravnoteža i ne dopusti da jedna orijentacija ugrozi drugu;

8. Poklonik promjena – vođe/lideri su spremni prihvatiti rizik i vjeruju u promjenu.

Goleman je definirao opsežan set emocionalnih kompetencija za vođe (14):

1. Samosvijest - vještine koje obuhvaćaju prepoznavanje unutrašnjeg stanja, preferenci, mogućnosti i intuicije: Emocionalna samosvjesnost: prepoznavanje određenih emocija i njihovih efekta; Točna samoprocjena: prepoznavanje prednosti i ograničenja; Samopouzdanje: jak osjećaj samovrednovanja i sposobnosti.

2. Samoupravljanje - upravljanje unutrašnjim/osobnim stanjima, impulsima i mogućnostima, a obuhvaća: Samokontrolu: držanje negativnih emocija i impulsa pod kontrolom, Pouzdanost: održavati standarde poštenja i integriteta, Samosvjesnost: preuzeti odgovornost za osobne performanse, Adaptibilnost: fleksibilnost u rukovanju promjenama, Orijetiran ka dostignućima: želja za poboljšanjem i dostizanjem standarda izuzetnosti, Inicijativa: spremnost da se koriste mogućnosti;

3. Društvena svijest - predstavlja svijest o osjećajima, potrebama i brigama drugih:

- Empatija: prepoznati osjećaje i perspektive drugih
- Organizacijska svjesnost: prepoznavanje grupnih pravaca i snage veza, upravljanje ljudskim resursima i etika zaposlenih u cilju unapređenja kvaliteta zdravstvenih usluga
- Uslužno orijetiran: očekivanje, prepoznavanje i dostizanje potreba drugih;

4. Socijalne vještine - predstavljaju sposobnost ka poticanju željenog odgovora kod drugih, a obuhvaćaju:

- Osnaživanje drugih: osjećaj za tuđe potrebe za razvojem i jačanjem njihovih mogućnosti
- Vodstvo : inspiriranje i vođenje individualaca i grupa,
- Utjecaj: stvoriti efektivnu taktiku za uvjeravanje,
- Komunikacija: otvoreno slušanje i slanje uvjerljivih poruka,
- Katalizator promjena: iniciranje ili upravljanje promjenama,
- Upravljanje konfliktima: pregovaranje i rješavanje nesuglasica,

- Stvaranje veza: njegovanje instrumenta veza,
- Timski rad i suradnja: rad sa ostalima u pravcu postavljenih ciljeva, kreiranje sinergije u postizanju zajedničkih ciljeva.

1.3.1 Razlika između menadžera i vođe

U odnosu vodstvo i menadžment treba naglasiti kako nitko nema prednost. Northouse u svojoj knjizi iznosi kako su oni vrlo slični na mnogo načina jer koriste utjecaj, rad s ljudima, usmjerenost na efektivne ciljeve, podvige i druge zajedničke karakteristike (9). Draft je napisao "liderstvo ne može zamijeniti menadžment" ,ali trebalo bi biti " u dodatku menadžmenta". Po Draftu glavna razlika između menadžera i vođe leži u činjenici klasičnog menadžerskog konteksta " menadžeri su mislioci, a radnici sve rade" dok je liderski koncept da vođe i radnici misle i rade zajedno (15). Menadžment/upravljanje znači planiranje, organiziranje, komunikaciju, kontrolu i vrednovanje. Ono obuhvaća rješavanje konflikata, postavljanje ciljeva i pomaganje suradnicima da ih dosegnu. Menadžer mora znati učiniti ljude produktivnima, održavati optimalne uvjete te na najbolji mogući način iskoristiti sve resurse. Upravljanje podrazumijeva predviđanje problema i njihovo rješavanje prije nego što dođe do pada produktivnosti. Vodstvo je sve to, ali uz opsežnije i šire shvaćanje stvari. Vodstvo vas vodi na novi teritorij gdje promjena, rizik, vizija, kreativnost i izazov postaju ukorijenjeni u svakodnevni radni stil. (11).

Možete biti izvrstan menadžer, a da ne postanete dobar vođa, ali ne možete biti izvrstan vođa, a da niste postali dobar menadžer (11). Vodstvo podrazumijeva i stanje uma: morate željeti postati vođom da bi se promjena iz menadžera u vođu mogla dogoditi (11).

Menadžer planira, organizira i kontrolira, administrira, dok vođa mijenja, inspirira, motivira i utječe (16).

Nekoliko je ključnih razlika između menadžmenta i vodstva.

Menadžment je više formalan i znanstven. Oslanja se na vještine poput planiranja, kontroliranja, proračunavanja (*budgeting*). Koristi precizno postavljen skup alata i tehnika, temeljenih na rasuđivanju i iskušanoj u mnoštvu različitih situacija.

S druge strane vodstvo uključuje viziju. Vodstvo podrazumijeva izazivanje suradnje i timskog rada velike mreže ljudi, kao i stalno motiviranje ključnih osoba unutar te mreže. U tome veliku ulogu ima vještina uvjeravanja. Cilj je vođe izazvati promjenu (16).

Tablica 1 : Razlike između vođe i menadžera

VOĐA	MENADŽER
vizionar strastven kreativan fleksibilan inspirativan inovativan hrabar maštovit nije ga strah rizika neovisan dijeli znanje	racionalan uporan savjetodavan orijentiran na rješavanje problema nepopustljiv analitičan strukturiran autoritativan pomno promišlja prije donošenja odluke konzervativan centralizira znanje

Dubrin srt. 5. prema izvoru: Genevieve Capowski, Anatomy of a Leader: Where Are the Leaders of Tomorrow? Management Review, March 1994, p.12; David Fagiano, Managers vs. Leaders: A Corporate Fable, Management Review, November 1997, p. 5.

U svijetu se već neko vrijeme koristi pojam integracija skrbi. U Hrvatskoj je nedovoljno prepoznat od strane dionika zdravstvenoga sustava. Sam pojam integracije podrazumijeva koordinaciju različitih aktivnosti kako bi se osiguralo skladno djelovanje (17) i u konačnici poboljšali ishodi (18). Iz navedenih osobina i temeljnih kompetencija obiteljskog liječnika daje se zaključiti kako bi on bio taj koji bi trebao preuzeti ulogu vođe/koordinatora cjelovite integrirane skrbi o pacijentima.

2. CILJ I SVRHA RADA

Opći cilj ovoga rada je istražiti stavove obiteljskih liječnika o pitanju njihove uloge koordinatora/ vođe unutar sustava primarne zdravstvene zaštite.

Specifični ciljevi rada su:

- Ima li hrvatski obiteljski liječnik viziju što to znači biti koordinator cjelovite skrbi o pacijentima?
- Zna li koje su mu obaveze i želi li preuzeti odgovornost vođe/koordinatora skrbi svojih pacijenata unutar primarne zdravstvene zaštite?
- I na kraju možemo li iznaći intervencije pomoću kojih bi se obiteljski liječnik osjećao kao vođa/koordinator unutar sustava primarne zdravstvene zaštite?

3. METODE I MATERIJALI

Ispitivanje je konstruirano kao presječno, kojim se tijekom 2021. godine anketnim upitnikom pokušalo dobiti prigodni uzorak obiteljskih/općih liječnika. U posebno kreiranom anketnom upitniku u svrhu istraživanja, na eksplorativan način pokušalo se doći do podataka o mišljenjima i stavovima liječnika o vodstvu. Svrha je izviđajnog (eksplorativnog) istraživanja dobiti uvid u problem i postići bolje razumijevanje pojave, situacije ili događaja. Izviđajno istraživanje se još naziva neformalno, kvalitativno istraživanje i predstavlja racionalnu metodologiju uslijed nedostatka postojećih istraživanja o promatranom problemu stavova obiteljskih liječnika o pitanju njihove uloge vođe/koordinatora unutar sustava primarne zdravstvene zaštite. Dobiveni rezultati poslužit će kao temelj daljnjim istraživanjima navedene problematike.

Prigodni uzorak je prikupljen na način da su liječnici Domova zdravlja i privatnici/koncesionari kontaktirani putem mailing liste i specijaliziranih zatvorenih grupa na društvenim mrežama (*Facebook*) i mobilnim aplikacijama (*Viber i WhatsApp*). Na navedene poslan je anonimizirani anketni upitnik, sačinjen u *Google Form* obliku, koji je bio ispunjen i vraćen na daljnju analizu. Prilikom ispunjavanja upitnika prvo pitanje je zapravo bila suglasnost za sudjelovanjem i nije se moglo nastaviti ispunjavati upitnik ako se ne potvrdi razumijevanje i suglasnost. Zbog

eksplorativne naravi i daljnje subgroup analize, u istraživanje su uključeni liječnici na specijalizaciji, specijalisti obiteljske medicine, kao i liječnici bez specijalizacije i drugih specijalizacija koji su zaposleni u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. U istraživanje nisu bili uključeni liječnici s radnim stažom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti manjim od 1 godinu i liječnici koji su iz mirovine pozvani radi privremenog popunjavanja ambulanti.

Na temelju podataka Hrvatskog zdravstveno-statističkog ljetopisa za 2019. godinu u djelatnosti opće/obiteljske medicine, u 2019. godini ukupno je radilo 2.199 doktora medicine. S razinom pouzdanosti od 95%, marginom pogreške od 5%, minimalna procijenjena veličina uzorka iznosi 330 ispitanika.

S obzirom na nedostatak spoznaja o ovoj problematici, ovo istraživanje predstavlja prvo takve vrste kojim se eksplorativnim (izviđajnim) pristupom dobiva uvid o važnosti vodstva kod liječnika obiteljske medicine.

Statistička analiza

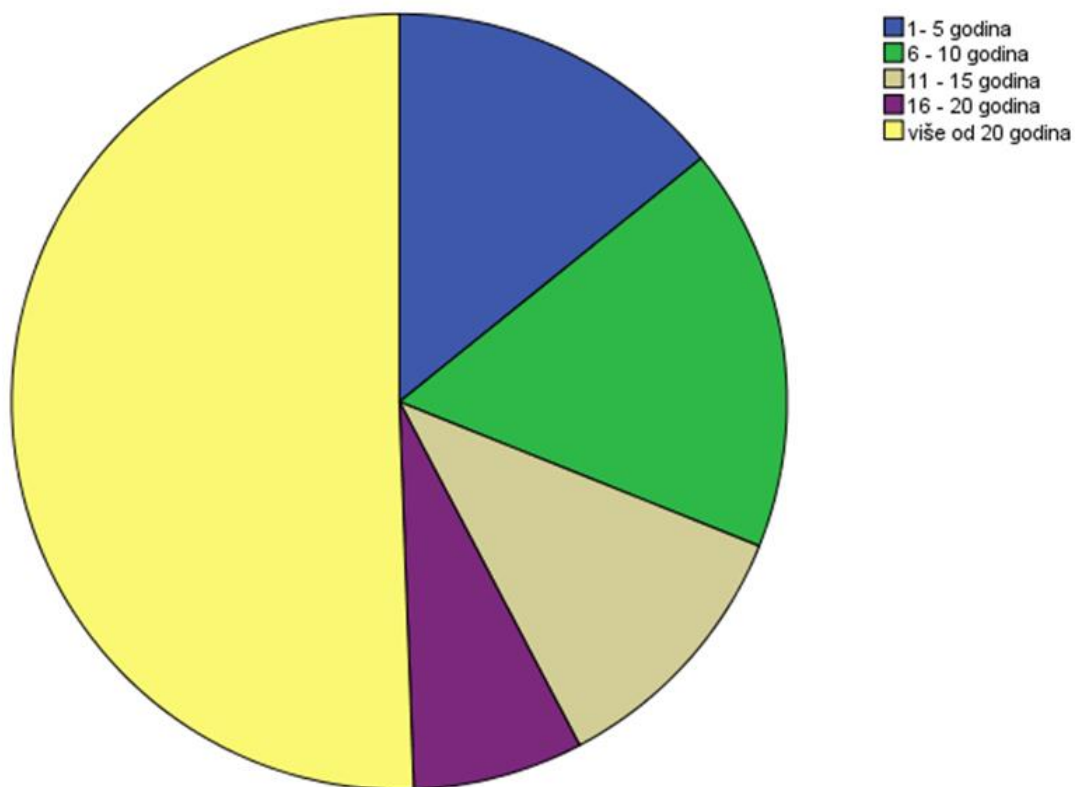
Za opis uzorka koristile su se metode deskriptivne statistike. Kategorijski podatci opisani su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podatci opisani medijanom i interkvartilnim raspršenjem kao mjerama centralne tendencije i raspršenja. Razlike kategorijskih varijabli analizirane su s pomoću Hi kvadrat testa (χ^2 test). Provjera normalnosti raspodjele numeričkih varijabli testirana je Kolmogorov Smirnovljevim testom. Razlike varijabli analizirane su s pomoću Mann - Whitneyjevim U - test (za usporedbe dvije skupine). Povezanost numeričkih varijabli testirana je Spearmanovim koeficijentom korelacije (ρ), Razina značajnosti određena je na $\alpha = 0,05$. Za statističku obradu podataka korišten je program SPSS for Windows (inačica 21, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

4. REZULTATI

4.1 Sociodemografske karakteristike uzorka

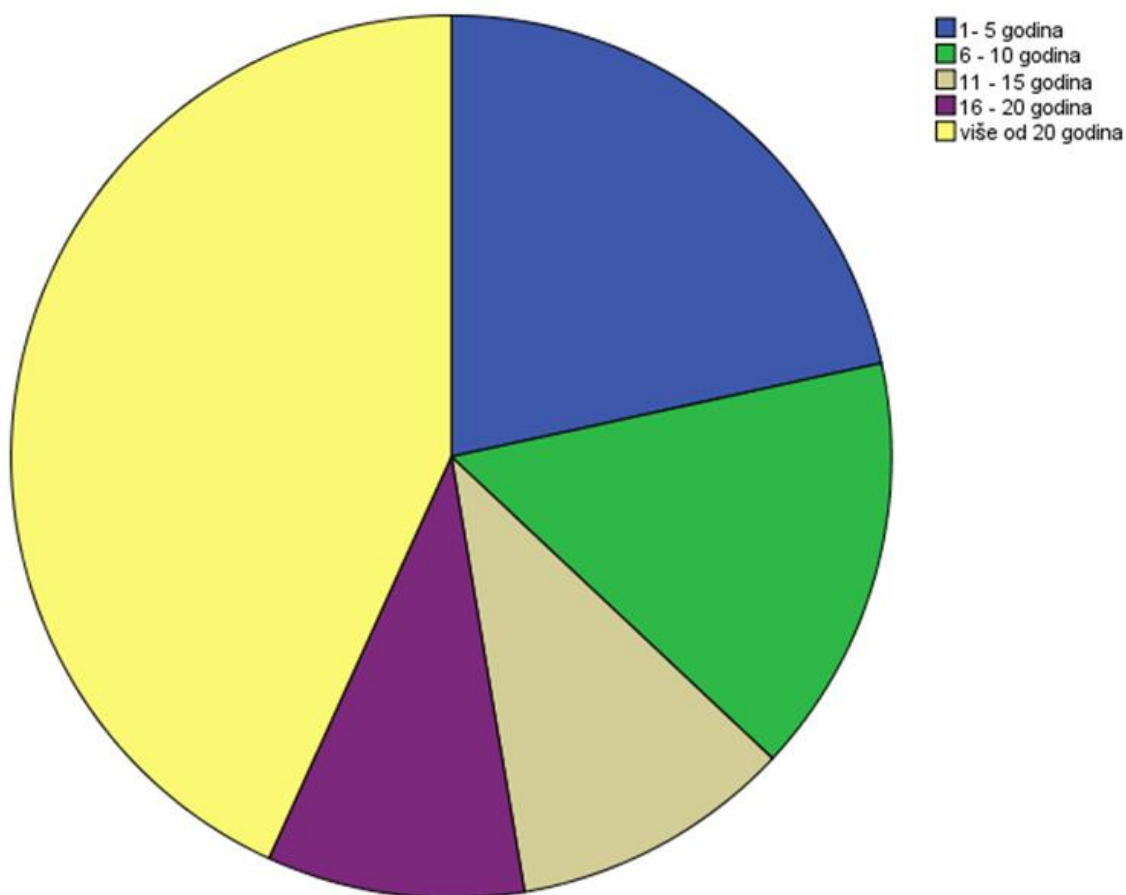
Istraživanje je provedeno na uzorku od 338 ispitanika, od čega je njih 285 (84,3 %) bilo ženskog spola, a 53 (15,7 %) muškog spola. Najviše ispitanika, njih 118 (34,9 %) je između 56 do 65 godina starosti, 88 (26 %) ispitanika je između 25 do 35 godina starosti, 62 (18,3 %) ispitanika između 46 i 55 godina starosti, 60 (17,8 %) ispitanika je između 36 i 45 godina starosti, dok je 10 ispitanika starije od 65 godina.

Gotovo polovica uzorka, njih 171 (50,6 %), ima preko 20 godina ukupnog radnog staža, dok 57 (16,9 %) ispitanika ima od 6 do 10 godina ukupnog radnog staža, 48 (14,2 %) ispitanika ima od 1 do 5 godina staža, 38 (11,2 %) ispitanika ima od 11 do 15 godina ukupnog radnog staža, dok 24 (7,1 %) ispitanika imaju od 16 do 20 godina ukupnog radnog staža (Slika 2.).



Slika 2. Ukupni radni staž ispitanika: Prikazane su apsolutne frekvencije ispitanika prema kategorijama ukupnog radnog staža.

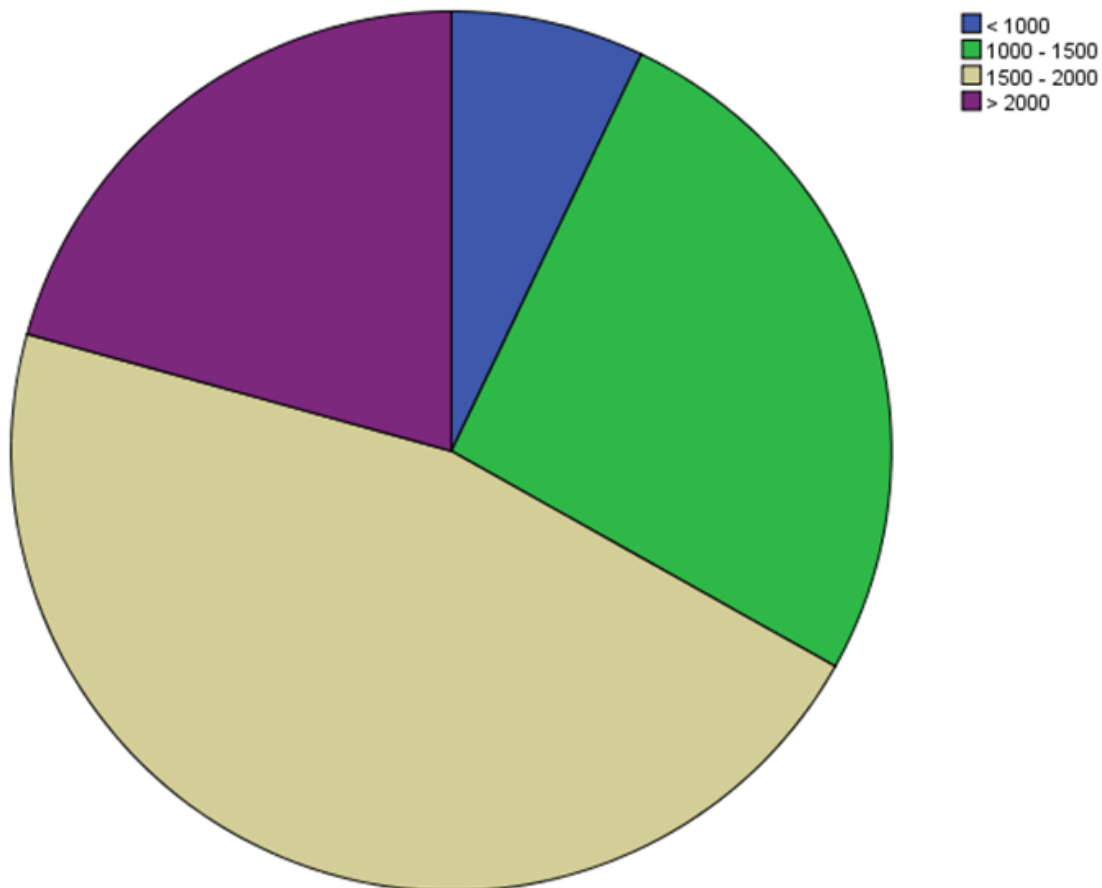
Najviše ispitanika, njih 146 (43,2 %) radi više od 20 godina u obiteljskoj medicini. Njih 73 (21,6 %) u obiteljskoj medicini radi od 1 do 5 godina, potom njih 52 (15,4 %) ima ukupni radni staž u obiteljskoj medicini od 6 do 10 godina. 35 (10,4 %) ispitanika radi u obiteljskoj medicini od 11 do 15 godina, dok 32 (9,5 %) ispitanika ima radni staž od 16 do 20 godina u obiteljskoj medicini (Slika 3.).



Slika 3. Radni staž u obiteljskoj medicini: Prikazane su apsolutne frekvencije ispitanika prema kategorijama godina staža u obiteljskoj medicini.

Više od dvije trećine uzorka, 223 (67,4 %) ispitanika čitav svoj radni vijek radi samo u obiteljskoj medicini. 78(23,6 %) ispitanika je prije obiteljske medicine radilo u Hitnoj medicinskoj pomoći, 16 (4,8 %) ispitanika je radilo u SKZZ ordinacijama, 11 (3,3 %) ispitanika je radilo u farmaceutskoj industriji, dvoje ispitanika na fakultetu, a jedan ispitanik u Zavodu za javno zdravstvo.

Većina ispitanika u uzorku, njih 156 (46,2 %) skrbi za 1500 do 2000 pacijenata u ambulanti. 88 (26 %) ispitanika skrbi za 1000 do 1500 ispitanika, 70 (20,7 %) ispitanika skrbi za više od 2000 pacijenata, a njih 24 (7,1%) skrbi za manje od 1000 pacijenata u ambulanti (Slika 4.).



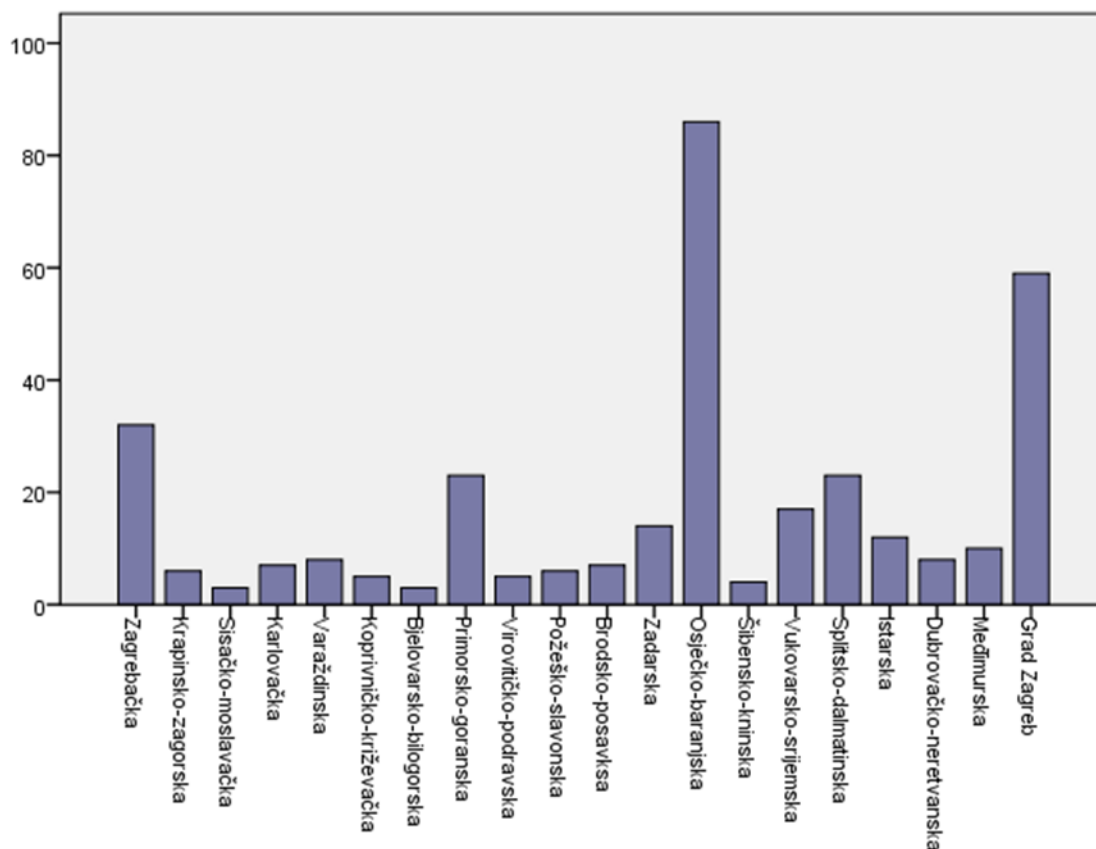
Slika 4. Broj pacijenata u ambulanti. Prikazane su apsolutne frekvencije ispitanika prema kategorijama broja pacijenata o kojima skrbe u ambulanti obiteljske medicine.

Podjednak broj ispitanika ovog istraživanja radi u Domu zdravlja i privatnoj ordinaciji. U Domu zdravlja njih 161 (47,6 %) a 177 (52,4 %) u privatnoj ordinaciji.

Gotovo polovica ispitanika, njih 166 (49,1 %) su specijalisti obiteljske medicine, 88 (26%) ispitanika su liječnici bez specijalizacije, 68 (20,1 %) specijalizanti obiteljske medicine, a njih 16 (4,7 %) odgovara nešto drugo, no ne navode što.

Od 338 ispitanika trećina uzorka, njih 213 (63 %) radi u gradu, 74 (21,9 %) ispitanika na selu, a 51 (15,1%) ispitanik u prigradskom naselju.

Najveći broj ispitanika ovog istraživanja radi u Osječko-baranjskoj županiji, njih 86 (25,4 %), potom u Gradu Zagrebu, njih 59 (17,5 %), potom u Zagrebačkoj županiji njih 32 (9,5%) , i Splitsko-dalmatinskoj njih 23 (6,8 %) (Slika 5).



Slika 5. Županija u kojoj ispitanici rade. Prikazane su apsolutne frekvencije ispitanika prema pojedinoj županiji u kojoj rade

4.2 Vizija obiteljskog liječnika o tome što to znači biti koordinator cjelovite skrbi o pacijentima

Postoji statistički značajna razlika kada je riječ o donošenju odluka o skrbi za bolesnike u odnosu s medicinskom sestrom u timu s obzirom na dob ispitanika (χ^2 test = 31,80, 16 stupnjeva slobode, $P = 0,011$) pri čemu najviše ispitanika, njih 46 (13,6%) u dobi od 56-65 godina izražava potpuno slaganje s tvrdnjom a njih 38 (11,2%) se slaže s tvrdnjom. Kod ispitanika u dobi od 36 – 45 godina podjednak broj njih se potpuno slaže s tvrdnjom i ne slaže s njom, 11 naspram 10 ispitanika (Tablica 2).

Nema statistički značajne razlike s obzirom na ukupni radni staž ispitanika (χ^2 test = 22,46, 16 stupnjeva slobode, $P = 0,12$) i radni staž u obiteljskoj medicini (χ^2 test = 20,16, 16 stupnjeva slobode, $P = 0,21$) . Kvalitativno promatrajući najveći broj ispitanika sa ukupnim radnim stažom većim od 20 godina se potpuno slaže s tom tvrdnjom, njih 69 (20,4%) kao i najveći broj ispitanika sa radnim stažom u obiteljskoj medicini većim od 20 godina, njih 57 (16,9%) (Tablica 2).

S obzirom na mjesto rada, nema razlike kod liječnika koji rade u prigradskom naselju, selu ili gradu (χ^2 test = 10,16, 8 stupnjeva slobode, $P = 0,254$) (Tablica 2).

Što se tiče vrste ordinacije, postoji statistički značajna razlika u donošenju odluka o skrbi za bolesnika u odnosu s medicinskom sestrom između liječnika koji rade u privatnoj ordinaciji i u okviru Domova zdravlja (χ^2 test = 11,84, 4 stupnjeva slobode, $P = 0,019$). Najveći broj liječnika koji rade u privatnoj ordinaciji se potpuno slaže s ovom tvrdnjom, njih 69 (20,4%), dok se najveći broj liječnika koji rade u Domu zdravlja slaže s ovom tvrdnjom, njih 61 (18%), a njih 49 (14,5%) se djelomično slaže s ovom tvrdnjom (Tablica 2).

Nema statistički značajne razlike s obzirom na status liječnika (χ^2 test = 6,83, 12 stupnjeva slobode, $P = 0,86$) (Tablica 2).

Tablica 2. Raspodjela ispitanika prema demografskim varijablama s obzirom na stav o donošenju odluka u odnosu s medicinskom sestrom.

U donošenju odluka o skrbi za bolesnika u odnosu s medicinskom sestrom ja apsolutno odlučujem o svemu							
Broj (%) ispitanika prema stavu							
	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće ne slažem	Ukupno	P
Dob							
25 –35 godina	21 (6,2)	36 (10,7)	26 (7,7)	5 (1,5)	0 (0)	88 (26)	0,01
36 – 45 godina	11 (3,3)	21 (6,2)	18 (5,3)	10 (3)	0 (0)	60 (17,8)	
46 – 55 godina	24 (7,1)	16 (4,7)	21 (6,2)	1 (0,3)	0 (0)	62 (18,3)	
56 – 65 godina	46 (13,6)	38 (11,2)	22 (6,5)	10 (3)	2 (0,6)	118 (34,9)	
Iznad 65 godina	5 (1,5)	4 (1,2)	1 (0,3)	0 (0)	0 (0)	10 (3)	
Ukupni radni staž							
1 – 5 godina	9 (2,7)	22 (6,5)	14 (4,1)	3 (0,9)	0 (0)	48 (14,2)	0,12
6 – 10 godina	17 (5)	18 (5,3)	17 (5)	5 (1,5)	0 (0)	57 (16,9)	
11 – 15 godina	7 (2,1)	13 (3,8)	12 (3,6)	6 (1,8)	0 (0)	38 (11,2)	
16 – 20 godina	5 (1,5)	12 (3,6)	6 (1,8)	1 (0,3)	0 (0)	24 (7,1)	
Više od 20 godina	69 (20,4)	50 (14,8)	39 (11,5)	11 (3,3)	2 (0,6)	171 (50,6)	

**Radni staž u
obiteljskoj
medicini**

1 – 5 godina	15 (4,4)	29 (8,6)	25 (7,4)	4 (1,2)	0 (0)	73 (21,6)	
6 – 10 godina	18 (5,3)	18 (5,3)	10 (3)	6 (1,8)	0 (0)	52 (15,4)	0,21
11 – 15 godina	9 (2,7)	10 (3)	11 (3,3)	5 (1,5)	0 (0)	35 (10,4)	
16 – 20 godina	8 (2,4)	12 (3,6)	11 (3,3)	1 (0,3)	0 (0)	32 (9,5)	
Više od 20 godina	57 (16,9)	46 (13,6)	31 (9,2)	10 (3)	2 (0,6)	146 (43,2)	

Mjesto rada

Selo	26 (7,7)	18 (5,3)	24 (7,1)	6 (1,8)	0 (0)	74 (21,9)	0,25
Prigradsko naselje	14 (4,1)	20 (5,9)	15 (4,4)	1 (0,3)	1 (0,3)	51 (15,1)	
Grad	67 (19,8)	77 (22,89)	49 (14,5)	19 (5,6)	1 (0,3)	213 (63)	

Radite u

Domu zdravlja	38 (11,2)	61 (18)	49 (14,5)	13 (3,8)	0 (0)	161 (47,6)	0,01
Privatnoj ordinaciji	69 (20,4)	54 (16)	39 (11,5)	13 (3,8)	2 (0,6)	177 (52,4)	

Vaš status

Liječnik bez specijalizacije	25 (7,4)	31 (9,2)	24 (7,1)	7 (2,1)	1 (0,3)	88 (26)
Specijalizant obiteljske medicine	18 (5,3)	20 (5,9)	24 (7,1)	6 (1,8)	0 (0)	68 (20,1)
Specijalist obiteljske medicine	58 (17,2)	58 (17,2)	37 (10,9)	12 (3,6)	1 (0,3)	166 (49,1)
Drugo	6 (1,8)	6 (1,8)	3 (0,9)	1 (0,3)	0 (0)	16 (4,7)

0,86

 χ^2 hi kvadrat test; % - relativne frekvencije

Što se tiče donošenja odluke o skrbi o bolesnicima odnosu s patronažnom sestrom nije utvrđena statistički značajna razlika s obzirom na dob liječnika (χ^2 test = 18,54, 16 stupnjeva slobode, P = 0,29), pri čemu najviše ispitanika svih dobnih skupina izražava slaganje s navedenom tvrdnjom (Tablica 3.).

Također, nije utvrđena statistički značajna razlika u donošenju odluke u odnosu s patronažnom sestrom s obzirom na ukupni radni staž liječnika (χ^2 test = 11,95, 16 stupnjeva slobode, P = 0,74) i radni staž u obiteljskoj medicini (χ^2 test = 12,29, 16 stupnjeva slobode, P = 0,72) pri čemu gotovo svi ispitanici najviše izražavaju slaganje s ovom tvrdnjom (Tablica 3.).

S obzirom na mjesto rada, nema razlike u donošenju odluka u odnosu s patronažnom sestrom kod liječnika koji rade u prigradskom naselju, selu ili gradu (χ^2 test = 8,58, 8 stupnjeva slobode, P = 0,37) (Tablica 3.).

Nije utvrđena statistički značajna razlika u donošenju odluke u odnosu s patronažnom sestrom s obzirom na status liječnika (χ^2 test = 7,76, 12 stupnjeva slobode, P = 0,80). Ipak, kvalitativno promatrajući može se primijetiti da se najveći broj liječnika specijalista slaže s ovom tvrdnjom, njih 59 (17,5%), dok se najveći broj specijalizanata obiteljske medicine djelomično slaže s navedenom tvrdnjom, njih 26 (7,7%) (Tablica 3.).

Tablica 3. Raspodjela ispitanika prema demografskim varijablama s obzirom na stav o donošenju odluka u odnosu s patronažnom sestrom.

U donošenju odluka o skrbi za bolesnika u odnosu s patronažnom sestrom ja apsolutno odlučujem o svemu							
Broj (%) ispitanika prema stavu							
	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće ne slažem	Ukupno	P
Dob							
25 -35 godina	21 (6,2)	35 (10,4)	26 (7,7)	6 (1,8)	0 (0)	88 (26)	0,29
36 – 45 godina	12 (3,6)	20 (5,9)	18 (5,3)	10 (3)	0 (0)	60 (17,8)	
46 – 55 godina	16 (4,7)	23 (6,8)	22 (6,5)	1 (0,3)	0 (0)	62 (18,3)	
56 – 65 godina	28 (8,3)	44 (13)	28 (8,3)	16 (4,7)	2 (0,6)	118 (34,9)	
Iznad 65 godina	4 (1,2)	3 (0,9)	3 (0,9)	0 (0)	0 (0)	10 (3)	
Ukupni radni staž							
1 – 5 godina	10 (3)	19 (5,6)	15 (4,4)	4 (1,2)	0 (0)	48 (14,2)	0,74
6 – 10 godina	16 (4,7)	18 (5,3)	18 (5,3)	5 (1,5)	0 (0)	57 (16,9)	
11 – 15 godina	8 (2,4)	13 (3,8)	9 (2,7)	8 (2,4)	0 (0)	38 (11,2)	
16 – 20 godina	6 (1,8)	11 (3,3)	7 (2,1)	0 (0)	0 (0)	24 (7,1)	
Više od 20 godina	41 (12,1)	64 (18,9)	48 (14,2)	16 (4,7)	2 (0,6)	171 (50,6)	

**Radni staž u
obiteljskoj
medicini**

1 – 5 godina	15 (4,4)	26 (7,7)	27 (8)	5 (5)	0 (0)	73 (21,6)	
							0,72
6 – 10 godina	17 (5)	16 (4,7)	13 (3,8)	6 (1,8)	0 (0)	52 (15,4)	
11 – 15 godina	8 (2,4)	14 (4,1)	8 (2,4)	5 (1,5)	0 (0)	35 (10,4)	
16 – 20 godina	5 (1,5)	13 (3,8)	12 (3,6)	2 (0,6)	0 (0)	32 (9,5)	
Više od 20 godina	36 (10,7)	56 (16,6)	37 (10,9)	15 (4,4)	2 (0,6)	146 (43,2)	

Mjesto rada

Selo	22 (6,5)	24 (7,1)	21 (6,2)	6 (1,8)	1 (0,3)	74 (21,9)	0,37
Prigradsko naselje	14 (4,1)	21 (6,2)	13 (3,8)	2 (0,6)	1 (0,3)	51 (15,1)	
Grad	58 (17,2)	73 (21,6)	63 (18,6)	18 (5,3)	1 (0,3)	213 (63)	

Radite u

Domu zdravlja	36 (10,79)	60 (17,8)	51 (15,1)	14 (4,1)	0 (0)	161 (47,6)	0,48
Privatnoj ordinaciji	45 (13,3)	65 (19,2)	46 (13,6)	19 (5,6)	2 (0,6)	177 (52,4)	

Vaš status							
Liječnik bez specijalizacije	19 (5,6)	36 (10,7)	23 (6,8)	9 (2,7)	1 (0,3)	88 (26)	0,80
Specijalizant obiteljske medicine	13 (3,8)	24 (7,1)	26 (7,7)	5 (1,5)	0 (0)	68 (20,1)	
Specijalist obiteljske medicine	46 (13,6)	59 (17,5)	42 (12,4)	18 (5,3)	1 (0,3)	166 (49,1)	
Drugo	3 (0,9)	6 (1,8)	6 (1,8)	1 (0,3)	0 (0)	16 (4,7)	

χ^2 hi kvadrat test; % - relativne frekvencije

Kod donošenja odluke o skrbi o bolesnicima u odnosu sa sestrom iz kućne njege nije utvrđena statistički značajna razlika s obzirom na dob liječnika (χ^2 test = 19,15, 16 stupnjeva slobode, P = 0,26), ukupni radni staž liječnika (χ^2 test = 13,74, 16 stupnjeva slobode, P = 0,61) i radni staž liječnika u obiteljskoj medicini (χ^2 test = 16,38, 16 stupnjeva slobode, P = 0,42) te status liječnika (χ^2 test = 8,25, 12 stupnjeva slobode, P = 0,76) (Tablica 4.).

Također, nije utvrđena statistički značajna razlika kod donošenja odluke u odnosu sa sestrom iz kućne njege s obzirom na mjesto rada liječnika (χ^2 test = 3,74, 8 stupnjeva slobode, P = 0,90), pri čemu sve tri kategorije pokazuju sličan trend odgovora, odnosno najviše liječnika s područja sela, prigradskog naselja i grada izražavaju slaganje s ovom tvrdnjom (Tablica 4.).

Tablica 4. Raspodjela ispitanika prema demografskim varijablama s obzirom na stav o donošenju odluka u odnosu s patronažnom sestrom.

U donošenju odluka o skrbi za bolesnika u odnosu sa sestrom iz kućne njege ja apsolutno odlučujem o svemu

Broj (%) ispitanika prema stavu

	Potpuno slažem	Se slažem se	Djelomično slažem se	Ne slažem se	Uopće ne slažem	Ukupno	P
Dob							
25 -35 godina	22 (6,5)	31 (9,2)	29 (8,6)	6 (1,8)	0 (0)	88 (26)	
36 – 45 godina	17 (5)	19 (5,6)	17 (5)	7 (2,1)	0 (0)	60 (17,8)	0,26
46 – 55 godina	18 (5,3)	22 (6,5)	21 (6,2)	1 (0,3)	0 (0)	62 (18,3)	
56 – 65 godina	31 (9,2)	44 (13)	28 (8,3)	12 (3,6)	3 (0,9)	118 (34,9)	
Iznad 65 godina	6 (1,8)	2 (0,6)	2 (0,6)	0 (0)	0 (0)	10 (3)	
Ukupni radni staž							
1 – 5 godina	11 (3,3)	20 (5,9)	13 (3,8)	4 (1,2)	0 (0)	48 (14,2)	
6 – 10 godina	20 (5,9)	12 (3,6)	20 (5,9)	5 (1,5)	0 (0)	57 (16,9)	0,61
11 – 15 godina	9 (2,7)	13 (3,8)	12 (3,6)	4 (1,2)	0 (0)	38 (11,2)	
16 – 20 godina	6 (1,8)	12 (3,6)	6 (1,8)	0 (0)	0 (0)	24 (7,1)	
Više od 20 godina	48 (14,2)	61 (18)	46 (13,6)	13 (3,8)	3 (0,9)	171 (50,6)	

**Radni staž u
obiteljskoj
medicini**

1 – 5 godina	15 (4,4)	27 (8)	24 (7,1)	7 (2,1)	0 (0)	73 (21,6)	
6 – 10 godina	22 (6,5)	11 (3,3)	15 (4,4)	4 (1,2)	0 (0)	52 (15,4)	0,42
11 – 15 godina	10 (3)	13 (3,8)	10 (3)	2 (0,6)	0 (0)	35 (10,4)	
16 – 20 godina	7 (2,1)	10 (3)	12 (3,6)	3 (0,9)	0 (0)	32 (9,5)	
Više od 20 godina	40 (11,8)	57 (16,9)	36 (10,7)	10 (3)	3 (0,9)	146 (43,2)	

Mjesto rada

Selo	22 (6,5)	24 (7,1)	21 (6,2)	6 (1,8)	1 (0,3)	74 (21,9)	
Prigradsko naselje	14 (4,1)	21 (6,2)	13 (3,89)	2 (0,6)	1 (0,3)	51 (15,1)	0,90
Grad	58 (17,2)	73 (21,6)	63 (18,6)	18 (5,3)	1 (0,3)	213 (63)	

Radite u

Domu zdravlja	43 (12,7)	56 (16,6)	50 (14,8)	12 (3,6)	0 (0)	161 (47,6)	0,48
Privatnoj ordinaciji	51 (15,1)	62 (18,3)	47 (13,9)	14 (4,19)	3 (0,9)	177 (52,4)	

Vaš status							
Liječnik bez specijalizacije	23 (6,8)	34 (10,1)	23 (6,8)	7 (2,1)	1 (0,3)	88 (26)	
Specijalizant obiteljske medicine	17 (5)	21 (6,2)	26 (7,7)	4 (1,2)	0 (0)	68 (20,1)	0,76
Specijalist obiteljske medicine	49 (14,5)	59 (17,5)	44 (13)	12 (3,6)	2 (0,6)	166 (49,1)	
Drugo	5 (1,5)	4 (1,2)	4 (1,2)	3 (0,9)	0 (0)	16 (4,7)	

χ^2 hi kvadrat test; % - relativne frekvencije

Utvrđena je statistički značajna razlika kod liječnika različite dobi u mišljenju o tome da im medicinska sestra/tehničar vrlo često sugeriraju postupke koji nisu u skladu s njihovim znanjem i stavovima, te im dopuste da to utječe na njihovu odluku oko skrbi za pacijenta (χ^2 test = 26,78, 16 stupnjeva slobode, P = 0,04), pri čemu se najveći broj liječnika u dobi od 56 – 65 godina ne slaže s tom tvrdnjom, njih 48 (14,2) dok se njih 42 (12,4%) uopće ne slaže s tom tvrdnjom. (Tablica 5.)

Utvrđena je statistički značajna razlika između liječnika različitog statusa u mišljenju o tome da im medicinska sestra/tehničar vrlo često sugeriraju postupke koji nisu u skladu s njihovim znanjem i stavovima, te im dopuste da to utječe na njihovu odluku (χ^2 test = 21,54, 12 stupnjeva slobode, P = 0,04), pri čemu se najveći broj liječnika bez specijalizacije, specijalizanata obiteljske medicine i specijalista obiteljske medicine ne slaže s tom tvrdnjom, a dodatno 59 (17,5%) specijalista se uopće ne slaže s tom tvrdnjom. (Tablica 5.)

Nisu utvrđene statistički značajne razlike u mišljenju liječnika s obzirom na ukupni radni staž (χ^2 test = 19,23, 16 stupnjeva slobode, P = 0,25), radni staž u obiteljskoj medicini (χ^2 test = 18,83, 16 stupnjeva slobode, P = 0,27) i mjesto rada liječnika (χ^2 test = 9,61, 8 stupnjeva slobode, P = 0,29) (Tablica 5.).

Tablica 5. Raspodjela ispitanika prema demografskim varijablama s obzirom na mišljenje o tome da im medicinska sestra ili tehničar sugeriraju postupke koji nisu u skladu s njihovim znanjima i stavovima.

Medicinska sestra/tehničar mi vrlo često sugeriraju postupke koji nisu u skladu s mojim znanjem i stavovima, te dopustim da to utječe na moju odluku

Broj (%) ispitanika prema stavu

	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem	Ukupno	P
Dob							
25 -35 godina	0 (0)	5 (1,5)	25 (7,4)	46 (13,6)	12 (3,6)	88 (26)	0,04
36 – 45 godina	0 (0)	2 (0,6)	10 (3)	28 (8,3)	20 (5,9)	60 (17,8)	
46 – 55 godina	1 (0,3)	2 (0,6)	18 (5,3)	23 (6,8)	18 (5,3)	62 (18,3)	
56 – 65 godina	0 (0)	5 (1,5)	23 (6,8)	48 (14,2)	42 (12,4)	118 (34,9)	
Iznad 65 godina	0 (0)	1 (0,3)	1 (0,3)	2 (0,6)	6 (1,8)	10 (3)	
Ukupni radni staž							
1 – 5 godina	0 (0)	3 (0,9)	13 (3,8)	26 (7,7)	6 (1,8)	48 (14,2)	0,25
6 – 10 godina	0 (0)	2 (0,6)	16 (4,7)	28 (8,3)	11 (3,3)	57 (16,9)	
11 – 15 godina	0 (0)	0 (0)	7 (2,1)	19 (5,6)	12 (3,6)	38 (11,2)	
16 – 20 godina	0 (0)	2 (0,6)	4 (1,2)	11 (3,3)	7 (2,1)	24 (7,1)	
Više od 20 godina	1 (0,3)	8 (2,4)	37 (10,9)	63 (18,6)	62 (18,3)	171 (50,6)	

Radni staž u obiteljskoj medicini							
1 – 5 godina	0 (0)	3 (0,9)	21 (6,2)	39 (11,5)	10 (3)	73 (21,6)	0,27
6 – 10 godina	0 (0)	2 (0,6)	12 (3,6)	24 (7,1)	14 (4,1)	52 (15,4)	
11 – 15 godina	0 (0)	2 (0,6)	8 (2,4)	16 (4,7)	9 (2,7)	35 (10,4)	
16 – 20 godina	0 (0)	2 (0,6)	9 (2,7)	13 (3,8)	8 (2,4)	32 (9,5)	
Više od 20 godina	1 (0,3)	6 (1,8)	27 (8)	55 (16,3)	57 (16,9)	146 (43,2)	
Vaš status							
Liječnik bez specijalizacije	0 (0)	6 (1,8)	18 (5,3)	38 (11,2)	26 (7,7)	88 (26)	0,04
Specijalizant obiteljske medicine	0 (0)	1 (0,3)	24 (7,1)	33 (9,8)	10 (3)	68 (20,1)	
Specijalist obiteljske medicine	1 (0,3)	6 (1,8)	33 (9,8)	67 (19,8)	59 (17,5)	166 (49,1)	
Drugo	0 (0)	2 (0,6)	2 (0,6)	9 (2,7)	3 (0,9)	16 (4,7)	

χ^2 hi kvadrat test; % - relativne frekvencije

Nisu utvrđene statistički značajne razlike u mišljenju liječnika o tome da im patronažna sestra vrlo često sugerira postupke koji nisu u skladu s njihovim znanjem i stavovima s obzirom na dob liječnika (χ^2 test = 18,03, 16 stupnjeva slobode, P = 0,32), ukupni radni staž liječnika (χ^2 test = 15,12, 16 stupnjeva slobode, P = 0,51), radni staž u obiteljskoj medicini (χ^2 test = 10,99, 16 stupnjeva slobode, P = 0,81) i status (χ^2 test = 18,57, 12 stupnjeva slobode, P = 0,09), pri čemu većina ispitanika izražava neslaganje s tvrdnjom (Tablica 6.).

Tablica 6. Raspodjela ispitanika prema demografskim varijablama s obzirom na mišljenje o tome da im patronažna sestra sugerira postupke koji nisu u skladu s njihovim znanjima i stavovima.

Patronažna sestra mi vrlo često sugerira postupke koji nisu u skladu s mojim znanjem i stavovima, te dopustim da to utječe na moju ulogu

Broj (%) ispitanika prema stavu

	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem	Ukupno	P
Dob							
25 -35 godina	0 (0)	7 (2,1)	21 (6,2)	43 (12,7)	17 (5)	88 (26)	0,32
36 – 45 godina	0 (0)	2 (0,6)	12 (3,6)	24 (7,1)	22 (6,5)	60 (17,8)	
46 – 55 godina	1 (0,3)	3 (0,9)	19 (5,6)	22 (6,5)	17 (5)	62 (18,3)	
56 – 65 godina	0 (0)	4 (1,2)	26 (7,7)	54 (16)	34 (10,1)	118 (34,9)	
Iznad 65 godina	0 (0)	1 (0,3)	2 (0,6)	2 (0,6)	5 (1,5)	10 (3)	
Ukupni radni staž							
1 – 5 godina	0 (0)	4 (1,2)	7 (2,1)	27 (8)	10 (3)	48 (14,2)	0,51
6 – 10 godina	0 (0)	3 (0,9)	19 (5,6)	23 (6,8)	12 (3,6)	57 (16,9)	
11 – 15 godina	0 (0)	0 (0)	9 (2,7)	15 (4,4)	14 (4,1)	38 (11,2)	
16 – 20 godina	0 (0)	2 (0,6)	4 (1,2)	9 (2,7)	9 (2,7)	24 (7,1)	
Više od 20 godina	1 (0,3)	8 (2,4)	41 (12,1)	71 (21)	50 (14,8)	171 (50,6)	

Radni staž u obiteljskoj medicini							
1 – 5 godina	0 (0)	5 (1,5)	15 (4,4)	37 (10,9)	16 (4,7)	73 (21,6)	0,81
6 – 10 godina	0 (0)	2 (0,6)	16 (4,7)	19 (5,6)	15 (4,4)	52 (15,4)	
11 – 15 godina	0 (0)	1 (0,3)	10 (3)	13 (3,8)	11 (3,3)	35 (10,4)	
16 – 20 godina	0 (0)	2 (0,6)	11 (3,3)	11 (3,3)	8 (2,4)	32 (9,5)	
Više od 20 godina	1 (0,3)	7 (2,1)	28 (8,3)	65 (19,2)	45 (13,3)	146 (43,2)	
Vaš status							
Liječnik bez specijalizacije	0 (0)	7 (2,1)	15 (4,4)	38 (11,2)	28 (8,3)	88 (26)	0,09
Specijalizant obiteljske medicine	0 (0)	1 (0,3)	26 (7,7)	29 (8,6)	12 (3,6)	68 (20,1)	
Specijalist obiteljske medicine	1 (0,3)	8 (2,4)	35 (10,4)	69 (20,4)	53 (15,7)	166 (49,1)	
Drugo	0 (0)	1 (0,3)	4 (1,2)	9 (2,7)	2 (0,6)	16 (4,7)	

χ^2 hi kvadrat test; % - relativne frekvencije

Nisu utvrđene statistički značajne razlike u mišljenju liječnika o tome da im sestra iz kućne njege vrlo često sugerira postupke koji nisu u skladu s njihovim znanjem i stavovima s obzirom na dob liječnika (χ^2 test = 13,62, 16 stupnjeva slobode, P = 0,62) ukupni radni staž liječnika (χ^2 test = 12,80, 16 stupnjeva slobode, P = 0,68), radni staž u obiteljskoj medicini (χ^2 test = 9,21, 16 stupnjeva slobode, P = 0,9) i status (χ^2 test = 16,95, 12 stupnjeva slobode, P = 0,15), pri čemu većina ispitanika izražava neslaganje s tvrdnjom (Tablica 7.)

Tablica 7. Raspodjela ispitanika prema demografskim varijablama s obzirom na mišljenje o tome da im sestra iz kućne njege sugerira postupke koji nisu u skladu s njihovim znanjima i stavovima.

Sestra iz kućne njege mi vrlo često sugerira postupke koji nisu u skladu s mojim znanjem i stavovima, te dopustim da to utječe na moju ulogu

Broj (%) ispitanika prema stavu

	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem	Ukupno	P
Dob							
25 -35 godina	0 (0)	7 (2,1)	17 (5)	43 (12,7)	21 (6,2)	88 (26)	
36 – 45 godina	0 (0)	2 (0,6)	10 (3)	30 (8,9)	18 (5,3)	60 (17,8)	0,62
46 – 55 godina	1 (0,3)	3 (0,9)	16 (4,7)	23 (6,8)	19 (5,6)	62 (18,3)	
56 – 65 godina	0 (0)	6 (1,8)	27 (8)	48 (14,2)	37 (10,9)	118 (34,9)	
Iznad 65 godina	0 (0)	1 (0,3)	2 (0,6)	2 (0,6)	5 (1,5)	10 (3)	
Ukupni radni staž							
1 – 5 godina	0 (0)	4 (1,2)	6 (1,8)	26 (7,7)	12 (3,6)	48 (14,2)	0,68
6 – 10 godina	0 (0)	3 (0,9)	17 (5)	24 (7,1)	13 (3,8)	57 (16,9)	
11 – 15 godina	0 (0)	1 (0,3)	5 (1,5)	20 (5,9)	12 (3,6)	38 (11,2)	
16 – 20 godina	0 (0)	2 (0,6)	4 (1,2)	10 (3)	8 (2,4)	24 (7,1)	
Više od 20 godina	1 (0,3)	9 (2,7)	40 (11,8)	66 (19,5)	55 (16,3)	171 (50,6)	

Radni staž u obiteljskoj medicini							
1 – 5 godina	0 (0)	5 (1,5)	13 (3,8)	37 (10,9)	18 (5,3)	73 (21,6)	0,90
6 – 10 godina	0 (0)	2 (0,6)	15 (4,4)	21 (6,2)	14 (4,1)	52 (15,4)	
11 – 15 godina	0 (0)	3 (0,9)	5 (1,5)	17 (5)	10 (3)	35 (10,4)	
16 – 20 godina	0 (0)	2 (0,6)	9 (2,7)	12 (3,6)	9 (2,7)	32 (9,5)	
Više od 20 godina	1 (0,3)	7 (2,1)	30 (8,9)	59 (17,5)	49 (14,5)	146 (43,2)	
Vaš status							
Liječnik bez specijalizacije	0 (0)	9 (2,7)	18 (5,3)	31 (9,2)	30 (8,9)	88 (26)	0,15
Specijalizant obiteljske medicine	0 (0)	1 (0,3)	18 (5,3)	37 (10,9)	12 (3,6)	68 (20,1)	
Specijalist obiteljske medicine	1 (0,3)	8 (2,4)	33 (9,8)	69 (20,4)	55 (16,3)	166 (49,1)	
Drugo	0 (0)	1 (0,3)	3 (0,9)	9 (2,7)	3 (0,9)	16 (4,7)	

χ^2 hi kvadrat test; % - relativne frekvencije

Nisu utvrđene statistički značajne razlike u mišljenju liječnika o tome da im socijalni radnici vrlo često sugeriraju postupke koji nisu u skladu s njihovim znanjem i stavovima s obzirom na dob liječnika (χ^2 test = 21,68, 16 stupnjeva slobode, P = 0,15), ukupni radni staž liječnika (χ^2 test = 13,17, 16 stupnjeva slobode, P = 0,66), radni staž u obiteljskoj medicini (χ^2 test = 12,30, 16 stupnjeva slobode, P = 0,72) i status (χ^2 test = 15,26, 12 stupnjeva slobode, P = 0,22), pri čemu većina ispitanika izražava neslaganje s tvrdnjom (Tablica 8).

Tablica 8. Raspodjela ispitanika prema demografskim varijablama s obzirom na mišljenje o tome da im socijalni radnici sugeriraju postupke koji nisu u skladu s njihovim znanjima i stavovima.

Socijalni radnici mi vrlo često sugeriraju postupke koji nisu u skladu s mojim znanjem i stavovima, te dopustim da to utječe na moju ulogu

Broj (%) ispitanika prema stavu

	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem	Ukupno	P
Dob							
25 -35 godina	0 (0)	6 (1,8)	14 (4,1)	41 (12,1)	27 (8)	88 (26)	
36 – 45 godina	0 (0)	5 (1,5)	10 (3)	24 (7,1)	21 (6,2)	60 (17,8)	0,15
46 – 55 godina	3 (0,9)	3 (0,9)	16 (4,7)	21 (6,2)	19 (5,6)	62 (18,3)	
56 – 65 godina	0 (0)	10 (3)	32 (9,5)	41 (12,1)	35 (10,4)	118 (34,9)	
Iznad 65 godina	0 (0)	1 (0,3)	3 (0,3)	4 (1,2)	2 (0,6)	10 (3)	
Ukupni radni staž							
1 – 5 godina	0 (0)	3 (0,9)	5 (1,5)	22 (6,5)	18 (5,3)	48 (14,2)	0,66
6 – 10 godina	0 (0)	4 (1,2)	13 (3,8)	22 (6,5)	18 (5,3)	57 (16,9)	
11 – 15 godina	0 (0)	2 (0,6)	8 (2,4)	18 (5,3)	10 (3)	38 (11,2)	
16 – 20 godina	1 (0,3)	3 (0,9)	4 (1,2)	9 (2,7)	7 (2,1)	24 (7,1)	
Više od 20 godina	2 (0,6)	13 (3,8)	45 (13,3)	60 (17,8)	51 (15,1)	171 (50,6)	

Radni staž u obiteljskoj medicini							
1 – 5 godina	0 (0)	6 (1,8)	11 (3,3)	32 (9,5)	24 (7,1)	73 (21,6)	0,72
6 – 10 godina	0 (0)	3 (0,9)	11 (3,3)	20 (5,9)	18 (5,3)	52 (15,4)	
11 – 15 godina	0 (0)	2 (0,6)	9 (2,7)	14 (4,1)	10 (3)	35 (10,4)	
16 – 20 godina	1 (0,3)	5 (1,5)	8 (2,4)	12 (3,6)	6 (1,8)	32 (9,5)	
Više od 20 godina	2 (0,6)	9 (2,7)	36 (10,7)	53 (15,7)	46 (13,6)	146 (43,2)	
Vaš status							
Liječnik bez specijalizacije	0 (0)	10 (3)	13 (3,8)	32 (9,5)	33 (9,8)	88 (26)	0,22
Specijalizant obiteljske medicine	0 (0)	5 (1,5)	15 (4,4)	32 (9,5)	16 (4,7)	68 (20,1)	
Specijalist obiteljske medicine	3 (0,9)	8 (2,4)	43 (12,7)	60 (17,8)	52 (15,4)	166 (49,1)	
Drugo	0 (0)	2 (0,6)	4 (1,2)	7 (2,1)	3 (0,9)	16 (4,7)	

χ^2 hi kvadrat test; % - relativne frekvencije

Nisu utvrđene statistički značajne razlike u mišljenju liječnika o tome da im kolege konzultanti SKZZ vrlo često sugeriraju postupke koji nisu u skladu s njihovim znanjem i stavovima s obzirom na dob liječnika (χ^2 test = 13,29, 16 stupnjeva slobode, P = 0,65), ukupni radni staž liječnika (χ^2 test = 10,38, 16 stupnjeva slobode, P = 0,84), radni staž u obiteljskoj medicini (χ^2 test = 9,25, 16 stupnjeva slobode, P = 0,9) i status (χ^2 test = 14,44, 12 stupnjeva slobode, P = 0,27), pri čemu većina ispitanika izražava neslaganje s tvrdnjom (Tablica 9.).

Tablica 9 . Raspodjela ispitanika prema demografskim varijablama s obzirom na mišljenje o tome da im kolege konzultanti sugeriraju postupke koji nisu u skladu s njihovim znanjima i stavovima.

Kolege konzultanti mi vrlo često sugeriraju postupke koji nisu u skladu s mojim znanjem i stavovima, te dopustim da to utječe na moju odluku

Broj (%) ispitanika prema stavu

	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem	Ukupno	P
Dob							
25 -35 godina	2 (0,6)	18 (5,3)	43 (12,7)	15 (4,4)	10 (3)	88 (26)	
36 – 45 godina	0 (0)	12 (3,6)	27 (8)	14 (4,1)	7 (2,1)	60 (17,8)	0,65
46 – 55 godina	2 (0,6)	10 (3)	34 (10,1)	11 (3,3)	5 (1,5)	62 (18,3)	
56 – 65 godina	0 (0)	19 (5,6)	51 (15,1)	32 (9,5)	16 (4,7)	118 (34,9)	
Iznad 65 godina	0 (0)	1 (0,3)	6 (1,8)	1 (0,3)	2 (0,6)	10 (3)	
Ukupni radni staž							
1 – 5 godina	1 (0,3)	8 (2,4)	25 (7,4)	7 (2,1)	7 (2,1)	48 (14,2)	0,84
6 – 10 godina	1 (0,3)	13 (3,8)	29 (8,6)	10 (3)	4 (1,2)	57 (16,9)	
11 – 15 godina	0 (0)	6 (1,8)	17 (5)	9 (2,7)	6 (1,8)	38 (11,2)	
16 – 20 godina	1 (0,3)	6 (1,8)	10 (3)	5 (1,5)	2 (0,6)	24 (7,1)	
Više od 20 godina	1 (0,3)	27 (8)	80 (23,7)	42 (12,4)	21 (6,2)	171 (50,6)	

Radni staž u obiteljskoj medicini							
1 – 5 godina	2 (0,6)	14 (4,1)	36 (10,7)	12 (3,6)	9 (2,7)	73 (21,6)	0,90
6 – 10 godina	0 (0)	11 (3,3)	25 (7,4)	10 (3)	6 (1,8)	52 (15,4)	
11 – 15 godina	0 (0)	6 (1,8)	19 (5,6)	6 (1,8)	4 (1,2)	35 (10,4)	
16 – 20 godina	1 (0,3)	7 (2,1)	14 (4,1)	8 (2,4)	2 (0,6)	32 (9,5)	
Više od 20 godina	1 (0,3)	22 (6,5)	67 (19,8)	37 (10,9)	19 (5,6)	146 (43,2)	
Vaš status							
Liječnik bez specijalizacije	1 (0,3)	18 (5,3)	32 (9,5)	25 (7,4)	12 (3,6)	88 (26)	0,27
Specijalizant obiteljske medicine	1 (0,3)	12 (3,6)	40 (11,8)	10 (3)	5 (1,5)	68 (20,1)	
Specijalist obiteljske medicine	2 (0,6)	25 (7,4)	81 (24)	35 (10,4)	23 (6,8)	166 (49,1)	
Drugo	0 (0)	5 (1,5)	8 (2,4)	3 (0,9)	0 (0)	16 (4,7)	

χ^2 hi kvadrat test; % - relativne frekvencije

S obzirom na status liječnika utvrđene su statistički značajne razlike u mišljenju o tome prihvaćaju li kolege obiteljski liječnici obiteljskog liječnika kao lidera unutar PZZ-a (χ^2 test = 20,32, 12 stupnjeva slobode, P = 0,049) pri čemu najveći broj specijalista obiteljske medicine izražava potpuno slaganje s tvrdnjom, njih 62 (18,3%), i slaganje s tvrdnjom, njih 62 (18,3), dok 36 (10,7%) specijalizanata obiteljske medicine izražava slaganje s tvrdnjom. (Tablica 10).

Utvrđene su razlike u mišljenju između liječnika različitog statusa o tome smatraju li da njihove medicinske sestre prihvaćaju obiteljskog liječnika kao lidera unutar PZZ-a (χ^2 test = 19,94, 12 stupnjeva slobode, P = 0,018), pri čemu se 83 (24,6%) specijalista potpuno slaže s tvrdnjom, dok se 33 (9,8%) specijalizanata slaže s tvrdnjom. (Tablica 10).

Nisu utvrđene razlike u mišljenju između liječnika različitog statusa o tome smatraju li da kolege konzultanti u SKZZ prihvaćaju obiteljskog liječnika kao lidera unutar PZZ-a (χ^2 test = 7,95, 12 stupnjeva slobode, P = 0,78), smatraju li da javnost prihvaća obiteljskog liječnika kao lidera unutar PZZ-a (χ^2 test = 13,22, 12 stupnjeva slobode, P = 0,35), smatraju li da njihovi pacijenti prihvaćaju obiteljskog liječnika kao lidera unutar PZZ-a (χ^2 test = 11,98, 12 stupnjeva slobode, P = 0,44) (Tablica 10).

Tablica 10. Raspodjela ispitanika prema demografskim varijablama s obzirom na mišljenje liječnika o prihvaćanju obiteljskih liječnika kao lidera unutar primarne zdravstvene zaštite.

Prihvaćaju li Vaši kolege obiteljski liječnici, obiteljskog liječnika kao lidera unutar PZZ							
Broj (%) ispitanika prema stavu							
Vaš status	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem	Ukupno	P
Liječnik bez specijalizacije	29 (8,6)	31 (9,2)	24 (7,1)	2 (0,6)	2 (0,6)	88 (26)	0,05
Specijalizant obiteljske medicine	12 (3,6)	36 (10,7)	19 (5,6)	1 (0,3)	0 (0)	68 (20,1)	
Specijalist obiteljske medicine	62 (18,3)	62 (18,3)	37 (10,9)	5 (1,5)	0 (0)	166 (49,1)	
Drugo	2 (0,6)	8 (2,4)	6 (1,8)	0 (0)	0 (0)	16 (4,7)	

Prihvaćaju li Vaše medicinske sestre obiteljskog liječnika kao lidera unutar PZZ

Vaš status							
Liječnik bez specijalizacije	38 (11,2)	37 (10,9)	11 (3,3)	2 (0,6)	0 (0)	88 (26)	
Specijalizant obiteljske medicine	16 (4,7)	33 (9,8)	17 (5)	2 (0,6)	0 (0)	68 (20,1)	0,01
Specijalist obiteljske medicine	83 (24,6)	63 (18,6)	17 (5)	3 (0,9)	0 (0)	166 (49,1)	
Drugo	5 (1,5)	6 (1,8)	4 (1,2)	1 (0,3)	0 (0)	16 (4,7)	

Prihvaćaju li Vaši kolege konzultanti u SKZZ obiteljskog liječnika kao lidera unutar PZZ

Vaš status							
Liječnik bez specijalizacije	5 (1,5)	16 (4,7)	38 (11,2)	24 (7,1)	5 (1,5)	88 (26)	
Specijalizant obiteljske medicine	1 (0,3)	13 (3,8)	26 (7,7)	23 (6,8)	5 (1,5)	68 (20,1)	0,78
Specijalist obiteljske medicine	5 (1,5)	31 (9,2)	61 (18)	50 (14,8)	19 (5,6)	166 (49,1)	
Drugo	0 (0)	5 (1,5)	6 (1,8)	4 (1,2)	1 (0,3)	16 (4,7)	

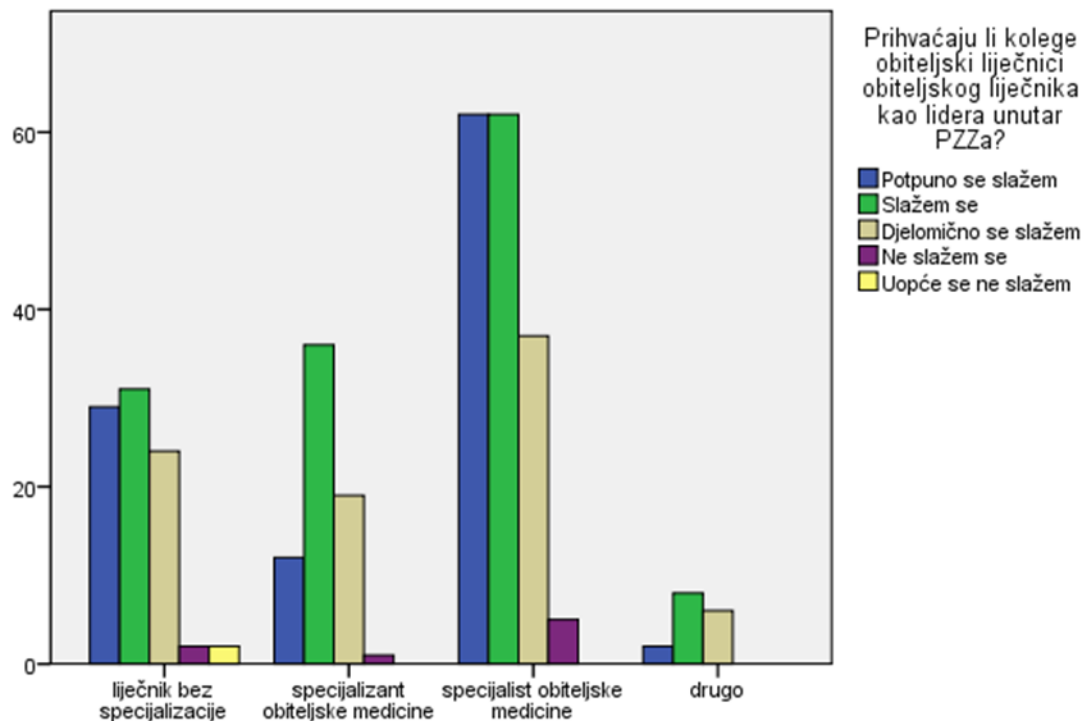
Prihvaća li javnost obiteljskog liječnika kao lidera unutar PZZ

Vaš status							
Liječnik bez specijalizacije	4 (1,2)	10 (3)	26 (7,7)	35 (10,4)	13 (3,8)	88 (26)	
Specijalizant obiteljske medicine	2 (0,6)	9 (2,7)	21 (6,2)	19 (5,6)	17 (5)	68 (20,1)	0,35
Specijalist obiteljske medicine	7 (2,1)	17 (5)	66 (19,5)	46 (13,6)	30 (8,9)	166 (49,1)	
Drugo	0 (0)	1 (0,3)	10 (3)	3 (0,9)	2 (0,6)	16 (4,7)	

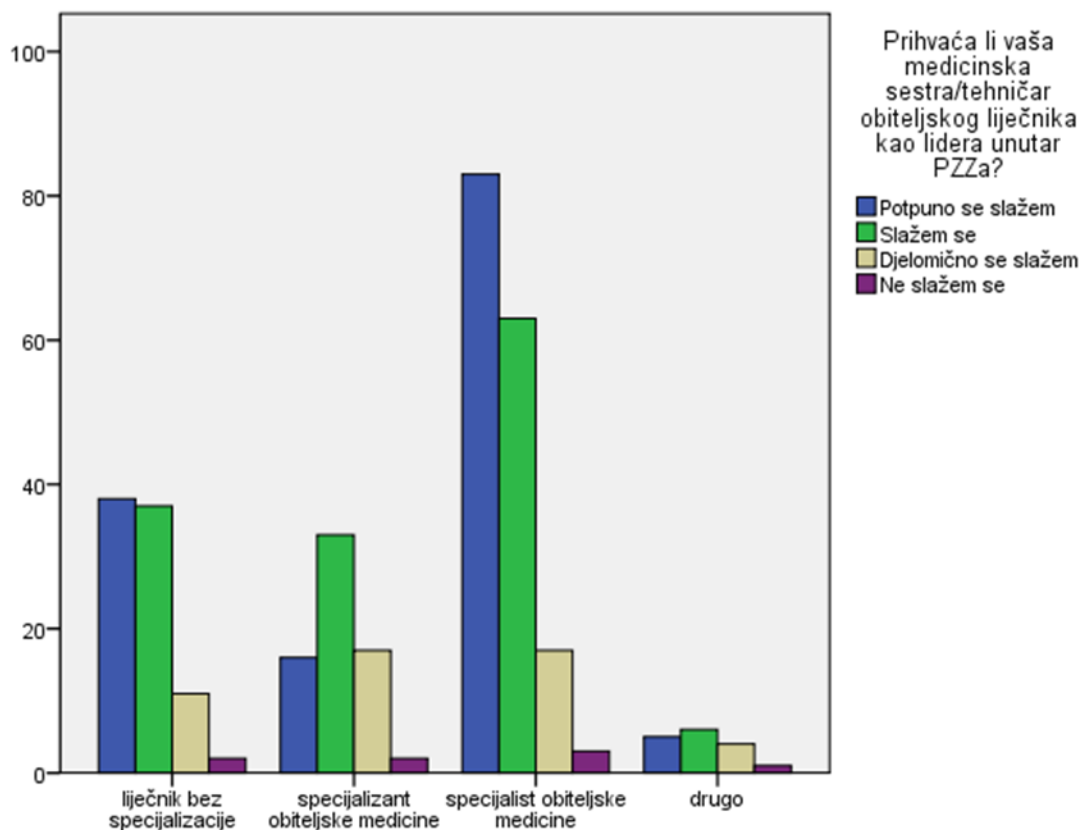
Prihvaćaju li Vaši pacijenti obiteljskog liječnika kao lidera unutar PZZ

Vaš status							
Liječnik bez specijalizacije	13 (3,8)	28 (8,3)	32 (9,5)	12 (3,6)	3 (0,9)	88 (26)	0,44
Specijalizant obiteljske medicine	3 (0,9)	24 (7,1)	31 (9,2)	8 (2,4)	2 (0,6)	68 (20,1)	
Specijalist obiteljske medicine	23 (6,8)	58 (17,2)	70 (20,7)	12 (3,6)	3 (0,9)	166 (49,1)	
Drugo	1 (0,3)	6 (1,8)	8 (2,4)	0 (0)	1 (0,3)	16 (4,7)	

χ^2 hi kvadrat test; % - relativne frekvencije



Slika 6. Stavovi ispitanika o prihvaćanju obiteljskog liječnika kao koordinatora unutar PZZ-a od strane kolega obiteljskih liječnika. Prikazane su apsolutne frekvencije odgovora ispitanika prema kategoriji statusa liječnika s obzirom na pitanje „Prihvaćaju li kolege obiteljski liječnici svog kolegu obiteljskog liječnika kao lidera unutar PZZ-a?“.



Slika 7. Stavovi ispitanika o prihvaćanju obiteljskog liječnika kao lidera unutar PZZ-a od strane medicinskih sestara i tehničara. Prikazane su apsolutne frekvencije odgovora ispitanika prema kategoriji statusa liječnika s obzirom na pitanje „Prihvaćaju li vaše medicinske sestre/tehničari obiteljskog liječnika kao koordinatora skrbi unutar PZZ-a?“.

Liječnici i liječnice razlikuju se prema mišljenju da obiteljski liječnik mora čvrsto surađivati s osobama koje nemaju medicinsku kvalifikaciju (npr. udruge pacijenata oboljelih od određene bolesti) (χ^2 test = 16,14, 4 stupnja slobode, $P = 0,03$), pri čemu se 11 (3,3%) liječnika potpuno s time slaže, a 20 (5,9%) se djelomično slaže s tvrdnjom, dok se 89 (26,3%) liječnica slaže s tvrdnjom, a 147 (43,5%) se djelomično slaže s tvrdnjom (Tablica 11).

Tablica 11. Raspodjela ispitanika prema spolu s obzirom na mišljenje o suradnji s nemedicinskim osobljem.

Obiteljski liječnik mora čvrsto surađivati s osobama koje nemaju medicinsku kvalifikaciju (npr. udruge pacijenata oboljelih od određene bolesti)

Broj (%) ispitanika prema stavu

	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće ne slažem	Ukupno	
Spol							
Muško	11 (3,3)	17 (5)	20 (5,9)	3 (0,9)	2 (0,6)	53 (15,7)	0,03
Žensko	19 (5,6)	89 (26,3)	147 (43,5)	28 (8,3)	2 (0,6)	285 (84,3)	

χ^2 hi kvadrat test; % - relativne frekvencije

Kako bi ispitali odnos ukupne razine vizije obiteljskog liječnika što to znači biti koordinator cjelovite skrbi o pacijentima sa sociodemografskim varijablama provedene su dodatne analize neparametrijske statistike. Željelo se provjeriti postoji li povezanost među varijablama i razlikuju li se liječnici po ukupnoj razini vizije s obzirom na određene osobine i karakteristike.

Nije utvrđena statistički značajna povezanost vizije obiteljskog liječnika što to znači biti koordinator cjelovite skrbi o pacijentima s dobi liječnika (Spermanov koeficijent korelacije, $P = 0,14$), radnim stažem u obiteljskoj medicini (Spermanov koeficijent korelacije, $P = 0,29$), brojem pacijenata (Spermanov koeficijent korelacije, $P = 0,84$), i mjestom rada (Spermanov koeficijent korelacije, $P = 0,76$). (Tablica 12.)

Utvrđena je statistički značajna visoka povezanost radnog staža u obiteljskoj medicini i dobi liječnika (Spermanov koeficijent korelacije = 0,87, $P < 0,001$). (Tablica 12.)

Utvrđena je statistički značajna niska do umjerena povezanost dobi liječnika sa brojem pacijenata o kojima skrbe (Spermanov koeficijent korelacije = 0,28, $P < 0,001$), odnosno što su liječnici stariji, to skrbe o većem broju pacijenata (Tablica 12.).

Utvrđena je statistički značajna niska do umjerena povezanost broja pacijenata o kojima skrbe i radnog staža u obiteljskoj medicini (Spermanov koeficijent korelacije = 0,31, $P < 0,001$), odnosno što liječnici imaju više godina radnog staža to skrbe o većem broju pacijenata (Tablica 12.)

Utvrđena je statistički značajna niska do umjerena povezanost mjesta rada i broja pacijenata o kojima skrbe (Spermanov koeficijent korelacije = 0,27, $P < 0,001$), odnosno liječnici koji rade u privatnim ordinacijama skrbe o više pacijenata (Tablica 12).

Tablica 12. Povezanost vizije sa sociodemografskim karakteristikama liječnika

	1.	2.	3.	4.	5.
1. Vizija	1				
2. Dob liječnika	-0,79	1			
3. Radni staž u obiteljskoj medicini	-0,57	0,87**	1		
4. Broj pacijenata	-0,01	0,28**	0,31**	1	
5. Mjesto rada	0,16	0,056	0,07	0,27**	1

Spermanov koeficijent korelacije, ** $p < 0,01$, *

Postoji statistički značajna razlika u ukupnoj razini vizije koju liječnici imaju s obzirom na dob (Kruskal-Wallis H test = 15,60, 4 stupnja slobode, $P = 0,004$), pri čemu liječnici u dobi 36 do 45 godina imaju najveću viziju što to znači biti koordinator cjelovite skrbi o pacijentima, dok liječnici iznad 65 godina starosti imaju najmanju viziju što to znači biti koordinator cjelovite skrbi. (Tablica 13.)

Ne postoji statistički značajna razlika u ukupnoj razini vizije koju liječnici imaju s obzirom na radni staž u obiteljskoj medicini (Kruskal-Wallis H test = 2,33, 4 stupnja slobode, $P = 0,67$), s obzirom na broj pacijenata o kojima skrbe (Kruskal-Wallis H test = 3,28, 3 stupnja slobode, $P = 0,35$), niti s obzirom na mjesto rada (Mann Whitney U test = 1782,500, $z = -0,526$, $P = 0,59$) (Tablica 13).

Tablica 13. Razina ukupne razine vizije prema sociodemografskim karakteristikama uzorka

Sociodemografske karakteristike	Ukupna razina vizije	P
Medijan (interkvartilni raspon)		
Dob		
25 -35 godina	42 (38 – 45,75)	0,004*
36 – 45 godina	44 (40,25 – 46,75)	
46 – 55 godina	39,50 (36,75 – 44)	
56 – 65 godina	41 (36 – 46)	
Iznad 65 godina	39 (31,75 – 44)	
Radni staž u obiteljskoj medicini		
1 – 5 godina	42 (38 – 46)	0,67*
6 – 10 godina	42,50 (39 – 45)	
11 – 15 godina	42 (38 – 47)	
16 – 20 godina	40,50 (36 – 45)	
Više od 20 godina	41 (37 – 46)	
Broj pacijenata		
< 1000	42 (37 – 45,75)	0,35*
1000 -1500	41 (37 – 45)	
1500 – 2000	43 (38 – 46)	
> 2000	41 (36 – 75)	
Mjesto rada		
Dom zdravlja	42 (38,50 – 46)	0,59†
Privatna ordinacija	41 (37 – 46)	

* Kruskal - Wallis H test † Mann Whitney U test

4.3 Obveze i odgovornosti liječnika obiteljske medicine kao koordinatora skrbi o pacijentima unutar primarne zdravstvene zaštite

Postoje statistički značajne razlike među liječnicima različite dobi u mišljenju da njihovi stavovi i znanja opravdavaju njihovu ulogu lidera unutar PZZ-a (χ^2 test = 31,39, 12 stupnjeva slobode, $P = 0,002$), pri čemu se najveći broj liječnika u dobi između 56 i 65 godina potpuno slaže s ovom tvrdnjom, njih 62 (18,3%), a najveći broj liječnika u dobi od 45 do 55 godina se slaže s tvrdnjom, njih 30 (8,9%). (Tablica 14.)

Nadalje, utvrđene su razlike među liječnicima u mišljenju da njihovi stavovi i znanja opravdavaju njihovu ulogu lidera unutar PZZ-a s obzirom na vrstu ordinacije u kojoj rade (χ^2 test = 19,94, 3 stupnjeva slobode, $P < 0,001$), pri čemu se najveći broj liječnika iz privatne ordinacije potpuno slaže s tvrdnjom, njih 91 (26,9%), a najveći broj liječnika iz Domova zdravlja se slaže s tvrdnjom, njih 82 (24,3%). (Tablica 14.)

Utvrđene su razlike među liječnicima u mišljenju da njihovi stavovi i znanja opravdavaju njihovu ulogu lidera unutar PZZ-a s obzirom na veličinu ordinacije (χ^2 test = 18,48, 9 stupnjeva slobode, $P = 0,03$), pri čemu se najveći broj liječnika koji skrbe za više od 2000 pacijenata potpuno slaže s tvrdnjom, njih 41 (12,1%), dok se najveći broj liječnika koji skrbe za 1500 do 2000 pacijenata slaže s tvrdnjom, njih 77 (22,8%). (Tablica 14.)

Utvrđene su razlike među liječnicima u mišljenju da njihovi stavovi i znanja opravdavaju njihovu ulogu lidera unutar PZZ-a s obzirom na njihov status (χ^2 test = 25,94, 9 stupnjeva slobode, $P = 0,002$), pri čemu se najveći broj specijalista obiteljske medicine potpuno slaže s tvrdnjom, njih 89 (26,3%), dok se 38 (11,2%) liječnika specijalizanata slaže s tvrdnjom. (Tablica 14.)

Tablica 14. Raspodjela ispitanika prema demografskim varijablama s obzirom na mišljenje o ulozi lidera unutar PZZ-a.

Moji stavovi i znanja opravdavaju moju ulogu lidera unutar PZZ-a

Broj (%) ispitanika prema stavu

	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem	Ukupno	P
Dob							
25 -35 godina	25 (7,4)	48 (14,2)	15 (4,4)	0 (0)	0(0)	88 (26)	0,02
36 – 45 godina	20 (5,9)	30 (8,9)	9 (2,7)	1 (0,3)	0 (0)	60 (17,8)	
46 – 55 godina	28 (8,3)	30 (8,9)	4 (1,2)	0 (0)	0 (0)	62 (18,3)	
56 – 65 godina	62 (18,3)	47 (13,9)	7 (2,1)	2 (0,6)	0 (0)	118 (34,9)	
Iznad 65 godina	9 (2,7)	0 (0)	1 (0,3)	0 (0)	0 (0)	10 (3)	
Mjesto rada							
Dom zdravlja	53 (15,7)	82 (24,3)	26 (7,7)	0 (0)	0 (0)	161 (47,6)	< 0,001
Privatna ordinacija	91 (26,9)	73 (21,6)	10 (3)	3 (0,9)	0 (0)	177 (52,4)	
Broj pacijenata							
< 1000	6 (1,8)	13 (3,8)	5 (1,5)	0 (0)	0 (0)	24 (7,1)	0,03
1000 -1500	36 (10,7)	39 (11,5)	13 (3,8)	0 (0)	0 (0)	88 (26)	
1500 – 2000	61 (18)	77 (22,8)	15 (4,4)	3 (0,9)	0 (0)	156 (46,2)	
> 2000	41 (12,1)	26 (7,7)	3 (0,9)	0 (0)	0 (0)	70 (20,7)	

Vaš status							
Liječnik bez specijalizacije	29 (8,6)	46 (13,6)	13 (3,8)	0 (0)	0 (0)	88 (26)	0,02
Specijalizant obiteljske medicine	19 (5,6)	38 (11,2)	11 (3,3)	0 (0)	0 (0)	68 (20,1)	
Specijalist obiteljske medicine	89 (26,3)	65 (19,2)	9 (2,7)	3 (0,9)	0 (0)	166 (49,1)	
Drugo	7 (2,1)	6 (1,8)	3 (0,9)	0 (0)	0 (0)	16 (4,7)	

χ^2 hi kvadrat test; % - relativne frekvencije

Utvrđene su razlike među liječnicima različite dobi u mišljenju da su tijekom dodiplomskog školovanja stekli znanja i vještine koje su mi potrebne kao lideru unutar PZZ-a (χ^2 test = 63,19, 16 stupnjeva slobode, $P < 0,001$), pri čemu se najveći broj liječnika između 56 i 65 godina slaže s tvrdnjom, njih 48 (14,2%), a najveći broj liječnika između 25 i 35 godina starosti se djelomično slaže s tvrdnjom, njih 30 (8,9%). (Tablica 15.)

Utvrđene su razlike među liječnicima u mišljenju da su tijekom dodiplomskog školovanja stekli znanja i vještine koje su mi potrebne kao lideru unutar PZZ-a s obzirom na vrstu ordinacije (χ^2 test = 23,50, 4 stupnja slobode, $P < 0,001$), pri čemu se većina liječnika iz Domova zdravlja djelomično slaže s tvrdnjom, njih 68 (20,1%), a podjednak broj liječnika iz privatnih ordinacija se slaže i djelomično slaže s tvrdnjom. (Tablica 15.)

Tablica 15. Raspodjela ispitanika prema demografskim varijablama s obzirom na mišljenje o usvojenim znanjima tijekom dodiplomskog studija.

Tijekom dodiplomskog školovanja stekla/o sam znanja i vještine koje su mi potrebne kao lideru unutar PZZ-a

Broj (%) ispitanika prema stavu

	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem	Ukupno	P
Dob							
25 -35 godina	7 (2,1)	26 (7,7)	30 (8,9)	16 (4,7)	9 (2,7)	88 (26)	< 0,001
36 – 45 godina	11 (3,3)	23 (6,8)	17 (5)	8 (2,4)	1 (0,3)	60 (17,8)	
46 – 55 godina	20 (5,9)	24 (7,1)	14 (4,1)	3 (0,9)	1 (0,3)	62 (18,3)	
56 – 65 godina	43 (12,7)	48 (14,2)	22 (6,5)	3 (0,9)	2 (0,6)	118 (34,9)	
Iznad 65 godina	5 (1,5)	4 (1,2)	1 (0,3)	0 (0)	0 (0)	10 (3)	
Radite u							
Dom zdravlja	8 (2,4)	19 (5,6)	68 (20,1)	49 (14,5)	17 (5)	161 (47,6)	< 0,001
Privatna ordinacija	24 (7,1)	48 (14,2)	55 (16,3)	36 (10,7)	14 (4,1)	177 (52,4)	

χ^2 hi kvadrat test; % - relativne frekvencije

Utvrđene su razlike među liječnicima različite dobi u mišljenju da su tijekom poslijediplomskog školovanja stekli znanja i vještine koje su im potrebne kao koordinatoru unutar PZZ-a (χ^2 test = 58,85, 16 stupnjeva slobode, $P < 0.001$), pri čemu se najveći broj liječnika između 56 i 65 godina starosti potpuno slaže s tvrdnjom, njih 43 (12,7%), dok se najveći broj liječnika u dobi između 46 i 55 godina slaže s tvrdnjom, njih 24 (7,1%) kao i najveći broj liječnika u dobi od 36 do 45 godina starosti, njih 23 (6,8%). (Tablica 16.)

Utvrđene su razlike među liječnicima u mišljenju da su tijekom poslijediplomskog školovanja stekli znanja i vještine koje su mi potrebne kao koordinatoru unutar PZZ-a s obzirom na vrstu

ordinacije u kojoj rade (χ^2 test = 30,81, 4 stupnjeva slobode, $P < 0,001$), pri čemu se 24 (7,1%) liječnika iz Domova zdravlja potpuno slaže s ovom tvrdnjom, a iz privatnih ordinacija 62 (18,3) liječnika. Isto tako, 56 (16,6) liječnika iz Domova zdravlja se s ovom tvrdnjom slaže, a 69 (20,4) liječnika iz privatnih ordinacija se slaže. (Tablica 16.).

Utvrđene su razlike među liječnicima u mišljenju da su tijekom poslijediplomskog školovanja stekli znanja i vještine koje su mi potrebne kao koordinatoru unutar PZZ-a s obzirom na broj pacijenata o kojima skrbe (χ^2 test = 29,17, 12 stupnjeva slobode, $P = 0,003$), pri čemu podjednak broj liječnika koji skrbe za više od 2000 pacijenata se potpuno slaže ili slaže s ovom tvrdnjom, njih 27 (8%), dok se najviše onih koji skrbe za 1500 do 2000 pacijenata slaže s tvrdnjom, njih 57 (16,9%). (Tablica 16.).

Utvrđene su razlike među liječnicima u stavu da su tijekom poslijediplomskog školovanja stekli znanja i vještine koje su mi potrebne kao koordinatoru unutar PZZ-a s obzirom na aktualni status (χ^2 test = 78,64, 12 stupnjeva slobode, $P < 0,001$), pa se tako najveći broj specijalista obiteljske medicine potpuno slaže s ovom tvrdnjom, njih 67 (19,8%), dok se najveći broj specijalizanata slaže s ovom tvrdnjom, njih 29 (8,6%). (Tablica 16.)

Tablica 16. Raspodjela ispitanika prema demografskim varijablama s obzirom na mišljenje o usvojenim znanjima tijekom poslijediplomskog studija.

Tijekom poslijediplomskog školovanja stekla/o sam znanja i vještine koje su mi potrebne kao lideru unutar PZZ-a							
Broj (%) ispitanika prema stavu							
	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem	Ukupno	P
Dob							
25 -35 godina	7 (2,1)	26 (7,7)	30 (8,9)	16 (4,7)	9 (2,7)	88 (26)	
36 – 45 godina	11 (3,3)	23 (6,8)	17 (5)	8 (2,4)	1 (0,3)	60 (17,8)	< 0,001
46 – 55 godina	20 (5,9)	24 (7,1)	14 (4,1)	3 (0,9)	1 (0,3)	62 (18,3)	
56 – 65 godina	43 (12,7)	48 (14,2)	22 (6,5)	3 (0,9)	2 (0,6)	118 (34,9)	
Iznad 65 godina	5 (1,5)	4 (1,2)	1 (0,3)	0 (0)	0 (0)	10 (3)	
Radite u							
Dom zdravlja	24 (7,1)	56 (16,6)	49 (14,5)	21 (6,2)	11 (3,3)	161 (47,6)	< 0,001
Privatna ordinacija	62 (18,3)	69 (20,4)	35 (10,4)	9 (2,7)	2 (0,6)	177 (52,4)	
Broj pacijenata							
< 1000	3 (0,9)	4 (1,2)	10 (3)	3 (0,9)	4 (1,2)	24 (7,1)	
1000 -1500	20 (5,9)	37 (10,9)	21 (6,2)	7 (2,1)	3 (0,9)	88 (26)	< 0,001
1500 – 2000	36 (10,7)	57 (16,9)	44 (13)	15 (4,4)	4 (1,2)	156 (46,2)	
> 2000	27 (8)	27 (8)	9 (2,7)	5 (1,5)	2 (0,6)	70 (20,7)	

Vaš status							
Liječnik bez specijalizacije	11 (3,3)	22 (6,5)	31 (9,2)	15 (4,4)	9 (2,7)	88 (26)	
Specijalizant obiteljske medicine	6 (1,8)	29 (8,6)	22 (6,5)	9 (2,7)	2 (0,6)	68 (20,1)	< 0,001
Specijalist obiteljske medicine	67 (19,8)	65 (19,2)	30 (8,9)	3 (0,9)	1 (0,3)	166 (49,1)	
Drugo	2 (0,6)	9 (2,7)	1 (0,3)	3 (0,9)	1 (0,3)	16 (4,7)	

χ^2 hi kvadrat test; % - relativne frekvencije

Nisu utvrđene statistički značajne razlike u namjeri i želji da sudjeluju u dijagnostičko-terapijsko-rehabilitacijskom postupku svakog od svojih pacijenata kod liječnika različite dobi (χ^2 test = 5,93, 12 stupnjeva slobode, P = 0,91), spola (χ^2 test = 1,60, 3 stupnjeva slobode, P = 0,65) i statusa (χ^2 test = 8,21, 9 stupnjeva slobode, P = 0,51), odnosno liječnici i liječnice svih dobi, i različitih statusa specijalizacije pokazuju sličnu namjeru i želju za sudjelovanjem u dijagnostičko-terapijsko-rehabilitacijskim postupcima svojih pacijenata (Tablica 17.).

Tablica 17. Raspodjela ispitanika prema demografskim varijablama s obzirom na želju za sudjelovanjem u medicinskim postupcima svojih pacijenata

Želim sudjelovati u dijagnostičko-terapijskom-rehabilitacijskom postupku svakog od svojih pacijenata

Broj (%) ispitanika prema stavu

	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne se slažem	Uopće se ne slažem	Ukupno	P
Dob							
25 -35 godina	40 (11,8)	38 (11,2)	8 (2,4)	2 (0,6)	0 (0)	88 (26)	0,91
36 – 45 godina	26 (7,7)	25 (7,4)	8 (2,4)	1 (0,3)	0 (0)	60 (17,8)	
46 – 55 godina	24 (7,1)	31 (9,2)	7 (2,1)	0 (0)	0 (0)	62 (18,3)	
56 – 65 godina	49 (14,5)	57 (16,9)	9 (2,7)	3 (0,9)	0 (0)	118 (34,9)	
Iznad 65 godina	4 (1,2)	6 (1,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (3)	
Spol							
Muško	24 (7,1)	23 (6,8)	6 (1,8)	0 (0)	0 (0)	53 (15,7)	0,65
Žensko	119 (35,2)	134 (39,6)	26 (7,7)	6 (1,8)	0 (0)	285 (84,3)	
Vaš status							
Liječnik bez specijalizacije	40 (11,8)	40 (11,8)	6 (1,8)	2 (0,6)	0 (0)	88 (26)	0,51
Specijalizant obiteljske medicine	33 (9,8)	26 (7,7)	9 (2,7)	0 (0)	0 (0)	68 (20,1)	
Specijalist obiteljske medicine	63 (18,6)	84 (24,9)	16 (4,7)	3 (0,9)	0 (0)	166 (49,1)	
Drugo	7 (2,1)	7 (2,1)	1 (0,3)	1 (0,3)	0 (0)	16 (4,7)	

χ^2 hi kvadrat test; % - relativne frekvencije

Utvrđene su razlike među liječnicima i liječnicama u stavu da preuzmu ulogu koordinatora PZZ-a sa svim svojim pravima o obvezama koje ta uloga donosi (χ^2 test = 11,14, 3 stupnja slobode, P = 0,01), pri čemu se 35 (10,4%) liječnika potpuno s time slaže, dok se 140 (41,4%) liječnica slaže s time, a 24 (7,1%) ih se samo djelomično slaže (Tablica 18.) Nisu utvrđene razlike među liječnicima različitog statusa specijalizacije u stavu da preuzmu ulogu lidera PZZ-a sa svim svojim pravima o obvezama koje ta uloga donosi (χ^2 test = 11,11, 9 stupnjeva slobode, P = 0,26) (Tablica 18.)

Tablica 18. Raspodjela ispitanika prema demografskim varijablama s obzirom na stav o preuzimanju uloge koordinatora skrbi za pacijente unutar PZZ-a.

Želim preuzeti ulogu koordinatora skrbi unutar PZZ-a sa svim pravima i obvezama koje ta uloga donosi

Broj (%) ispitanika prema stavu

	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem	Ukupno	P
Spol							
Muško	35 (10,4)	17 (5)	1 (0,3)	0 (0)	0 (0)	53 (15,7)	0,01
Žensko	120 (35,5)	140 (41,4)	24 (7,1)	1 (0,3)	0 (0)	285 (84,3)	
Vaš status							
Liječnik bez specijalizacije	41 (12,1)	39 (11,5)	7 (2,1)	1 (0,3)	0 (0)	88 (26)	0,26
Specijalizant obiteljske medicine	35 (10,4)	26 (7,7)	7 (2,1)	0 (0)	0 (0)	68 (20,1)	
Specijalist obiteljske medicine	76 (22,5)	81 (24)	9 (2,7)	0 (0)	0 (0)	166 (49,1)	
Drugo	3 (0,9)	11 (3,3)	2 (0,6)	0 (0)	0 (0)	16 (4,7)	

χ^2 hi kvadrat test; % - relativne frekvencije

Nisu utvrđene statistički značajne razlike u mišljenju da ugled obiteljskog liječnika najviše ovisi o njegovim pokazanim sposobnostima kod liječnika različite dobi (χ^2 test = 13,65, 16 stupnjeva slobode, P = 0,62) i statusa specijalizacije (χ^2 test = 12,75, 12 stupnjeva slobode, P = 0,38) (Tablica 19.).

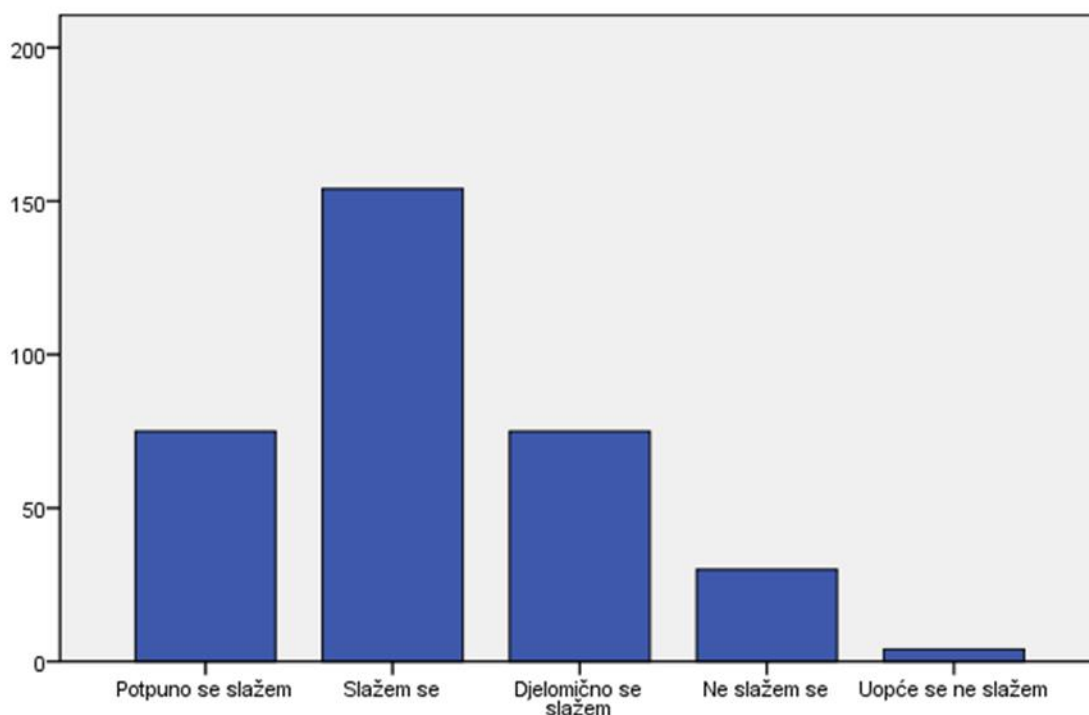
Tablica 19. Raspodjela ispitanika prema demografskim varijablama s obzirom na stav o ugledu obiteljskog liječnika.

Ugled obiteljskog liječnika najviše ovisi o njegovim pokazanim sposobnostima

Broj (%) ispitanika prema stavu

	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem	Ukupno	P
Dob							
25 -35 godina	31 (9,2)	36 (10,7)	19 (5,6)	2 (0,6)	0 (0)	88 (26)	
36 – 45 godina	18 (5,3)	20 (5,9)	18 (5,3)	3 (0,9)	1 (0,3)	60 (17,8)	0,62
46 – 55 godina	26 (7,7)	23 (6,8)	11 (3,3)	2 (0,6)	0 (0)	62 (18,3)	
56 – 65 godina	42 (12,4)	44 (13)	29 (8,6)	3 (0,3)	0 (0)	118 (34,9)	
Iznad 65 godina	6 (1,8)	1 (0,3)	3 (0,9)	0 (0)	0 (0)	10 (3)	
Vaš status							
Liječnik bez specijalizacije	25 (7,4)	37 (10,9)	23 (6,8)	2 (0,6)	1 (0,3)	88 (26)	
Specijalizant obiteljske medicine	22 (6,5)	28 (8,3)	15 (4,4)	3 (0,9)	0 (0)	68 (20,1)	0,38
Specijalist obiteljske medicine	67 (19,8)	53 (15,7)	41 (12,1)	5 (1,5)	0 (0)	166 (49,1)	
Drugo	9 (2,7)	6 (1,8)	1 (0,3)	0 (0)	0 (0)	16 (4,7)	

χ^2 hi kvadrat test; % - relativne frekvencije



Slika. 8. Stavovi ispitanika prema tvrdnji „Smatram da moj najbliži kolega/kolegica obiteljski liječnik želi biti lider unutar tima PZZ-a“.

Prikazane su apsolutne frekvencije ispitanika prema kategorijama odgovora na pitanju „Smatram da moj najbliži kolega/kolegica obiteljski liječnik želi biti lider unutar tima PZZ-a“. Najveći broj ispitanika, njih 154 (45,4 %) se s tom tvrdnjom slaže, 75 (22,1%) ispitanika se potpuno slaže, 30 (8,8%) ispitanika se ne slaže s tvrdnjom, dok se 4 (1,2%) ispitanika uopće ne slaže s tvrdnjom.

Kako bi ispitali odnos ukupne razine obveza i odgovornosti prema skrbi za pacijenta sa socio demografskim varijablama provedene su dodatne analize neparametrijske statistike. Željelo se provjeriti postoji li povezanost među varijablama i razlikuju li se liječnici po ukupnoj razini obveza i odgovornosti s obzirom na određene osobine i karakteristike.

Utvrđena je statistički značajna negativna povezanost obveza i odgovornosti prema skrbi za pacijenta i dobi liječnika (Spermanov koeficijent korelacije = - 0,26, $P < 0,001$), odnosno što su liječnici stariji to imaju manji doživljaj osobnih obveza i odgovornosti prema cjelovitoj skrbi za pacijente . (Tablica 20.)

Utvrđena je statistički značajna negativna povezanost obveza i odgovornosti liječnika prema skrbi za pacijenta i radnog staža u obiteljskoj medicini (Spermanov koeficijent korelacije = - 0,24, $P < 0,001$), odnosno što liječnici imaju više radnog staža u obiteljskoj medicini to imaju doživljaj manje obveza i odgovornosti prema cjelovitoj skrbi za pacijente. (Tablica 20.)

Utvrđena je statistički značajna negativna povezanost obveza i odgovornosti liječnika prema skrbi za pacijenta i broja pacijenata o kojima skrbe (Spermanov koeficijent korelacije = - 0,17, $P < 0,001$), odnosno što liječnici skrbe o većem broju pacijenata to imaju manji doživljaj obveza i odgovornosti prema cjelovitoj skrbi za pacijente. (Tablica 19.)

Nije utvrđena statistički značajna povezanost obveza i odgovornosti liječnika prema skrbi za pacijenta i mjesta rada (Spermanov koeficijent korelacije, $P = 0,09$). (Tablica 20.)

Tablica 20. Povezanost obveza i odgovornosti prema skrbi za pacijenta sa sociodemografskim karakteristikama liječnika

	1.	2.	3.	4.	5.
1. Obveze i odgovornosti	1				
2. Dob liječnika	-0,26**	1			
3. Radni staž u obiteljskoj medicini	-0,24**	0,87**	1		
4. Broj pacijenata	-0,17**	0,28**	0,31**	1	
5. Mjesto rada	0,09	0,056	0,07	0,27**	1

Spermanov koeficijent korelacije, ** $p < 0,01$, *

Postoji statistički značajna razlika u ukupnoj razini obveza i odgovornosti prema skrbi za pacijenta koju liječnici doživljavaju s obzirom na dob (Kruskal-Wallis H test = 24,82, 4 stupnja slobode, $P < 0,001$), pri čemu liječnici u dobi 25 do 35 godina i 36 do 45 godina imaju najveći doživljaj osobne obveze i odgovornosti prema cjelovitoj skrbi za pacijente, dok liječnici iznad 65 godina starosti imaju najmanju. (Tablica 21.)

Postoji statistički značajna razlika u ukupnoj razini obveza i odgovornosti prema skrbi za pacijenta koju liječnici doživljavaju obzirom na radni staž u obiteljskoj medicini (Kruskal-Wallis H test = 22, 4 stupnja slobode, $P < 0,001$), pri čemu liječnici s ukupnim radnim stažem u obiteljskoj medicini od 1 do 5 godina i od 6 do 10 godina imaju najveći doživljaj osobnih obveza i odgovornosti prema cjelovitoj skrbi za pacijente, dok liječnici s ukupnim radnim stažem u obiteljskoj medicini više od 20 godina imaju najmanji doživljaj osobnih obveza i odgovornosti prema skrbi o pacijentima. (Tablica 21.)

Postoji statistički značajna razlika u ukupnoj razini obveza i odgovornosti prema skrbi za pacijenta koju liječnici doživljavaju obzirom na broj pacijenata o kojima skrbe (Kruskal-Wallis H test = 13,58, 3 stupnja slobode, $P = 0,004$), pri čemu liječnici koji skrbe za manje od 1000 pacijenata imaju najveći doživljaj osobnih obveza i odgovornosti prema cjelovitoj skrbi za pacijente, dok liječnici koji skrbe za više od 2000 pacijenata imaju najmanji doživljaj osobnih obveza i odgovornosti prema skrbi za pacijente. (Tablica 21.)

Nije utvrđena statistički značajna razlika u ukupnoj razini obveza i odgovornosti prema skrbi za pacijenta koju liječnici doživljavaju obzirom na mjesto rada (Mann Whitney U test = 1812, $z = -0,379$, $P = 0,70$) (Tablica 21.).

Tablica 21. Ukupna razina obveza i odgovornosti prema skrbi za pacijenta prema sociodemografskim karakteristikama uzorka

Sociodemografske karakteristike	Ukupna razina obveza i odgovornosti	P
Medijan (interkvartilni raspon)		
Dob		
25 -35 godina	16 (13 – 17)	
36 – 45 godina	16 (12 – 18)	< 0,001*
46 – 55 godina	14 (13 – 16)	
56 – 65 godina	14 (11,75 – 15)	
Iznad 65 godina	12,50 (11,75)	
Radni staž u obiteljskoj medicini		
1 – 5 godina	16 (13-18)	
6 – 10 godina	16 (13- 18)	< 0,001*
11 – 15 godina	14 (12 – 17)	
16 – 20 godina	15 (12,25 – 17)	
Više od 20 godina	14 (12 – 15)	
Broj pacijenata		
< 1000	16 (14 – 18)	0,004*
1000 -1500	14,50 (12,25 – 17)	
1500 – 2000	15 (13 – 17)	
> 2000	13 (11 – 15,25)	

Mjesto rada		
Dom zdravlja	16 (13 – 17)	0,70†
Privatna ordinacija	14 (12 – 16)	

* Kruskal - Wallis H test † Mann Whitney U test

4.4 Intervencije koje bi mogle pridonijeti da se obiteljski liječnik osjeća kao koordinator cjelovite skrbi o pacijentima unutar sustava primarne zdravstvene zaštite

S obzirom na mišljenje o tome može li edukacija putem specijalizacije i rad uz iskusne kadrove pomoći da se liječnici osjećaju kao koordinatori postoji statistički značajna razlika među liječnicima različite dobi (χ^2 test = 37,85, 16 stupnjeva slobode, P = 0,002), pri čemu najveći broj liječnika u dobi od 36 – 45 godina se potpuno slaže s tom tvrdnjom, njih 36 (10,7%), dok se podjednak broj liječnika u dobi od 46 – 55 godina potpuno slaže i slaže s tom tvrdnjom, njih 26 (7,7%) i 25 (7,4%). (Tablica 22.)

S obzirom na mišljenje o tome može li edukacija putem specijalizacije i rad uz iskusne kadrove pomoći da se liječnici osjećaju kao koordinatori postoji statistički značajna razlika između liječnika različitog ukupnog radnog staža (χ^2 test = 41,18, 16 stupnjeva slobode, P = 0,001), pri čemu se najveći broj liječnika ukupnog radnog staža više od 20 godina potpuno slaže s ovom tvrdnjom, njih 71 (21%), dok se liječnici ukupnog radnog staža od 16 do 20 godina podjednako potpuno slažu i slažu s tom tvrdnjom. (Tablica 22.)

S obzirom na mišljenje o tome može li edukacija putem specijalizacije i rad uz iskusne kadrove pomoći da se liječnici osjećaju kao koordinatori postoji statistički značajna razlika između liječnika različitog ukupnog radnog staža u obiteljskoj medicini (χ^2 test = 34,92, 16 stupnjeva slobode, P = 0,004), pri čemu se najveći broj liječnika s ukupnim radnim stažem u obiteljskoj medicini od 16 do 20 godina slaže s tom tvrdnjom, njih 14 (4,1%), dok se najveći broj liječnika s ukupnim radnim stažem većim od 20 godina u obiteljskoj medicini potpuno slaže s ovom tvrdnjom, njih 60 (17,8%). (Tablica 22.)

Također, postoji statistički značajna razlika u mišljenju može li edukacija putem specijalizacije i rad uz iskusne kadrove pomoći da se liječnici osjećaju kao koordinatori s obzirom radite li u Domu zdravlja ili u privatnoj ordinaciji (χ^2 test = 12,96, 16 stupnjeva slobode, P = 0,01), pri čemu se 100 (29,6) liječnika koji rade u Domu zdravlja potpuno slažu s ovom tvrdnjom, naspram 80 (23,7%) liječnika iz privatnih ordinacija. (Tablica 22.)

Postoji statistički značajna razlika u mišljenju može li edukacija putem specijalizacije i rad uz iskusne kadrove pomoći da se liječnici osjećaju kao koordinatori s obzirom na status (χ^2 test = 22, 12 stupnjeva slobode, P = 0,03), pri čemu se 44 (13%) specijalizirani obiteljske medicine potpuno slaže s tom tvrdnjom, naspram 84 (24,9%) specijalista obiteljske medicine. (Tablica 22.)

Tablica 22. Raspodjela ispitanika prema demografskim varijablama s obzirom na mišljenje o edukacijama putem specijalizacije i radu uz iskusne kadrove

Kako bi se više osjećao/la kao lider pomogla bi mi edukacija putem specijalizacije i rad uz iskusne kadrove

Broj (%) ispitanika prema stavu

	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem	Ukupno	P
Dob							
25 -35 godina	63 (18,6)	20 (5,9)	5 (1,5)	0 (0)	0 (0)	88 (26)	0,002
36 – 45 godina	36 (10,7)	23 (6,8)	0 (0)	1 (0,3)	0 (0)	60 (17,8)	
46 – 55 godina	26 (7,7)	25 (7,4)	9 (2,7)	2 (0,6)	0 (0)	62 (18,3)	
56 – 65 godina	50 (14,8)	46 (13,6)	16 (4,7)	4 (1,2)	2 (0,6)	118 (34,9)	
Iznad 65 godina	5 (1,5)	2 (0,6)	3 (0,9)	0 (0)	0 (0)	10 (3)	

Ukupni radni staž							
1 – 5 godina	40 (11,8)	7 (2,1)	1 (0,3)	0 (0)	0 (0)	48 (14,2)	< 0,001
6 – 10 godina	36 (10,7)	17 (5)	4 (1,2)	0 (0)	0 (0)	57 (16,9)	
11 – 15 godina	22 (6,5)	16 (4,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	38 (11,2)	
16 – 20 godina	11 (3,3)	10 (3)	2 (0,6)	1 (0,3)	0 (0)	24 (7,1)	
Više od 20 godina	71 (21)	66 (19,5)	26 (7,7)	6 (1,8)	2 (0,6)	171 (50,6)	
Radni staž u obiteljskoj medicini							
1 – 5 godina	51 (15,1)	19 (5,6)	3 (0,9)	0 (0)	0 (0)	73 (21,6)	0,004
6 – 10 godina	34 (10,1)	13 (3,8)	5 (1,5)	0 (0)	0 (0)	52 (15,4)	
11 – 15 godina	23 (6,8)	12 (3,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	35 (10,4)	
16 – 20 godina	12 (3,6)	14 (4,1)	5 (1,5)	1 (0,3)	0 (0)	32 (9,5)	
Više od 20 godina	60 (17,8)	58 (17,2)	20 (5,9)	6 (1,8)	2 (0,6)	146 (43,2)	
Radite u							
Domu zdravlja	100 (29,6)	48 (14,2)	12 (3,6)	1 (0,3)	0 (0)	161 (47,6)	0,01
Privatnoj ordinaciji	80 (23,7)	68 (20,1)	21 (6,2)	6 (1,8)	2 (0,6)	177 (52,4)	

Vaš status								
Liječnik bez specijalizacije	49 (14,5)	24 (7,1)	13 (3,8)	1 (0,3)	1 (0,3)	88 (26)	0,03	
Specijalizant obiteljske medicine	44 (13)	19 (5,6)	5 (1,5)	0 (0)	0 (0)	68 (20,1)		
Specijalist obiteljske medicine	84 (24,9)	62 (18,3)	13 (3,8)	6 (1,8)	1 (0,3)	166 (49,1)		
Drugo	3 (0,9)	11 (3,3)	2 (0,6)	0 (0)	0 (0)	16 (4,7)		

χ^2 hi kvadrat test; % - relativne frekvencije

S obzirom na mišljenje o tome može li smanjenje broja osiguranika unutar tima obiteljske medicine pomoći da se liječnici osjećaju kao koordinatori postoji statistički značajna razlika među liječnicima različite dobi (χ^2 test = 29,94, 16 stupnjeva slobode, P = 0,01), pri čemu najviše liječnika u dobi 46 do 55 godina se potpuno slaže s time, njih 37 (10,9%) kao i najviše liječnika u dobi 36 do 45 se potpuno slaže, njih 30 (8,9%). (Tablica 23.)

Također, postoji statistički značajna razlika s obzirom na mišljenje o tome može li smanjenje broja osiguranika unutar tima obiteljske medicine pomoći da se liječnici osjećaju kao koordinatori s obzirom na mjesto rada (χ^2 test = 15,93, 8 stupnjeva slobode, P = 0,04), pri čemu podjednak broj liječnika koji rade na selu slaže i potpuno slaže s ovom tvrdnjom, dok se kod liječnika koji rade u prigradskom naselju i gradu najveći broj njih potpuno slaže s ovom tvrdnjom. (Tablica 23.)

Postoji statistički značajna razlika s obzirom na mišljenje o tome može li smanjenje broja osiguranika unutar tima obiteljske medicine pomoći da se liječnici osjećaju kao koordinatori s obzirom na status specijalizacije (χ^2 test = 28,40, 12 stupnjeva slobode, P = 0,005), pri čemu podjednak broj specijalizanata potpuno slaže i slaže s ovom tvrdnjom, dok se najveći broj specijalista potpuno slaže s tvrdnjom, njih 97 (28,7%) (Tablica 23.)

Tablica 23. Raspodjela ispitanika prema demografskim varijablama s obzirom na mišljenje o smanjenju osiguranika unutar tima obiteljske medicine.

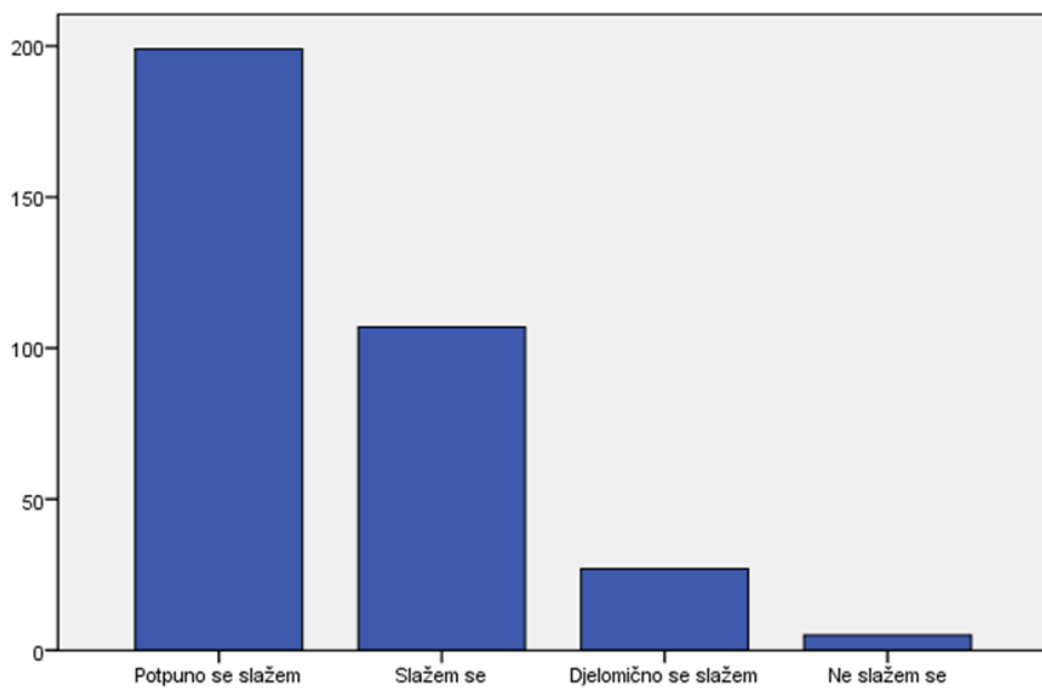
Kako bi se više osjećao/la kao lider pomoglo bi mi smanjenje broja osiguranika unutar tima OM

Broj (%) ispitanika prema stavu

	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem	Ukupno	P
Dob							
25 -35 godina	40 (11,8)	26 (7,7)	12 (3,6)	6 (1,8)	4 (1,2)	88 (26)	0,01
36 – 45 godina	30 (8,9)	20 (5,9)	7 (2,1)	2 (0,6)	1 (0,3)	60 (17,8)	
46 – 55 godina	37 (10,9)	21 (6,2)	1 (0,3)	3 (0,9)	0 (0)	62 (18,3)	
56 – 65 godina	61 (18)	47 (13,9)	9 (2,7)	1 (0,3)	0 (0)	118 (34,9)	
Iznad 65 godina	6 (1,8)	1 (0,3)	3 (0,9)	0 (0)	0 (0)	10 (3)	
Radite u							
Selu	32 (9,5)	29 (8,6)	7 (2,1)	6 (1,8)	0 (0)	74 (21,9)	0,04
Prigradskom naselju	27 (8)	15 (4,4)	5 (1,5)	1 (0,3)	3 (0,9)	51 (15,1)	
Gradu	115 (34)	71 (21)	20 (5,9)	5 (1,5)	2 (0,6)	213 (63)	

Vaš status							
Liječnik bez specijalizacije	40 (11,8)	31 (9,2)	6 (1,8)	6 (1,8)	5 (1,5)	88 (26)	0,005
Specijalizant obiteljske medicine	30 (8,9)	24 (7,1)	12 (3,6)	2 (0,6)	0 (0)	68 (20,1)	
Specijalist obiteljske medicine	97 (28,7)	53 (15,7)	12 (3,6)	4 (1,2)	0 (0)	166 (49,1)	
Drugo	7 (2,1)	7 (2,1)	2 (0,6)	0 (0)	0 (0)	16 (4,7)	

χ^2 hi kvadrat test; % - relativne frekvencije



Slika 9. Stavovi ispitanika prema tvrdnji „Kako bi se više osjećao/la kao lider pomoglo bi mi stimuliranje svih vrsta preventivnog rada“.

Prikazane su apsolutne frekvencije ispitanika prema kategorijama odgovora na pitanju "Kako bi se više osjećao/la kao lider pomoglo bi mi stimuliranje svih vrsta preventivnog rada." Najviše ispitanika, njih 199 (58,9%), se potpuno slaže s tvrdnjom, 107 (31,7%) ispitanika se slaže s tvrdnjom, 27 (8%) se djelomično slaže s tvrdnjom, a 5 (1,5%) se ne slaže s tvrdnjom. Niti jedan ispitanik se uopće ne slaže s tvrdnjom.

Postoji statistički značajna razlika s obzirom na mišljenje o tome može li uvođenje novih metoda i tehnologija u ordinacije obiteljske medicine pomoći da se liječnici osjećaju kao koordinatori s obzirom na dob liječnika (χ^2 test = 38,94, 12 stupnjeva slobode, $P < 0,001$), pri čemu se najveći broj liječnika u svakoj dobnoj skupini potpuno slaže s ovom tvrdnjom, ali se u uzroku liječnika starosti od 56 do 65 godina njih 16 (4,7%) djelomično slaže s tvrdnjom. (Tablica 24.)

Postoji statistički značajna razlika s obzirom na mišljenje o tome može li uvođenje novih metoda i tehnologija u ordinacije obiteljske medicine pomoći da se liječnici osjećaju kao koordinatori s obzirom na radni staž u obiteljskoj medicini (χ^2 test = 26,27, 12 stupnjeva slobode, $P = 0,01$), pri čemu podjednak broj liječnika s ukupnim radnim stažem u obiteljskoj medicini više od 20 godina potpuno slaže i slaže s ovom tvrdnjom, dok se najveći broj ispitanika s radnim stažem od 1 do 5 godina i od 6 do 10 godina potpuno slaže s ovom tvrdnjom. (Tablica 24.)

Tablica 24. Raspodjela ispitanika prema demografskim varijablama s obzirom na mišljenje o uvođenju novih metoda i tehnologija u ordinacije obiteljske medicine.

Kako bi se više osjećao/la kao lider pomoglo bi mi uvođenje novih metoda i tehnologija u ordinacije OM

Broj (%) ispitanika prema stavu

	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem	Ukupno	P
Dob							
25 -35 godina	63 (18,6)	18 (5,3)	6 (1,8)	1 (0,3)	0 (0)	88 (26)	
36 – 45 godina	30 (8,9)	24 (7,1)	2 (0,6)	4 (1,2)	0 (0)	60 (17,8)	< 0,001
46 – 55 godina	29 (8,6)	26 (7,7)	7 (2,1)	0 (0)	0 (0)	62 (18,3)	
56 – 65 godina	49 (14,5)	53 (15,7)	16 (4,7)	0 (0)	0 (0)	118 (34,9)	
Iznad 65 godina	7 (2,1)	2 (0,6)	1 (0,3)	0 (0)	0 (0)	10 (3)	
Radni staž u obiteljskoj medicini							
1 – 5 godina	49 (14,5)	18 (5,3)	4 (1,2)	2 (0,6)	0 (0)	73 (21,6)	0,01
6 – 10 godina	30 (8,9)	17 (5)	4 (1,2)	1 (0,3)	0 (0)	52 (15,4)	
11 – 15 godina	22 (6,5)	10 (3)	1 (0,3)	2 (0,6)	0 (0)	35 (10,4)	
16 – 20 godina	15 (4,4)	13 (3,8)	4 (1,2)	0 (0)	0 (0)	32 (9,5)	
Više od 20 godina	62 (18,3)	65 (19,2)	19 (5,6)	0 (0)	0 (0)	146 (43,2)	

χ^2 hi kvadrat test; % - relativne frekvencije

Postoji statistički značajna razlika s obzirom na mišljenje o tome može li rad u grupnim praksama pomoći da se liječnici osjećaju kao koordinatori s obzirom na dob liječnika (χ^2 test =

27,45, 16 stupnjeva slobode, $P = 0,03$), pri čemu se najveći broj liječnika u dobi od 25 do 35 godina potpuno slaže s time, njih 55 (16,3%), dok se liječnika u dobi od 56 do 65 godina podjednako potpuno slaže i slaže s tvrdnjom. (Tablica 25.)

Također, statistički značajna razlika s obzirom na mišljenje o tome može li rad u grupnim praksama pomoći da se liječnici osjećaju kao koordinatori s obzirom na radni staž u obiteljskoj medicini (χ^2 test = 27,75, 16 stupnjeva slobode, $P = 0,03$), pri čemu se vidi sličan trend rezultat kao kod dobi ispitanika. Najveći broj liječnika ukupnog radnog staža o obiteljskoj medicini od 1 do 5 godina potpuno slaže s tvrdnjom, njih 45 (13,3), dok se podjednak broj onih sa stažem većim od 20 godina potpuno slaže i slaže s tvrdnjom. (Tablica 25.)

Tablica 25. Raspodjela ispitanika prema demografskim varijablama s obzirom na mišljenje o radu u grupnim praksama.

Kako bi se više osjećao/la kao lider pomoglo bi mi rad u grupnim praksama (npr. kao u Velikoj Britaniji)

Broj (%) ispitanika prema stavu

	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem	Ukupno	P
Dob							
25 -35 godina	55 (16,3)	19 (5,6)	10 (3)	4 (1,2)	0 (0)	88 (26)	0,03
36 – 45 godina	25 (7,4)	20 (5,9)	11 (3,3)	4 (1,2)	0 (0)	60 (17,8)	
46 – 55 godina	21 (6,2)	25 (7,4)	13 (3,8)	2 (0,6)	1 (0,3)	62 (18,3)	
56 – 65 godina	47 (13,9)	48 (14,2)	18 (5,3)	2 (0,6)	3 (0,9)	118 (34,8)	
Iznad 65 godina	7 (2,1)	1 (0,3)	2 (0,6)	0 (0)	0 (0)	10 (3)	
Radni staž u obiteljskoj medicini							
1 – 5 godina	45 (13,3)	17 (5)	7 (2,1)	4 (1,2)	0 (0)	73 (21,6)	0,03
6 – 10 godina	24 (7,1)	15 (4,4)	12 (3,6)	0 (0)	1 (0,3)	52 (15,4)	
11 – 15 godina	18 (5,3)	10 (3)	4 (1,2)	3 (0,9)	0 (0)	35 (10,4)	
16 – 20 godina	8 (2,4)	15 (4,4)	7 (2,1)	2 (0,6)	0 (0)	32 (9,5)	
Više od 20 godina	60 (17,8)	56 (16,6)	24 (7,1)	3 (0,9)	3 (0,9)	146 (43,2)	

χ^2 hi kvadrat test; % - relativne frekvencije

Postoji statistički značajna razlika s obzirom na mišljenje o tome može li rad u Domovima zdravlja pomoći da se liječnici osjećaju kao koordinatori s obzirom na dob liječnika (χ^2 test = 34,90, 16 stupnjeva slobode, $P = 0,004$), pri čemu najveći broj liječnika u dobi od 56 do 65 godina uopće ne slaže s ovom tvrdnjom, njih 56 (16,6%), dok se najveći broj liječnika u dobi od 36 do 45 godina ne slaže s ovom tvrdnjom, njih 21 (6,2%). (Tablica 26.)

Također, statistički značajna razlika s obzirom na mišljenje o tome može li rad u Domovima zdravlja pomoći da se liječnici osjećaju kao koordinatori s obzirom na broj pacijenata koje imaju ordinacijama (χ^2 test = 39,04, 12 stupnjeva slobode, $P < 0,001$), pri čemu najveći broj liječnika koji skrbe za više od 2000 pacijenata se potpuno ne slaže s tvrdnjom, dok liječnici koji skrbe za 1000 do 1500 pacijenata izražavaju podjednako svoje djelomično slaganje i neslaganje s tvrdnjom. (Tablica 26.)

Tablica 26. Raspodjela ispitanika prema demografskim varijablama s obzirom na mišljenje o radu u Domu zdravlja.

Kako bi se više osjećao/la kao lider pomoglo bi mi rad u Domu zdravlja

Broj (%) ispitanika prema stavu

	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem	Ukupno	P
Dob							
25 -35 godina	8 (2,4)	14 (4,1)	19 (5,6)	29 (8,6)	18 (5,3)	88 (26)	0,004
36 – 45 godina	2 (0,6)	4 (1,2)	17 (5)	21 (6,2)	16 (4,7)	60 (17,8)	
46 – 55 godina	2 (0,6)	3 (0,9)	13 (3,8)	17 (5)	27 (8)	62 (18,3)	
56 – 65 godina	2 (0,6)	6 (1,8)	19 (5,6)	35 (10,4)	56 (16,6)	118 (34,9)	
Iznad 65 godina	0 (0)	1 (0,3)	3 (0,9)	1 (0,3)	5 (1,5)	10 (3)	
Broj pacijenata							
< 1000	2 (0,6)	4 (1,2)	9 (2,7)	6 (1,8)	3 (0,9)	24 (7,1)	< 0,001
1000 -1500	7 (2,1)	13 (3,8)	22 (6,5)	27 (8)	19 (5,6)	88 (26)	
1500 – 2000	3 (0,9)	10 (3)	32 (9,5)	47 (13,9)	64 (18,9)	156 (46,2)	
> 2000	2 (0,6)	1 (0,3)	8 (2,4)	23 (6,8)	36 (10,7)	70 (20,7)	

χ^2 hi kvadrat test; % - relativne frekvencije

Analizirajući mišljenje liječnika o tome može li rad u privatnim ordinacijama pomoći da se liječnici osjećaju kao koordinatori postoji statistički značajna razlika s obzirom na dob liječnika (χ^2 test = 26,99, 16 stupnjeva slobode, P = 0,04), pri čemu 31 (9,2%) liječnik u dobi od 25 do 35 godina se slaže s ovom tvrdnjom, dok se najveći broj ispitanika u dobi od 36 do 45 godina i 46 do 55 godina djelomično slaže s ovom tvrdnjom. (Tablica 27.)

Također, s obzirom na mišljenje liječnika o tome može li rad u privatnim ordinacijama pomoći da se liječnici osjećaju kao koordinatori postoji statistički značajna razlika između liječnika s različitom veličinom ordinacije (χ^2 test = 24,95, 12 stupnjeva slobode, P = 0,01), pri čemu liječnici koji skrbe za 1500 do 2000 pacijenata podjednako slažu i djelomično slažu s ovom tvrdnjom, dok se najveći broj liječnika koji skrbi za više od 2000 pacijenata potpuno slaže s ovom tvrdnjom, njih 33 (9,8%) (Tablica 27.)

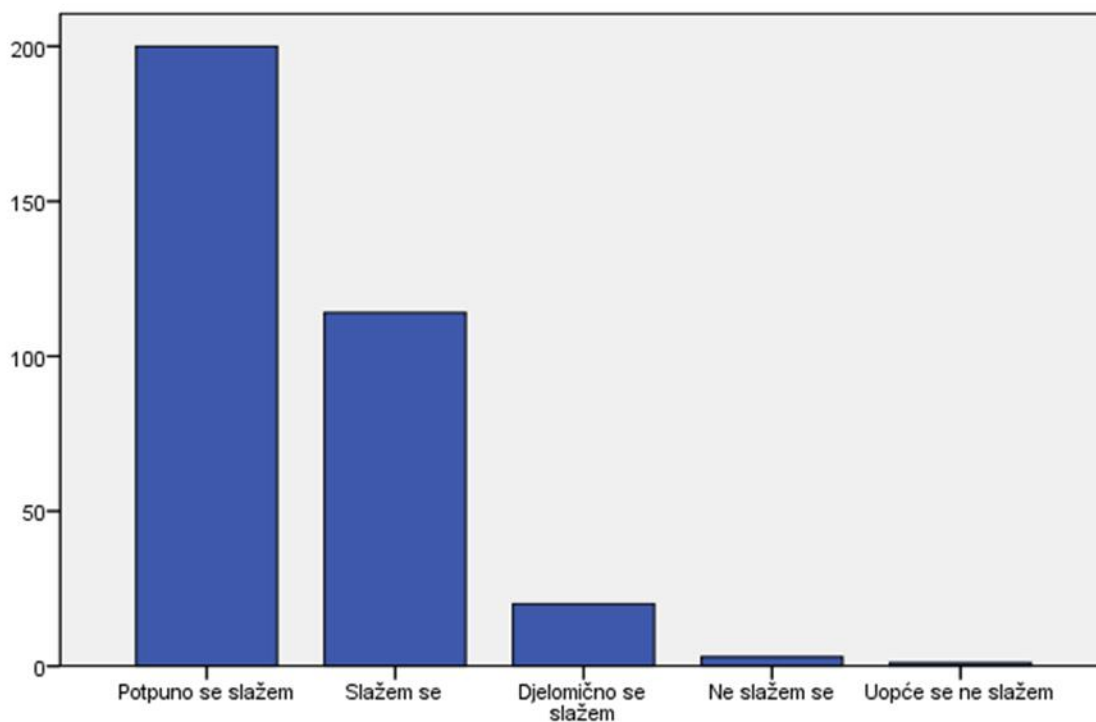
Tablica 27. Raspodjela ispitanika prema demografskim varijablama s obzirom na mišljenje o radu u privatnim ordinacijama.

Kako bi se više osjećao/la kao lider pomoglo bi mi rad u privatnim ordinacijama

Broj (%) ispitanika prema stavu

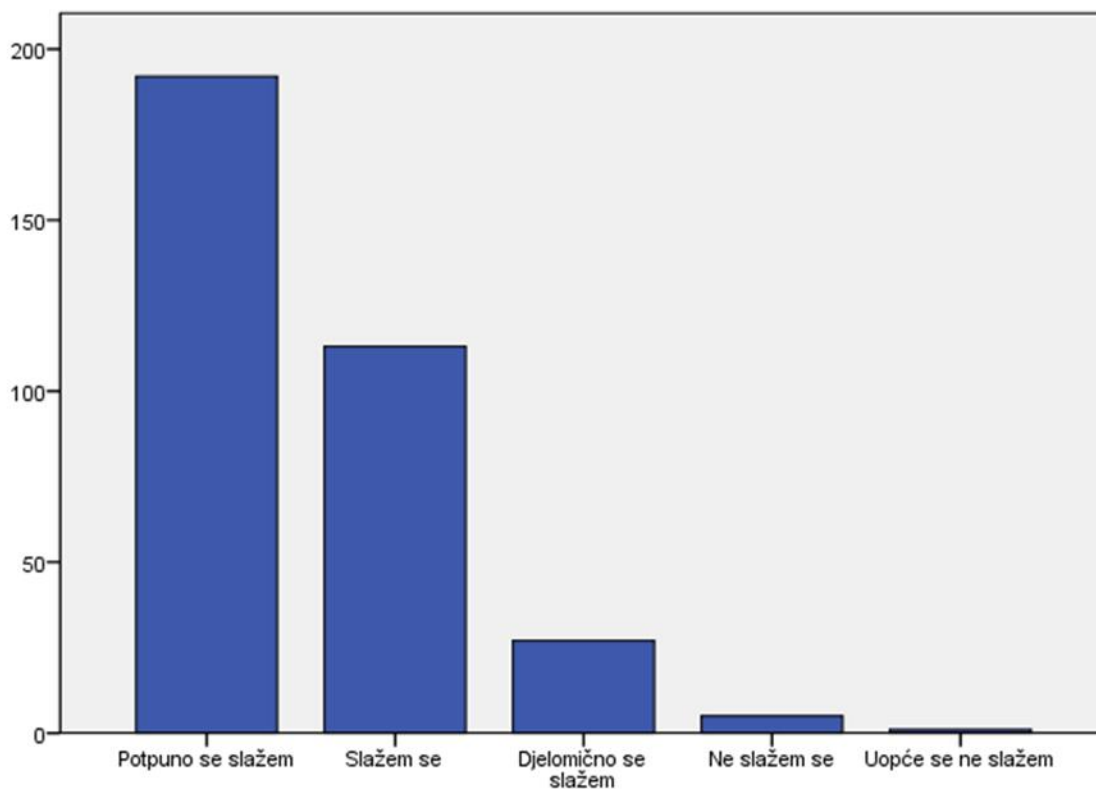
	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem	Ukupno	P
Dob							
25 -35 godina	20 (5,9)	31 (9,2)	25 (7,4)	10 (3)	2 (0,6)	88 (26)	0,04
36 – 45 godina	13 (3,8)	15 (4,4)	22 (6,5)	9 (2,7)	1 (0,3)	60 (17,8)	
46 – 55 godina	15 (4,4)	19 (5,6)	22 (6,5)	4 (1,2)	2 (0,6)	62 (18,3)	
56 – 65 godina	39 (11,5)	47 (13,9)	23 (6,8)	4 (1,2)	5 (1,5)	118 (34,9)	
Iznad 65 godina	6 (1,8)	2 (0,6)	2 (0,6)	0 (0)	0 (0)	10 (3)	
Broj pacijenata							
< 1000	4 (1,2)	8 (2,4)	10 (3)	2 (0,6)	0 (0)	24 (7,1)	0,01
1000 -1500	24 (7,1)	32 (9,5)	22 (6,5)	7 (2,1)	3 (0,9)	88 (26)	
1500 – 2000	32 (9,5)	52 (15,4)	51 (15,1)	16 (4,7)	5 (1,5)	156 (46,2)	
> 2000	33 (9,8)	22 (6,5)	11 (3,3)	2 (0,6)	2 (0,6)	70 (20,7)	

χ^2 hi kvadrat test; % - relativne frekvencije



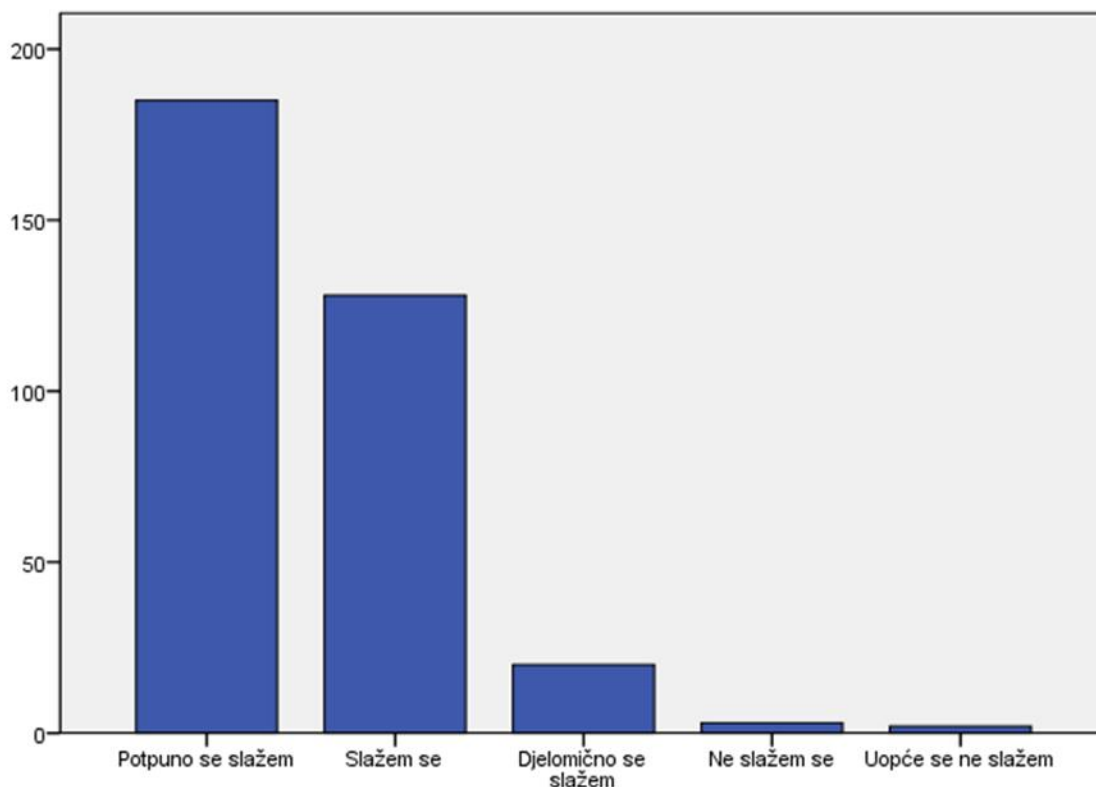
Slika 10. Stavovi ispitanika prema tvrdnji „Kako bi se više osjećao/la kao lider pomoglo bi stimuliranje samostalnog rješavanja nekomplikiranih slučajeva kroničnih nezaraznih bolesti“.

Prikazane su apsolutne frekvencije ispitanika prema kategorijama odgovora na pitanju „Kako bi se više osjećao/la kao lider pomoglo bi stimuliranje samostalnog rješavanja nekomplikiranih slučajeva kroničnih nezaraznih bolesti“. Najviše ispitanika, njih 200 (59,2%), se potpuno slaže s tvrdnjom, 114 (33,7%) ispitanika se slaže s tvrdnjom, 20 (5,9%) se djelomično slaže s tvrdnjom, 3 (0,3%) se ne slaže s tvrdnjom, a 1 (0,3%) se uopće ne slaže s tvrdnjom.



Slika 11. Stavovi ispitanika prema tvrdnji „Kako bi se više osjećao/la kao lider pomoglo bi stimuliranje/ nagrađivanje kućnog liječenja“.

Prikazane su apsolutne frekvencije ispitanika prema kategorijama odgovora na pitanju „Kako bi se više osjećao/la kao lider pomoglo bi stimuliranje/ nagrađivanje kućnog liječenja“. Najviše ispitanika, njih 192 (56,8%), se potpuno slaže s tvrdnjom, 113 (33,4%) ispitanika se slaže s tvrdnjom, 27 (8%) se djelomično slaže s tvrdnjom, 5 (1,5%) se ne slaže s tvrdnjom, a 1 (0,3%) se uopće ne slaže s tvrdnjom.



Slika 12. Stavovi ispitanika prema tvrdnji „Kako bi se više osjećao/la kao lider pomogla bi bolja komunikacija s kolegama konzultantima u SKZZ“.

Prikazane su apsolutne frekvencije ispitanika prema kategorijama odgovora na pitanju „Kako bi se više osjećao/la kao koordinator pomogla bi bolja komunikacija s kolegama konzultantima u SKZZ“. Najviše ispitanika, njih 185 (54,7%), se potpuno slaže s tvrdnjom, 128 (37,9%) ispitanika se slaže s tvrdnjom, 20 (5,9%) se djelomično slaže s tvrdnjom, 3 (0,9%) se ne slaže s tvrdnjom, a 2 (0,6%) se uopće ne slažu s tvrdnjom.

Postoji statistički značajna razlika s obzirom na mišljenje o tome može li smanjivanje administrativnog posla pomoći da se liječnici osjećaju kao koordinatori s obzirom na dob liječnika (χ^2 test = 26,44, 16 stupnjeva slobode, $P = 0,04$), pri čemu najveći broj liječnika svih dobnih skupina potpuno slaže s ovom tvrdnjom. (Tablica 28.)

Postoji statistički značajna razlika s obzirom na mišljenje o tome može li smanjivanje administrativnog posla pomoći da se liječnici osjećaju kao koordinatori s obzirom na mjesto

rada (χ^2 test = 15,71, 8 stupnjeva slobode, P = 0,04), pri čemu se najveći broj liječnika neovisno o mjestu rada potpuno slaže s ovom tvrdnjom. (Tablica 28.)

Postoji statistički značajna razlika s obzirom na mišljenje o tome može li smanjivanje administrativnog posla pomoći da se liječnici osjećaju kao koordinatori s obzirom na status liječnika (χ^2 test = 32,82, 12 stupnjeva slobode, P = 0,001), pri čemu se najveći broj liječnika neovisno o statusu specijalizacije potpuno slaže s ovom tvrdnjom. (Tablica 28.)

Tablica 28. Raspodjela ispitanika prema demografskim varijablama s obzirom na mišljenje o smanjivanju administrativnog posla

Kako bi se više osjećao/la kao lider pomoglo bi mi smanjivanje administrativnog posla

Broj (%) ispitanika prema stavu

	Potpuno se slažem	Slažem se	Djelomično se slažem	Ne slažem se	Uopće se ne slažem	Ukupno	P
Dob							
25 -35 godina	79 (23,4)	7 (2,1)	2 (0,6)	0 (0)	0 (0)	88 (26,8)	0,04
36 – 45 godina	52 (15,4)	7 (2,1)	0 (0)	1 (0,3)	0 (0)	60 (17,8)	
46 – 55 godina	54 (16)	5 (1,5)	2 (0,6)	0 (0)	1 (0,3)	62 (18,4)	
56 – 65 godina	104 (30,9)	11 (3,3)	1 (0,3)	0 (0)	1 (0,3)	117 (34,7)	
Iznad 65 godina	8 (2,4)	0 (0)	2 (0,6)	0 (0)	0 (0)	10 (3)	
Mjesto rada							
Selo	65 (19,3)	8 (2,4)	0 (0)	0 (0)	1 (0,3)	74 (22)	0,04
Prigradsko naselje	40 (11,9)	5 (1,5)	4 (1,2)	0 (0)	1 (0,3)	50 (14,8)	
Grad	192 (57)	17 (5)	3 (0,9)	1 (0,3)	0 (0)	213 (63,2)	

Vaš status							
Liječnik bez specijalizacije	80 (23,7)	7 (2,1)	1 (0,3)	0 (0)	0 (0)	88 (26,1)	< 0,001
Specijalizant obiteljske medicine	58 (17,29)	8 (2,4)	1 (0,3)	0 (0)	1 (0,3)	68 (20,2)	
Specijalist obiteljske medicine	147 (43,6)	14 (4,2)	3 (0,9)	0 (0)	1 (0,3)	165 (49)	
Drugo	12 (3,6)	1 (0,3)	2 (0,6)	1 (0,3)	0 (0)	16 (4,7)	

χ^2 hi kvadrat test; % - relativne frekvencije

Kako bi ispitali odnos ukupne razine intervencija sa sociodemografskim varijablama provedene su dodatne analize neparametrijske statistike. Željelo se provjeriti postoji li povezanost među varijablama i razlikuju li se liječnici po ukupnoj razini intervencija s obzirom na određene osobine i karakteristike. Utvrđena je statistički značajna niska povezanost intervencija i dobi liječnika (Spermanov koeficijent korelacije = 0,14, $P < 0,001$), odnosno što su liječnici stariji to imaju veći doživljaj da se mogu iznaći intervencije pomoću kojih bi se obiteljski liječnici osjećali kao koordinatori unutar sustava primarne zaštite. (Tablica 29.).

Utvrđena je statistički značajna niska povezanost intervencija i radnog staža u obiteljskoj medicini (Spermanov koeficijent korelacije = 0,18, $P < 0,001$), odnosno što liječnici imaju više radnog staža u obiteljskoj medicini to imaju veći doživljaj da se mogu iznaći intervencije pomoću kojih bi se obiteljski liječnici osjećali kao koordinatori unutar sustava primarne zaštite. (Tablica 29.)

Nije utvrđena statistički značajna povezanost intervencija liječnika s brojem pacijenata o kojima skrbe (Spermanov koeficijent korelacije, $P = 0,83$), niti s mjestom rada (Spermanov koeficijent korelacije, $P = 0,17$). (Tablica 29.)

Tablica 29. Povezanost ukupne razine intervencija sa sociodemografskim karakteristikama liječnika

	1.	2.	3.	4.	5.
1. Intervencije	1				
2. Dob liječnika	0,14**	1			
3. Radni staž u obiteljskoj medicini	0,18**	0,87**	1		
4. Broj pacijenata	-0,12	0,28**	0,31**	1	
5. Mjesto rada	-0,07	0,056	0,07	0,27**	1

Spermanov koeficijent korelacije, ** $p < 0,01$, *

Postoji statistički značajna razlika u ukupnoj razini intervencija koje liječnici smatraju da mogu iznaći s obzirom na dob (Kruskal-Wallis H test = 14,09, 4 stupnja slobode, $P = 0,007$), pri čemu liječnici u dobi 36 do 45 godina i od 56 do 65 godina imaju najveći takav doživljaj, dok liječnici iznad 65 godina starosti imaju najmanji doživljaj da mogu iznaći intervencije koje bi im pomogle kako bi se osjećali kao koordinatori unutar ustava primarne zdravstvene zaštite. (Tablica 30).

Postoji statistički značajna razlika u ukupnoj razini intervencija koje liječnici smatraju da mogu iznaći s obzirom na radni staž u obiteljskoj medicini (Kruskal-Wallis H test = 12,70, 4 stupnja slobode, $P = 0,01$), pri čemu liječnici s ukupnim radnim stažem u obiteljskoj medicini od 16 do 20 godina te više od 20 godina imaju najveći doživljaj da mogu iznaći intervencije koje bi im pomogle kako bi se osjećali kao koordinatori unutar ustava primarne zdravstvene zaštite. (Tablica 30.)

Nije utvrđena statistički značajna razlika u ukupnoj razini intervencija koje liječnici smatraju da se mogu iznaći s obzirom na ukupan broj pacijenata o kojima skrbe (Kruskal-Wallis H test = 5,52, 3 stupnja slobode, $P = 0,13$) niti s obzirom na mjesto rada (Mann Whitney U test = 1657,500, $z = -0,983$, $P = 0,32$) (Tablica 30).

Tablica 30. Razina ukupne razine intervencija prema sociodemografskim karakteristikama uzorka

Sociodemografske karakteristike	Ukupna razina intervencija	P
Medijan (interkvartilni raspon)		
Dob		
25 -35 godina	19 (16 – 23,75)	0,007*
36 – 45 godina	22 (18 – 26)	
46 – 55 godina	21,50 (18,75 – 26)	
56 – 65 godina	22 (18 – 25,50)	
Iznad 65 godina	17,50 (16 – 26,75)	
Radni staž u obiteljskoj medicini		
1 – 5 godina	19 (16 – 24,50)	0,01*
6 – 10 godina	21 (18 – 23,75)	
11 – 15 godina	20 (17 – 25)	
16 – 20 godina	22,50 (19 – 24,75)	
Više od 20 godina	22 (18 – 26,50)	
Broj pacijenata		
< 1000	22,50 (18,50 – 24,75)	0,13
1000 -1500	20 (17 – 25)	
1500 – 2000	22 (18 – 26)	
> 2000	20 (17,23,50)	
Mjesto rada		
Dom zdravlja	20 (17 – 25)	0,32†
Privatna ordinacija	22 18 – 25,75)	

* Kruskal - Wallis H test † Mann Whitney U test

5. RASPRAVA

Rijetko koji sustav odgovara razmjerima zdravstvenoga sustava. Samo u djelatnosti opće/obiteljske medicine, u 2019. godini, zdravstvenu zaštitu koristilo je 75,6% osiguranika barem jedan puta (30). Zdravstvena skrb danas je u najvećem dijelu kompleksna i zahtjeva suradnju većeg broja profesionalaca i više dimenzija zdravstvenoga sustava. Suradnja bi se trebala oslanjati na timskom radu i dobroj komunikaciji kako bi se osigurala učinkovita i sigurna skrb za pacijente. Neučinkovita koordinacija skrbi i temeljni neoptimalni procesi timskog rada problem su javnog zdravlja (19). Svjetska zdravstvena organizacija u svom dokumentu "Zdravlje za sve u 21. st.", stavlja naglasak na "prema obitelji i zajednici usmjerenoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti". Naglašava se potreba da jezgra primarne zdravstvene zaštite bude tim obiteljske medicine. Obiteljski liječnik kao nositelj tima trebao bi imati ulogu voditelja/koordinatora skrbi pacijenta kroz slojevit ustroj sustava zdravstva. Posljednjih desetljeća svjedočimo negativnoj percepciji javnosti o obiteljskim liječnicima, a s druge strane i nezadovoljstvu obiteljskih liječnika svojim statusom, uvjetima rada i preopterećenosti administrativnim poslovima. U PZZ se godinama sve manje ulaže, a očekuje sve više. U tome treba tražiti uzrok nezadovoljstva liječnika obiteljske medicine njihovim položajem u sustavu, odnosu HZZO-a prema ugovornim liječnicima te percepcijom dijela stručne javnosti i pacijenata da su liječnici OM manje vrijedni, nekompetentni i uglavnom administrativni radnici u sustavu (20).

U Engleskoj je u razdoblju od 2007 do 2014. godine u PZZ zabilježen porast radnog opterećenja od 16%. 10% mjesta za specijalizaciju iz obiteljske medicine stalno je nepopunjeno. 2016. godine nedostajalo je 6500 liječnika opće medicine dok je 34% liječnika požalilo što je izabralo obiteljsku medicinu i 36% njih razmišljao o odlasku na rad u inozemstvo (21.). U Švicarskoj se očekuje da će u sljedećoj dekadi u mirovinu otići polovica liječnika koji rade u PZZ. Od 2007. do 2017. u Mađarskoj je udvostručen broj praksi obiteljske medicine koje nemaju stalnog liječnika, a 69% takvih praksi nemaju stalnog liječnika dulje od godinu dana (22). Iako ovakvih službenih podataka za Republiku Hrvatsku nema, situacija nije puno povoljnija niti kod nas. U Nacionalnom planu razvoja zdravstva za 2021. do 2027. istaknuto je kako je dugogodišnje zanemarivanje ulaganja u zdravstvene radnike, dovelo do situacije da se naročito primarna zdravstvena zaštita susreće s teškoćama da popuni otvorena radna mjesta (23).

Promotrimo li temeljne kompetencije i odlike koje bi trebale krasiti obiteljskog liječnika, proizlazi kako bi on trebao biti vođa/koordinator zdravstvene skrbi o pacijentima, koji je onda kao takav i prepoznat od svojih suradnika. Jedna od šest temeljnih kompetencija obiteljskog liječnika je i menadžment primarne zdravstvene zaštite (24). To između ostalog podrazumijeva koordinaciju zdravstvene skrbi s drugim profesionalcima u primarnoj i sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti, učinkovitu i odgovarajuću skrb i zdravstvene usluge, učinkovito korištenje resursa te biti zagovornik pacijenta. Netko tko radi ovako ozbiljan i odgovoran posao morao bi imati odlike dobrog vođe. Prema krizi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti zaključilo bi se kako liječnici obiteljske/opće medicine nisu vođe i/ili ne znaju da bi to trebali biti. Stoga ovaj rad ima za cilj istražiti stavove obiteljskih liječnika o pitanju njihove uloge koordinatora/vođe o cjelokupnoj skrbi pacijenata unutar sustava primarne zdravstvene zaštite.

Od ukupnog broja ispitanika 84.3% je žena i 15.7% muškaraca. Prema podacima digitalnog atlasa hrvatskog liječništva 78% je žena u obiteljskoj/općoj medicini. Najviše ispitanika, 34.9% pripada dobnoj skupini od 56 do 65 godina. Hrvatski obiteljski liječnik prosječno je star 52 godine, a njih 33% je starije od 60 godina (25) te je uzorak istraživanja u skladu s nacionalnim podacima. Polovica ispitanika (50.6%) ima više od 20 godina radnoga staža. Najveći dio ispitanika skrbi za više od 1500 pacijenata (66.9%). Podjednak broj ispitanika ovog istraživanja radi u Domu zdravlja i privatnoj ordinaciji (47.6% prema 52.4%). Na državnoj razini 56.76% liječnika radi u privatnim ordinacijama obiteljske/opće medicine i 41.84% u Domu zdravlja (25).

Prema podacima Američke liječničke udruge (AMA), prosječna dob liječnika obiteljske medicine u Sjedinjenim Državama je 52 godine (26). Ovaj dobni raspon može uvelike varirati, pri čemu neki liječnici započinju svoju karijeru u kasnim 20-ima, dok drugi nastavljaju raditi i u 70-ima.

Jedna studija koju je proveo AAFP pokazala je da je prosječna dob specijalizanata obiteljske medicine u 2019. bila 29 godina (27). To sugerira da značajan broj liječnika obiteljske medicine ulazi u to područje relativno mlad. Ovaj trend je odraz većeg trenda u području medicine, sa sve većim brojem studenata medicine koji se odlučuju za specijalizaciju iz primarne zdravstvene zaštite i obiteljske medicine.

No, značajan je udio i starijih liječnika u području obiteljske medicine. Prema podacima AMA-e, 20% liječnika obiteljske medicine u Sjedinjenim Državama starije je od 60 godina (27). To

ukazuje na to da značajan broj starijih liječnika nastavlja raditi na terenu i naglašava važnost pružanja podrške i resursa koji će im pomoći da nastave s radom na siguran i učinkovit način.

Stariji liječnici obiteljske medicine donose bogato iskustvo i znanje na ovo područje, nakon što su razvili duboko razumijevanje zdravstvenog sustava, potreba pacijenata i zajednice. Vjerojatno će imati uspostavljene odnose s drugim pružateljima zdravstvenih usluga i duboko razumjeti društvene determinante zdravlja. Razvili su snažan osjećaj za zajednicu i predanost služenju svojim pacijentima.

Međutim, kako stariji liječnici stare, njihove fizičke i kognitivne sposobnosti mogu opadati, što može utjecati na njihovu sposobnost pružanja sigurne i učinkovite skrbi. Studija koju je proveo Journal of American Geriatrics Society otkrila je da stariji liječnici imaju višu stopu medicinskih pogrešaka i vjerojatnije je da će im kliničke privilegije biti ograničene ili opozvane (28). Osim toga, stariji liječnici također se mogu suočiti s izazovima u praćenju novih tehnologija, tretmana i smjernica.

U svjetlu navedenoga, važno je pozabaviti se problemima s kojima se stariji liječnici mogu suočiti i pružiti im podršku i resurse koji su im potrebni da nastave s radom na siguran i učinkovit način. To može uključivati pružanje redovitih procjena kognitivnih i fizičkih sposobnosti, pružanje mogućnosti kontinuiranog medicinskog obrazovanja i prekvalifikacije te pružanje podrške za ravnotežu između poslovnog i privatnog života.

Nadalje, stariji liječnici također mogu biti važan izvor mentorstva i smjernica za mlađe liječnike. Studija koju je proveo Journal of the American Medical Association (JAMA) otkrila je da stariji liječnici mogu biti važni uzori te da mentorstvo starijih liječnika može biti korisno za profesionalni razvoj mlađih liječnika (29).

49.1% ispitanika su specijalisti obiteljske medicine, 26% su liječnici bez specijalizacije i 20.1% su specijalizanti obiteljske medicine. Podaci za Republiku Hrvatsku govore da je među liječnicima koji rade u obiteljskoj/općoj medicini 50.7% specijalista obiteljske/opće medicine (30). Novim Zakonom o zdravstvenoj zaštiti specijalizacija iz obiteljske medicine postala je obavezna za sve liječnike OM u Republici Hrvatskoj. To je svakako značajan preduvjet kvalitetnijem i efikasnijem zdravstvenom sustavu. Države s većim udjelom obiteljskih liječnika imaju bitno bolje zdravstvene pokazatelje, poput subjektivnog osjećaja zdravlja, niže stope općeg i specifičnog mortaliteta i dulji životni vijek građana. (32) No danas u 2022. godini smo i dalje u situaciji da su nositelji ordinacija obiteljske medicine liječnici bez specijalizacije pa i specijalisti drugih specijalnosti.

5.1 Vizija obiteljskih liječnika o tome što to znači biti koordinator cjelovite skrbi o pacijentima

Specijalisti obiteljske medicine imaju vitalnu ulogu kao koordinatori cjelovite skrbi za pacijente u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Vizija liječnika obiteljske medicine kao koordinatora potpune skrbi za pacijenta obuhvaća holistički pristup skrbi za pacijenta koji nadilazi liječenje pojedinačnih bolesti i fokusira se na cjelokupno zdravlje i dobrobit pacijenta.

Jedan ključni aspekt ove vizije je koncept kontinuiteta skrbi. Liječnici obiteljske medicine osposobljeni su za pružanje sveobuhvatne i kontinuirane skrbi pacijentima tijekom cijelog životnog vijeka te za koordinaciju skrbi s drugim pružateljima zdravstvenih usluga kako bi osigurali da pacijenti dobiju najprikladniju skrb za svoje potrebe (33). To uključuje upravljanje kroničnim stanjima, pružanje preventivne skrbi i rješavanje društvenih odrednica zdravlja koje mogu utjecati na cjelokupno zdravlje i dobrobit pacijenta.

Još jedan ključni aspekt vizije liječnika obiteljske medicine kao koordinatora potpune skrbi za pacijente je naglasak na skrbi usmjerenoj na pacijenta. Obiteljski liječnici daju prioritet potrebama i preferencijama pacijenata i rade na osnaživanju pacijenata da preuzmu aktivnu ulogu u vlastitoj skrbi (34). To uključuje pacijenata kao jednako vrijednog partnera u donošenju odluka o njegovu zdravlju. Liječnik je tu kako bi pružio informacije, educirao i osnažio pacijente da preuzmu aktivnu ulogu u upravljanju vlastitim zdravljem.

Korištenje tehnologije također je važan aspekt vizije obiteljskih liječnika kao koordinatora potpune skrbi za pacijente. Obiteljski liječnici sve više koriste elektroničke zdravstvene kartone (EZK) i druge tehnološke alate za poboljšanje koordinacije skrbi za pacijente, komunikacije i kontinuiteta skrbi (35). EZK-ovi omogućuju liječnicima obiteljske medicine lak pristup informacijama o pacijentima i njihovo dijeljenje s drugim pružateljima zdravstvenih usluga, što može poboljšati kvalitetu i kontinuitet skrbi za pacijente.

Kako bi LOM uspješno podnosio svakodnevne zadatke vezane za skrb svojih pacijenata trebao bi moći stvarati okruženje u kojemu će svaki dionik zdravstvenog sustava moći razviti svoj puni potencijal, stvoriti osjećaj pripadnosti, osjećaj da je koristan i važan, da se od njega očekuje doprinos u ostvarivanju ciljeva. Najbliži suradnici obiteljskoga liječnika jesu njegova medicinska sestra/tehničar, patronažna sestra i sestre/tehničari iz kućne njege (33). Istraživanje

je pokazalo kako se najveći dio ispitanika (222 ili 65.7%) slaže ili potpuno slaže s tvrdnjom da oni apsolutno odlučuju o skrbi za pacijenta kada je u pitanju suradnja s njihovom medicinskom sestrom/tehničarom. Taj postotak je 60.6% kada je riječ o suradnji s patronažnom sestrom i 62.7% kada je riječ o suradnji sa sestrom/tehničarom iz kućne njege.

Za istaknuti je da najviše ispitanika u dobi od 56 do 65 godina te onih koji rade u privatnim ordinacijama obiteljske/opće medicine izražava potpuno slaganje s tvrdnjom da apsolutno odlučuju o skrbi za pacijenta kada je u pitanju suradnja s medicinskom sestrom/tehničarom.

Na pitanje sugeriraju li im često medicinske sestre/tehničari postupke koji nisu u skladu s njihovim znanjem i stavovima te im dopuste da to utječe na njihovu odluku, najveći dio liječnika (244 ili 72.2 %) odgovara kako se ne slaže ili potpuno ne slaže s tvrdnjom. Podjednak je postotak i u odnosu s patronažnom sestrom (71%) i sestrom/tehničarom iz kućne njege (72.7%). Utvrđena je statistički značajna razlika kada je riječ o ovom pitanju obzirom na dob i specijalizaciju liječnika, pri čemu je najveći broj liječnika u dobi od 56 do 65 godina i najveći broj specijalista obiteljske medicine odgovorio da se ne slaže i uopće ne slaže s tvrdnjom.

Ovakvi rezultati nisu u skladu s poželjnim karakteristikama vođe i koordinatora skrbi za pacijente. Dobar vođa prihvaća čuti mišljenja drugih suradnika i odluke donosi u suradnji s njima. Ukoliko se drugo mišljenje pokaže kao bolje rješenje problema tada dobar vođa prihvaća to, ne pripisujući sebi zasluge. Uvijek je otvoren za suradnju s ciljem najboljeg ishoda. Dokazi sugeriraju kako je kvaliteta timskog rada povezana i proporcionalna s kvalitetom i sigurnošću sustava pružanja zdravstvene skrbi (19). Ostaje osobiti izazov stvoriti zdravstvene timove koji su usmjereni ka pacijentu orijentiranoj skrbi i ujedno postižu definirane standarde kvalitete skrbi. U stvaranju takvih visoko učinkovitih timova i u obuci njihovih dionika pomaže skup od pet dobro opisanih kompetencija: (1) vođenje tima, sposobnost koordinacije aktivnosti članova tima, osiguravanje odgovarajuće raspodjele zadataka, evaluacija učinkovitosti i poticanje izvedbe na visokoj razini, (2) zajedničko praćenje učinka, sposobnost razvijanja zajedničkog razumijevanja među članovima tima u pogledu namjera, uloga i odgovornosti kako bi točno pratili međusobnu izvedbu za kolektivni uspjeh, (3) sposobnost predviđanja potreba drugih članova tima i smjenjivanje odgovornosti tijekom promjenjivog opterećenja, (4) prilagodljivost, sposobnost članova tima da prilagode svoju strategiju izvršavanja zadataka na temelju povratnih informacija iz radnog okruženja i (5) timsku orijentaciju, sklonost davanju prioriteta timskim ciljevima u odnosu na pojedinačne ciljeve, poticanje alternativnih perspektiva i pokazivanje poštovanja prema svakom članu tima (36). Nadalje timski rad smanjuje pojavnost

neželjenih loših ponašanja koji ometaju kvalitetan rad i funkcioniranje u poslovnom okruženju te povećava zadovoljstvo poslom (36).

Privatizacija djelatnosti primarne zdravstvene zaštite i uvođenje izravnih ugovornih odnosa između liječnika i HZZO-a imala je za cilj liječnika obvezati na racionalno korištenje zdravstvenih resursa i uspostavu izravne odgovornosti liječnika prema osiguraniku koji ga je izabrao (20). Kroz prizmu navedenoga mogu se tumačiti i navedeni rezultati. Liječnici u Republici Hrvatskoj u starosnoj skupini od 56 do 65 godina jesu većinom privatnici te se moguće više ponašaju kao menadžeri kojima je primarni cilj bolji financijski ishod skrbi i kojima je odgovornost prema osiguravatelju važniji dio ishoda sveukupne skrbi.

Na pitanje mora li obiteljski liječnik čvrsto surađivati s osobama koje nemaju medicinsku kvalifikaciju 49.4% je odgovorilo kako se djelomično slaže s izjavom, 32% se slaže s izjavom, a tek 8.6% se u potpunosti slaže. Pri tome se najveći broj specijalista obiteljske medicine u potpunosti složio s ovom izjavom. Među podacima indikativno je to da gotovo polovica ispitanika ženskog spola nije ni samo sigurno treba li surađivati s osobama koje nemaju formalnu medicinsku izobrazbu. Veći udio žena u upitniku izjasnio se kako se uopće ne slaže s izjavom da bi trebale surađivati s osobama koje nemaju medicinsku izobrazbu. Kao što je ranije istaknuto dobar vođa/koordinator skrbi trebao bi znati cijeliti doprinos svakoga dionika sustava u kojemu radi. Moderno shvaćanje zdravstvenog sustava podrazumijeva društvo u cijelosti, ne nužno institucije vezane samo za zdravstvo. Zdravstveni sustav je ekosustav u kojemu u skrbi za bolesnika sudjeluju svi - kako zdravstveni profesionalci tako i osobe koje nemaju formalnu zdravstvenu izobrazbu. Volonteri u zdravstvu doprinose boljim zdravstvenim ishodima, boljoj zdravstvenoj pismenosti populacije te imaju važnu ulogu u komunikaciji između bolesnika i zdravstvenih profesionalaca (36, 37, 38, 39). Osobito je to izraženo u skrbi za palijativne bolesnike. Obitelji koje imaju veći volonterski angažman u skrbi za svoga palijativnog člana su znatno zadovoljnije sa skrbi te su pacijenti preživjeli znatno dulje ako su imali kućne posjete volontera (40, 41). Uključivanje volontera može proširiti raspon aktivnosti koje nude usluge palijativne skrbi, posebno za one koji žive u istoj zajednici. (42)

Na pitanje "prihvaćaju li Vas vaši suradnici kao vođu/lidera skrbi za pacijente" najveći dio ispitanika odgovara da ih njihovi kolege obiteljski liječnici vide kao takve (njih 244 ili 72.2%) i da ih njihove medicinske sestre/tehničari doživljavaju kao takve (281 ili 83.1%). Pri čemu je utvrđena statistički značajna razlika s obzirom na specijalizaciju, pri čemu se najveći broj specijalista obiteljske medicine potpuno slaže s ovim tvrdnjama. Kada je pitanje doživljavaju li

ih kolege konzultanti u SKZZ kao koordinate skrbi pacijenata tada samo 78 (23.1%) ispitanika odgovara potvrdno. Tek 51 ispitanik (njih 15%) odgovara potvrdno na pitanje doživljava li ih javnost kao koordinate skrbi o pacijentima.

Pokušalo se saznati postoji li povezanost među varijablama i razlikuju li se liječnici po ukupnoj razini vizije o tome vide li se kao koordinator skrbi za pacijenta s obzirom na određene karakteristike i osobine. Utvrđena je statistički značajna visoka povezanost radnog staža u obiteljskoj medicini i dobi liječnika. Utvrđeno je što su liječnici stariji i što imaju više godina staža da skrbe o većem broju pacijenata. Došlo se do statistički značajne povezanosti s mjestom rada i broja pacijenata - liječnici koji rade u privatnim ordinacijama skrbe o više pacijenata.

Utvrđeno je kako liječnici u dobi od 36 do 45 godina starosti imaju najveću viziju o tome što to znači biti koordinator skrbi za pacijenta, dok liječnici iznad 65 godina imaju najmanju viziju. Što bi bilo i razumljivo s obzirom da je prva skupina liječnika u svojoj najproduktivnijoj dobi i u najvećem su broju završili period intenzivnog učenja (specijalizacija). Problem je što u sustavu obiteljske medicine liječnika ove starosne skupine u Hrvatskoj ima manje u odnosu na starije dobne skupine.

Za područje obiteljske medicine važno je podržati i osigurati resurse starijim liječnicima da nastave s praksom na siguran i učinkovit način, kao što su redovite procjene kognitivnih i fizičkih sposobnosti, nudeći kontinuirano medicinsko obrazovanje i mogućnosti prekvalifikacije te pružajući podršku za ravnotežu između poslovnog i privatnog života. Osim toga, stariji liječnici također mogu biti važan izvor mentorstva i smjernica za mlađe liječnike, budući da mogu pružiti važne uzore i smjernice za profesionalni razvoj.

Zaključno, vizija liječnika obiteljske medicine kao koordinatora potpune skrbi za pacijenta obuhvaća holistički pristup skrbi za pacijenta koji nadilazi liječenje pojedinačnih bolesti i fokusira se na cjelokupno zdravlje i dobrobit pacijenta. Ova vizija uključuje kontinuitet skrbi, skrb usmjerenu na pacijenta i korištenje tehnologije. Važno je da obiteljski liječnici nastave raditi na implementaciji ove vizije u svojoj praksi kako bi osigurali da pacijenti dobiju skrb koja najviše odgovara njihovim potrebama.

5.2 Osjećaj odgovornosti i obveza prema cjelovitoj skrbi za pacijente

Uz viziju liječnika obiteljske medicine kao koordinatora potpune skrbi za pacijente, tu je i osjećaj odgovornosti i obveze koji dolazi s ovom ulogom. Liječnici obiteljske medicine imaju jedinstvenu poziciju u zdravstvenom sustavu jer su često prva točka kontakta s pacijentima i odgovorni su za koordinaciju i upravljanje njihovom skrbi. Ovaj osjećaj odgovornosti i obveze ogleda se u prisezi koju polažu obiteljski liječnici, koja uključuje obećanje da će se "brinuti za svoje pacijente sa suosjećanjem i poštovanjem njihovih individualnih potreba i okolnosti" (45).

Jedan ključni aspekt ovog osjećaja odgovornosti je obveza pružanja sveobuhvatne i kontinuirane skrbi pacijentima. Obiteljski liječnici obučeni su za upravljanje širokim rasponom zdravstvenih stanja i pružanje skrbi tijekom cijelog života. To uključuje upravljanje kroničnim stanjima, pružanje preventivne skrbi i rješavanje društvenih odrednica zdravlja koje mogu utjecati na cjelokupno zdravlje i dobrobit pacijenta. Liječnici obiteljske medicine također imaju obvezu osigurati da pacijenti dobiju skrb koja je najprikladnija za njihove potrebe, bilo da tu skrb pruža obiteljski liječnik ili drugi pružatelji zdravstvenih usluga.

Drugi ključni aspekt ovog osjećaja odgovornosti je obveza zaštite privatnosti i povjerljivosti pacijenata. Liječnici obiteljske medicine imaju pristup osjetljivim i osobnim podacima o svojim pacijentima i dužni su te podatke štiti od neovlaštenog pristupa ili otkrivanja (45). To uključuje zaštitu podataka o pacijentu u papirnatom i elektroničkom obliku i poduzimanje odgovarajućih mjera za zaštitu podataka o pacijentu od neovlaštenog pristupa ili otkrivanja.

Osjećaj odgovornosti i obveze liječnika obiteljske medicine uključuje i promicanje zdravstvene pravednosti i smanjenje zdravstvenih razlika. Obiteljski liječnici imaju obvezu razumjeti društvene odrednice zdravlja i poduzeti korake za rješavanje zdravstvenih razlika koje mogu postojati u populaciji pacijenata. To uključuje pružanje skrbi koja je osjetljiva na kulturne i jezične potrebe pacijenata i rješavanje prepreka skrbi koje mogu postojati za određene populacije (46).

Na pitanje opravdavaju li njihova znanja i stavovi njihovu ulogu vođe/koordinatora u skrbi za pacijente utvrđene su statistički značajne razlike obzirom na dob, vrstu ordinacije u kojoj rade, broj pacijenata o kojima skrbe i njihov status. Pa tako se najveći broj liječnika u dobnoj skupini od 56 do 65 godina u potpunosti slaže s ovom izjavom, najveći broj liječnika iz privatne prakse u potpunosti slaže s izjavom, kao i najveći broj liječnika koji skrbe za više od 2000 pacijenata te najveći broj specijalista obiteljske medicine.

Kod ispitivanja jesu li tijekom dodiplomskog školovanja liječnici stekli znanja i vještine koje su im potrebne kao koordinatoru skrbi unutar PZZa, najveći broj liječnika u dobi između 25 i 35 godina i onih koji rade pri Domu zdravlja nije sigurno da je to bio slučaj.

Da su tijekom postdiplomskog školovanja stekli znanja i vještine potrebne za ulogu koordinatora u skrbi za pacijente u najvećem broju smatraju liječnici u dobi od 56 do 65 godina, liječnici koji rade u privatnim ordinacijama, oni koji skrbe za više od 2000 pacijenata. Ovakav rezultat se može tumačiti time da je ova populacija LOM u najvećem broju ona koja je završila specijalizaciju obiteljske medicine tijekom koje su stekli dodatna potrebna znanja i vještine u smislu koordinacije skrbi za pacijente.

Liječnici svih dobnih skupina, različitih statusa specijalizacije pokazuju sličnu namjeru i želju za sudjelovanjem u dijagnostičko-terapijsko-rehabilitacijskim postupcima svojih pacijenata. Pri čemu se 88.7% ispitanika (300) izjasnilo potvrdno u odnosu na tvrdnju.

92% ispitanika izjasnilo se potvrdno u odnosu na tvrdnju “Želim preuzeti ulogu koordinatora skrbi za pacijente unutar PZZa, sa svim pravima i obvezama koje ta uloga donosi.” Utvrđena je razlika u odnosu na spol ispitanika, gdje su muškarci pokazali jasniji, čvršći stav o navedenom pitanju. Žene načelno imaju sličan smjer stava, ali nije toliko izražen. Ovakav rezultat se može objasniti time da u današnjem još uvijek patrijarhalnom društvu muškarci i inače imaju rukovodeće uloge.

Područjem obiteljske medicine tradicionalno dominiraju liječnici, uz značajnu neravnotežu u omjeru muškaraca i žena praktičara. Međutim, nedavni podaci pokazuju da se ovaj trend počinje mijenjati, sa sve većim brojem žena koje ulaze u područje obiteljske medicine.

Jedna studija koju je provela Američka akademija obiteljskih liječnika (AAFP) u Sjedinjenim Državama otkrila je da su 2010. samo 29% specijalizanata obiteljske medicine bile žene. Međutim, do 2019. taj je broj porastao na 40% (49). Ova promjena je odraz većeg trenda u medicinskom polju, sa sve većim brojem žena koje upisuju medicinski fakultet i odabiru specijalizaciju iz primarne zdravstvene zaštite.

Razlozi povijesne neravnoteže u omjeru muškaraca i žena liječnika obiteljske medicine su različiti i složeni. Neka istraživanja sugeriraju da su društveni i kulturni čimbenici, kao što su rodni stereotipi i diskriminacija, igrali ulogu u odvrćanju žena od ulaska u polje (48). Nadalje, zahtjevna i često stresna priroda posla, kao i dugo radno vrijeme i obveze dežurstva, možda su se smatrale manje privlačnima za žene (49).

Međutim, kako se područje obiteljske medicine razvija, postaje sve više prepoznato kao ispunjavajuća i nagrađujuća karijera za žene. Obiteljska medicina nudi širok raspon mogućnosti za žene, uključujući mogućnost pružanja sveobuhvatne, kontinuirane i koordinirane skrbi pacijentima tijekom cijelog životnog vijeka, kao i sposobnost rada u različitim okruženjima, od ruralnih klinika do gradskih bolnica (49).

Dodatno, sve veći broj žena koje ulaze u to područje također dovodi do promjena u kulturi obiteljske medicine, sa sve većim naglaskom na ravnotežu između poslovnog i privatnog života i podršku ženama na vodećim pozicijama (51). Ova promjena pomaže u stvaranju inkluzivnijeg i ugodnijeg okruženja za liječnice obiteljske medicine.

Važno je napomenuti da, iako je broj žena u obiteljskoj medicini u porastu, još uvijek postoji značajan rodni jaz u plaćama. Istraživanje koje je proveo Medscape 2020. pokazalo je da su liječnice obiteljske medicine u prosjeku godišnje zarađivale 20.000 USD manje od liječnika obiteljske medicine (53). Ova razlika u plaćama povezana je s brojnim čimbenicima, uključujući diskriminaciju i pristranost na radnom mjestu, kao i razlike u napredovanju u karijeri i pregovaračkim vještinama (48).

Važno je nastaviti raditi na rješavanju i uklanjanju ovih razlika.

Utvrđena je statistički značajna negativna povezanost obveza i odgovornosti s dobi liječnika, što su liječnici stariji imaju manji doživljaj obveza i odgovornosti prema koordinaciji skrbi za pacijente. Statistički značajna negativna povezanost obveza i odgovornosti utvrđena je u odnosu na radni staž, odnosno što liječnici imaju više radnoga staža to imaju manji doživljaj obveza i odgovornosti za koordinaciju skrbi za pacijente.

Najveći osjećaj osobne odgovornosti i obveza u koordinaciji skrbi za pacijente imaju liječnici u dobnoj skupini od 25 do 45 godina, liječnici s jednom do deset godina radnoga staža te liječnici koji skrbe za manje od 1000 pacijenta u svojim ordinacijama. Najmanji osjećaj osobne odgovornosti za koordinaciju skrbi o pacijentima imaju liječnici s više od 65 godina, oni s više od 20 godina radnoga staža te kolege koji skrbe za više od 2000 pacijenata.

Zaključno, obiteljski liječnici imaju jedinstven osjećaj odgovornosti i obveze prema cjelovitoj skrbi za pacijente. To uključuje viziju pružanja sveobuhvatne i kontinuirane skrbi, zaštite privatnosti i povjerljivosti pacijenata i promicanja jednakosti u zdravlju. Ovaj osjećaj odgovornosti odražava se u zakletvi koju su položili obiteljski liječnici, koja uključuje obećanje da će "brinuti za svoje pacijente sa suosjećanjem i poštovanjem prema njihovim individualnim

potrebama i okolnostima". Liječnici obiteljske medicine imaju obvezu osigurati da pacijenti dobiju skrb koja je najprikladnija za njihove potrebe, bilo da tu skrb pruža obiteljski liječnik ili drugi pružatelji zdravstvenih usluga.

5.3 Intervencije koje bi mogle pridonijeti da se obiteljski liječnik osjeća kao koordinator unutar sustava primarne zdravstvene zaštite

Kako bi liječnici obiteljske medicine mogli učinkovito služiti kao koordinatori cjelovite skrbi za pacijente u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, potrebne su određene intervencije koje ih podržavaju u toj ulozi. Ove intervencije mogu uključivati pružanje stalne obuke i obrazovanja, implementaciju tehnoloških alata i poticanje suradnje s drugim pružateljima zdravstvenih usluga.

Jedna od važnih intervencija je pružanje stalne obuke i edukacije liječnika obiteljske medicine. To uključuje obrazovanje o najnovijim medicinskim spoznajama i smjernicama, kao i obuku za korištenje tehnoloških alata kao što su elektronički zdravstveni kartoni (EZK) (52). Stalna edukacija i obuka mogu pomoći obiteljskim liječnicima biti u tijeku s najnovijim medicinskim saznanjima i smjernicama, a također im mogu pomoći da bolje koriste tehnološke alate za poboljšanje koordinacije skrbi za pacijente, komunikacije i kontinuiteta skrbi.

Druga važna intervencija je implementacija tehnoloških alata kao što su EZK, telemedicina i portali za pacijente (52). Ovi alati mogu pomoći obiteljskim liječnicima da bolje koordiniraju skrb i komuniciraju s drugim pružateljima zdravstvenih usluga, kao i da poboljšaju kontinuitet skrbi za pacijente. EZK-ovi, primjerice, omogućuju obiteljskim liječnicima lak pristup informacijama o pacijentima i njihovo dijeljenje s drugim pružateljima zdravstvenih usluga, što može poboljšati kvalitetu i kontinuitet skrbi za pacijente.

Poticanje suradnje i komunikacije s drugim pružateljima zdravstvenih usluga također je ključna intervencija. Obiteljski liječnici često rade s nizom drugih pružatelja zdravstvenih usluga, poput specijalista, medicinskih sestara i drugih pružatelja primarne zdravstvene zaštite. Suradnja i komunikacija među tim pružateljima usluga može pomoći da se osigura da pacijenti dobiju skrb koja najviše odgovara njihovim potrebama (52). To može uključivati dijeljenje informacija o pacijentima, koordinaciju skrbi za pacijente i suradnju na planovima skrbi.

Postoji statistički značajna razlika među liječnicima različite dobi, staža i statusa s obzirom na mišljenje može li edukacija putem specijalizacije i rad uz iskusne kadrove pomoći da se liječnici osjećaju kao koordinatori/vođe skrbi o pacijentima. Pa se tako najveći dio LOM-ova u dobi od 36 do 45 godina, većim brojem godina staža i onih koji rade u Domu zdravlja potpuno slaže s tvrdnjom. Najveći udio svih ispitanika, njih 300 ili 88.8% se pozitivno izjasnilo u vezi ove tvrdnje.

289 ispitanika ili 85.5% se pozitivno izjasnilo o tome da bi smanjenje broja osiguranika unutar tima OM pomoglo da se osjećaju više kao vođe/lideri. Statistički značajna razlika uočena je s obzirom na mišljenje može li smanjenje broja osiguranika unutar tima OM pomoći da se LOM osjeća kao koordinator među liječnicima različite dobi, s obzirom na mjesto rada i status specijalizacije. Potpuno se slaže s tvrdnjom najveći broj onih u dobi od 46 do 55 godina, onih koji rade u gradu i prigradskom naselju i liječnika specijalista obiteljske/opće medicine. Najveći broj zemalja određuje standard broja pacijenata prema raspoloživom broju liječnika i financijskim mogućnostima. Tako u Europi postoje razlike od primjerice 800 u Italiji do 2000 osiguranika po timu u Nizozemskoj. Još je u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2006-2011. godine istaknuto kako bi trebalo smanjiti standard na 1500 osoba. To je uvjet sadržajno bogatijoj i kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti (23).

Opseg rada tima obiteljske medicine među ostalim obuhvaća promicanje zdravih životnih navika radi očuvanja dobrog zdravlja populacije, prevenciju, kao i pravovremeno otkrivanje bolesti u njihovim ranim fazama (24). Najveći dio ispitanika (306 ili 90,6%) se potvrdno izjasnilo kako bi stimuliranje preventivnog rada doprinijelo njihovom većem osjećaju vodstva. Tijekom 2019. godine, u djelatnosti opće/obiteljske medicine u Republici Hrvatskoj, zabilježeno je ukupno 398.541 sistematskih, periodičnih i kontrolnih pregleda odraslih, 56,5% više nego u 2018. godini. Istodobno, u djelatnosti opće/obiteljske medicine zabilježeno je 27.002 preventivna pregleda djece u dobi do sedam godina i to 10.590 preventivna pregleda dojenčadi ili 4,3 prosječno po dojenčetu te 17.121 preventivna pregleda djece u dobi 1-6 godina, odnosno 0,9 prosječno po malom djetetu (30). Cijena koju HZZO plaća timovima OM za preventivne programe debljine, šećerne bolesti, pušenja i prekomjerne konzumacije alkohola uz edukaciju (DTP postupci OM166, OM167, OM168, OM169) je 30.16 kuna. (HZZO) Za sistematske preglede dojenčadi, djece predškolske dobi i osoba iz rizičnih skupina (DTP postupci OM005, OM006, OM116) plaća 54.60 kuna (54). Za usporedbu navedimo cijenu koju je HLK odredila za sistematske preglede u OM koja je 130,00 kuna (55). Ističe se kako je nužno da liječnici sistematski bilježe i evaluiraju relevantne preventivne aktivnosti i aktivnosti

koje provode u promociji zdravlja, (56) ali je manjkavo praćenje i evaluiranje njihove izvedbe programa kao i profesionalno i financijsko vrednovanje istoga. Stoga su potrebne temeljite strukturalne promjene rada tima LOM (smanjenje administrativnih dužnosti tima LOM-a, uz posljedično povećanje udjela vremena za medicinske poslove, zdravstveno savjetovanje i edukaciju) koje bi rezultirale izdašnjim provođenjem preventivnih aktivnosti ali i poboljšanjem kvalitete skrbi za akutne i kronične bolesnike (57).

Najveći broj LOM-ova ukupnog staža do 10 godina i dobi od 25 do 35 godina je pokazala najsnažniji stav/uvjerenje da bi uvođenje novih metoda i tehnologija u ordinacije OM omogućilo da se osjećaju više kao koordinator skrbi za pacijente. Ukupno se velika većina ispitanika (299 ili 88.5%) pozitivno izjasnila u vezi ovoga pitanja. Pozitivna promjena je sve veća upotreba tehnologije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Elektronički zdravstveni zapisi (EKZ) i telezdravstvena tehnologija mogu pomoći u poboljšanju komunikacije i koordinacije skrbi među pružateljima zdravstvenih usluga. EKZ-ovi, primjerice, omogućuju obiteljskim liječnicima lak pristup informacijama o pacijentima i njihovo dijeljenje s drugim pružateljima zdravstvenih usluga, što može poboljšati kvalitetu i kontinuitet skrbi za pacijente (58).

Povezivanje liječnika u grupne prakse doprinosi unapređenju rada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Rad u grupnoj praksi liječnicima omogućuje efikasnije korištenje specifičnih znanja i interesa, međusobnu stručnu podršku i konzultacije, te širenje spektra rada i usluga koje mogu pružiti. Primjerice, dijagnostička oprema kao što je ultrazvučni aparat može se racionalno koristiti na većem broju bolesnika, dok je za mali broj bolesnika koje ima jedan liječnik zapravo ne isplativa. Grupna praksa mora biti teritorijalno organizirana, pružati kontinuiranu sveobuhvatnu i integriranu zdravstvenu skrb cijelog stanovništva. Liječnici se udružuju u grupnu praksu dobrovoljno, fleksibilno te utemeljeno na zadovoljavanju profesionalnih i financijskih interesa članova. Grupna praksa omogućuje bolji obuhvat populacije, širi djelokrug rada te lakšu dostupnost svim korisnicima. Liječnici u grupnoj praksi lakše rješavaju organizacijske probleme uzrokovane izostancima pojedinih liječnika. Uza širi djelokrug rada liječnici mogu osigurati i bolju zaradu. Jedan od bitnih razloga ulaska u grupnu praksu je i ekonomska isplativost nabave dijagnostičke opreme. Dobro opremljena grupna praksa osigurava veći opseg, bolju učinkovitost i kvalitetu rada i, što je posebice značajno, rasterećenje specijalističko-konzilijarne zaštite uz manji trošak (60, 61). Na tragu svega navedenoga jesu i rezultati ispitivanja. 268 ispitanika (79.3%) se pozitivno izjasnilo u vezi tvrdnje kako bi im rad unutar grupne prakse donio veći osjećaj liderstva. Statistički značajna razlika uočena je

obzirom na dob i staž LOM-ova. S time da mlađi liječnici i oni s manje godina staža pokazuju naj snažnije slaganje s navedenom tvrdnjom.

Rezultati francuske studije sugeriraju da rad u multiprofesionalnim grupnim praksama rezultira povećanjem prihoda obiteljskim liječnicima i omogućuje bolji pristup pacijenata uslugama primarne zdravstvene zaštite (61). Norveško istraživanje pokazalo je da 60% liječnika obiteljske medicine radi u grupnim praksama s 2-4 liječnika. Među mladim liječnicima OM koji rade u samostalnim ordinacijama 78% je željelo raditi u grupnoj praksi s nekoliko kolega. Grupne prakse privlače i liječnike OM koji žele i nešto kraće radno vrijeme (62).

42 ispitanika ili 12,4% smatra da bi im rad u Domu zdravlja omogućio da se osjećaju više kao koordinatori. Statistički značajna je razlika pokazala da se najveći broj LOM-ova u dobi od 56 do 65 godina, onih koji skrbe o više od 2000 pacijenata uopće se slaže s tvrdnjom.

S druge strane 207 ili 61,2% ispitanika smatra da bi im rad u privatnim ordinacijama donio veći osjećaj liderstva. S time da je uočena statistički značajna razlika u odnosu na dob i veličinom ordinacije, gdje se najveći broj ispitanika u dobi od 36 do 55 godina djelomično slaže s tvrdnjom i najveći broj liječnika koji skrbe za više od 2000 pacijenata u potpunosti slaže s tvrdnjom.

Sustav traži jasna pravila igre s definiranim zadacima, načinom rada i praćenjem ishoda uz odgovarajući poticajni sustav plaćanja, potom plaćanje osiguranog poticaja za bolji rad uz primjerenu stručnu kontrolu i pozitivnu stručnu gratifikaciju (20). Najveća većina ispitanika (314 ili 92,9%) se slaže kako bi stimuliranje samostalnog rješavanja nekomplikiranih slučajeva kroničnih nezaraznih bolesti bilo poticajno da se osjećaju više kao koordinatori cjelovite skrbi za pacijente.

Provođenje kućnih posjeta i kućnog liječenja je specifičnost rada tima obiteljskog liječnika i ono bi trebalo biti neizostavno u svakodnevnim aktivnostima (20). U većini europskih zemalja kućne posjete su dio uobičajenog rada LOM-a. Istraživanje je pokazalo da najveći dio ispitanika, njih 305 ili 90,2% smatra stimuliranje/nagrađivanje kućnog liječenja kao doprinos boljem osjećaju koordinatora skrbi.

313 ispitanika (92,6%) smatra da bi bolja komunikacija s kolegama u SKZZ pomogla njihovom boljem osjećaju da su koordinator skrbi za pacijenta. Za izvođenje složenih profesionalnih zadataka za čije su ostvarenje potrebna znanja iz različitih područja te uže usmjerena znanja iz istog ili sličnih profesionalnih područja potreban je timski rad temeljen na dobroj komunikaciji

(37/65) U 2019. godini zabilježeno je 5.561.960 upućivanja od strane timova opće/obiteljske medicine prema SKZZ (jedno upućivanje specijalisti na 2,1 obavljena pregleda) (30).

Najveća većina ispitanika, njih 326 (96,5%), smatra da bi smanjivanje administrativnog posla pomoglo da se osjećaju više kao koordinator skrbi o pacijentima.

Rezultati su pokazali da što su obiteljski liječnici stariji i što imaju više godina staža u OM imaju veći doživljaj da se mogu iznaći intervencije pomoću kojih bi se LOM osjećali kao koordinatori skrbi unutar PZZ. Pri čemu liječnici u dobi od 36 do 45 godina imaju najveći takav doživljaj, dok liječnici iznad 65 godina imaju najmanji doživljaj da se mogu iznaći intervencije koje bi pomogle da bi se osjećali kao koordinatori skrbi.

Zaključno, kako bi liječnici obiteljske medicine mogli učinkovito služiti kao koordinatori cjelovite skrbi za pacijente u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, potrebne su određene intervencije koje će ih podržati u toj ulozi. Ove intervencije uključuju pružanje stalne obuke i obrazovanja, implementaciju tehnoloških alata i poticanje suradnje s drugim pružateljima zdravstvenih usluga. Provedbom ovih intervencija liječnici obiteljske medicine mogu se osjećati bolje opremljeni kao koordinatori cjelovite skrbi za pacijente u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

5.4 Uloga koordinatora skrbi o pacijentima unutar primarne zdravstvene zaštite

Uloga specijalista obiteljske medicine kao koordinatora u sustavu primarne zdravstvene zaštite predmet je stalnih rasprava. Dok je zacrtana vizija i odgovornost liječnika obiteljske medicine kao koordinatora cjelovite skrbi za pacijente u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, postoje dokazi koji govore da specijalisti obiteljske medicine trenutno nemaju tu ulogu u sustavu primarne zdravstvene zaštite, niti se osjećaju koordinatorima. .

Jedna studija koju je proveo Journal of Family Practice otkrila je da obiteljski liječnici navode da se osjećaju preopterećeni koordinacijom skrbi za svoje pacijente. Izvijestili su da se često osjećaju kao da se "igraju telefonom" s drugim pružateljima zdravstvenih usluga, pri čemu se pacijenti gube u prevrtanju. Studija je također otkrila da obiteljski liječnici često osjećaju da nemaju odgovarajuću podršku u svojoj ulozi koordinatora skrbi te da im nedostaju potrebni resursi i podrška za učinkovitu koordinaciju skrbi za svoje pacijente.

Druga studija otkrila je da obiteljski liječnici često osjećaju da nisu dovoljno uključeni u koordinaciju skrbi za svoje pacijente (65). Istraživanje je pokazalo da liječnici obiteljske medicine često osjećaju da nisu uključeni u planiranje skrbi i donošenje odluka za svoje

pacijente te da nisu dovoljno informirani o skrbi koju pacijenti dobivaju od drugih pružatelja zdravstvenih usluga.

Obiteljski liječnici često osjećaju da nisu adekvatno kompenzirani za svoju ulogu koordinatora skrbi i često osjećaju da nisu adekvatno nagrađeni za vrijeme i trud koji ulažu u koordinaciju skrbi za svoje pacijente (65,66).

Stariji kolege, koji su većina u OM, skrbe za najveći broj populacije. Istraživanje je pokazalo da stariji kolege imaju najmanji osjećaj odgovornosti i obveza prema skrbi za pacijenta. To su i u većini liječnici koji rade u privatnim ordinacijama koje skrbe za veći broj osiguranika, iza njih su godine borbe sa sustavom i pacijentima, sve veći opseg administracije koji nema veze s prevencijom, liječenjem i praćenjem nego sa socijalnim i drugim pitanjima i pravima. Kao što je ranije istaknuto, u RH najveći dio liječnika koji rade u OM jesu stariji od 50 godina i njih 33% je starije od 60 godina.

Prilikom interpretacije rezultata ovoga istraživanja treba uzeti u obzir kako je upitnik proslijeđen i odgovori prikupljeni tijekom ožujka i travnja 2021. godine u vrijeme trećeg vala pandemije COVID19. Obiteljski liječnici su bili opterećeni povećanim opsegom posla uslijed pandemije - skrb za pacijente s blagim i umjerenim simptomima COVID19, sudjelovanje u cijepljenju i dežurstva u tzv. Covid ambulancama- uz sav redovan posao.

Postoje dokazi koji govore da specijalisti obiteljske medicine trenutno nemaju ulogu koordinatora u sustavu primarne zdravstvene zaštite, niti se liječnici obiteljske medicine osjećaju koordinatorima. Istraživanja su pokazala da se obiteljski liječnici često osjećaju preopterećeni koordinacijom skrbi za svoje pacijente te da im nedostaju potrebni resursi i podrška za učinkovitu koordinaciju skrbi za svoje pacijente

Iako postoje dokazi koji upućuju na to da specijalisti obiteljske medicine trenutno nemaju ulogu koordinatora u sustavu primarne zdravstvene zaštite, niti se liječnici obiteljske medicine osjećaju kao koordinatori, također se događaju pozitivne promjene u sustavu primarne zdravstvene zaštite koje bi mogle poboljšati ulogu obiteljskih liječnika kao koordinatora cjelovite skrbi.

Jedna pozitivna promjena je sve veći naglasak na timskoj skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Modeli timske skrbi uključuju različite pružatelje zdravstvene skrbi, kao što su medicinske sestre, socijalni radnici i drugi stručnjaci, koji zajedno rade na koordinaciji skrbi za pacijente

(53). To može pomoći u smanjenju tereta obiteljskih liječnika i pomoći im u njihovoj ulozi koordinatora skrbi.

Također postoji sve veće priznanje važnosti bavljenja društvenim odrednicama zdravlja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Društvene odrednice zdravlja, kao što su siromaštvo, obrazovanje i stanovanje, mogu uvelike utjecati na cjelokupno zdravlje i dobrobit pacijenta. Liječnici obiteljske medicine sve se više prepoznaju kao ključni igrači u rješavanju ovih odrednica i poboljšanju cjelokupnog zdravlja i dobrobiti svojih pacijenata (53).

Iako postoje izazovi s kojima se suočava uloga specijalista obiteljske medicine kao koordinatora cjelovite skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, u sustavu primarne zdravstvene zaštite događaju se i pozitivne promjene koje bi mogle poboljšati njihovu ulogu. Te promjene uključuju sve veći naglasak na timsku skrb, sve veću upotrebu tehnologije i sve veće prepoznavanje važnosti bavljenja društvenim odrednicama zdravlja.

6. ZAKLJUČAK

1. Utvrđena je statistički značajna visoka povezanost radnog staža u obiteljskoj medicini i dobi liječnika. Utvrđeno je što su liječnici stariji i što imaju više godina staža da skrbe o većem broju pacijenata. Došlo se do statistički značajne povezanosti s mjestom rada i broja pacijenata - liječnici koji rade u privatnim ordinacijama skrbe o više pacijenata.
2. Utvrđeno je kako liječnici u dobi od 36 do 45 godina starosti imaju najveću viziju o tome što to znači biti koordinator skrbi za pacijenta, dok liječnici iznad 65 godina imaju najmanju viziju.
3. Najveći broj liječnika u dobnoj skupini od 56 do 65 godina, najveći broj liječnika iz privatne prakse, najveći broj liječnika koji skrbe za više od 2000 pacijenata te najveći broj specijalista obiteljske medicine pokazuje najslabiju spremnost na suradnju sa svojim najbližim suradnicima.
4. Najveći broj specijalista obiteljske medicine pokazuje najsnažniju namjeru suradnje s osobama nemedicinske izobrazbe.
5. Veći udio žena se izjasnilo da se uopće ne slaže s izjavom da bi trebale surađivati s osobama koje nemaju medicinsku izobrazbu.
6. Najveći broj liječnika u dobnoj skupini od 56 do 65 godina, najveći broj liječnika iz privatne prakse, najveći broj liječnika koji skrbe za više od 2000 pacijenata te najveći broj specijalista obiteljske medicine se u potpunosti slaže da njihova znanja i stavovi opravdavaju njihovu ulogu vođe/lidera u skrbi za pacijente
7. Utvrđena je statistički značajna negativna povezanost obveza i odgovornosti s dobi liječnika, što su liječnici stariji imaju manji doživljaj obveza i odgovornosti prema koordinaciji skrbi za pacijente. Statistički značajna negativna povezanost obveza i odgovornosti utvrđena je u odnosu na radni staž, odnosno što liječnici imaju više radnoga staža to imaju manji doživljaj obveza i odgovornosti za koordinaciju skrbi za pacijente.
8. Najveći osjećaj osobne odgovornosti i obveza u koordinaciji skrbi za pacijente imaju liječnici u dobnoj skupini od 25 do 45 godina, liječnici s jednom do deset godina radnoga staža te liječnici koji skrbe za manje od 1000 pacijenta u svojim ordinacijama.
9. Rezultati su pokazali da što su obiteljski liječnici stariji i što imaju više godina staža u OM imaju veći doživljaj da se mogu iznaći intervencije pomoću kojih bi se LOM osjećao kao koordinator skrbi unutar PZZ. Kao intervencije koje bi tome doprinijele jesu rad u grupnim praksama, stimuliranje i nagrađivanje preventivnog rada, kućnih posjeta, samostalnog

rješavanja nekomplikiranih slučajeva kroničnih nezaraznih bolesti, bolja komunikacija s kolegama u SKZZ te smanjenje administrativnog posla tima OM.

Istraživanje je pokazalo da najsnažnije kvalitete vođe i koordinatora skrbi o pacijentima pokazuju specijalisti obiteljske medicine, liječnici mlađe životne dobi i oni koji skrbe za manji broj pacijenata u svojim ambulantama. Potrebno je učiniti više napora na promociji obiteljske medicine, rasterećenju od silnog administrativnog posla čime bi se više mladih kolega odlučilo za rad u OM, inzistirati na većem broju odobrenih specijalizacija iz obiteljske medicine te utjecati na odgovorne institucije u smjeru smanjenja ukupnog broja osiguranika po timu OM.

Danas su najvećim dijelom obiteljski liječnici nositelji privatnih ordinacija obiteljske medicine. Kao liječnici imaju formalno bazično medicinsko znanje. No biti nositelj ordinacije i koordinator skrbi zahtjeva i druga znanja i vještine koje su potrebne za dobro upravljanje praksom, a ta znanja i vještine ne proizlaze iz biomedicine. Tim znanjima i vještinama u budućnosti treba posvetiti više edukacije i više vremena.

7. SAŽETAK

Obiteljska medicina smatra se temeljem primarne zdravstvene zaštite. Osnovna načela primarne zdravstvene zaštite su sveobuhvatnost, kontinuiranost, dostupnost i cjelovit pristup. Cjelovita skrb te koordinacija zdravstvenog zbrinjavanja pojedinca, obitelji i lokalne zajednice, zahtjeva multidisciplinarni pristup i timski rad. Svi članovi tima odgovorni su za njegovo funkcioniranje s obzirom na svoje obrazovanje i iskustvo, a uloga vođe tima trebala bi pripadati obiteljskom liječniku. Cilj rada bilo je istražiti osjeća li se obiteljski liječnik u Hrvatskoj kao vođa multidisciplinarnog tima unutar primarne zdravstvene zaštite i ima li viziju kakav obiteljski liječnik želi biti. Postoje dokazi koji govore da specijalisti obiteljske medicine trenutno nemaju ulogu koordinatora u sustavu primarne zdravstvene zaštite, niti se liječnici obiteljske medicine osjećaju koordinatorima. Obiteljski liječnici često se osjećaju preopterećeni koordinacijom skrbi za svoje pacijente te da im nedostaju potrebni resursi i podrška za učinkovitu koordinaciju skrbi za svoje pacijente. Istraživanje je pokazalo da najsnažnije kvalitete lidera i koordinatora skrbi o pacijentima pokazuju specijalisti obiteljske medicine, liječnici mlađe životne dobi i oni koji skrbe za manji broj pacijenata u svojim ambulantomama. Kao liječnici imaju formalno bazično medicinsko znanje. No biti nositelj ordinacije i koordinator skrbi zahtjeva i druga znanja i vještine koje su potrebne za dobro upravljanje praksom, a ta znanja i vještine ne proizlaze iz biomedicine. Tim znanjima i vještinama u budućnosti treba posvetiti više edukacije i više vremena.

SUMMARY

Family medicine is considered the basis of primary health care. The basic principles of primary health care are comprehensiveness, continuity, accessibility and a holistic access. Complete care and coordination of health care for individuals, families and the local community require a multidisciplinary approach and teamwork. All team members are therefore responsible for its functioning with regard to their education and experience. The role of a team leader should bear the family physician. One of the crucial questions regarding the present paper is whether a family physician in Croatia feels actually as the leader of a multidisciplinary team within primary care and does he have a vision of what a family doctor wants to be. Evidence shows that family medicine specialists currently do not have the role of coordinators in the primary health care system, nor do family medicine doctors feel like coordinators. Family physicians often feel overwhelmed with coordinating care for their patients and lack the necessary resources and support to effectively coordinate care for their patients.

The research showed that the strongest qualities of leaders and coordinators of patient care are shown by family medicine specialists, younger doctors and those who care for a smaller number of patients in their outpatient clinics. Family physician have formal basic medical knowledge. Being a practice manager and care coordinator requires other knowledge and skills that are necessary for good practice management, and they do not come from biomedicine. More education and time should be devoted to these knowledge and skills in the future.

8. LITERATURA

1. Jakšić Ž. Profesionalizacija u medicini: počeci, temelj i iskustva o razvoju struke i specijalizacije opće/obiteljske medicine. pregledni rad, *Medix*, Vol. 17 No. 94/95, 2011.
2. Leeuwenhorst, The General Practitioner in Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice, Netherlands, 1974.
3. Rakel RE. *Osnove obiteljske medicine*, Zagreb, Naklada Ljevak, 2005.
4. Hummers-Pradier E. *Research Agenda for General Practice/Family Medicine and Primary Health Care in Europe*. Maastricht: European General Practice Research Network, 2009. pp. 13–15, 27–28.
5. Govaerts M. Educational competencies or education for professional competence? *Med. Educ.*, 2008. 42, 234-236.
6. WONCA Europe. The European definition of general practice/family medicine. 2011. [pristupljeno 02.02.2023.] Dostupno na:
<https://www.woncaeurope.org/file/520e8ed3-30b4-4a74-bc35-87286d3de5c7/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>
7. Narodne novine, Zakon o zdravstvenoj zaštiti 2018. [pristupljeno 02.02.2023.] Dostupno na:
https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2018_11_100_1929.html
8. Džakula A, Lončarek K, Radin D. *Interregnum u zdravstvu*. 2018. str. 38. [pristupljeno 02.02.2023.] Dostupno na:
https://www.fpzg.unizg.hr/_download/repository/Dzakula%2C_Loncarek%2C_Radin_-_Interregnum_u_zdravstvu%5B1%5D.pdf
9. Northouse PG. *Vodstvo : teorija i praksa*, MATE d.o.o., Zagreb, 2010.
10. Srića V. *Biblija uspješnog vođe. Harmony – Based Leadership, Znanje*, Zagreb 2004.
11. Chapman E, Lund O'Neil S. *Vodstvo: osnovni koraci koje svaki menadžer treba znati*, MATE d.o.o. Zagreb 2003.

12. Drucker P. Najvažnije o menadžmentu, M.E.P. Consult, Zagreb 2005.
13. Haas H, Tamarkin B. Lider u svakom od nas. Grmeč-Privredni pregled. Beograd 1995.
14. Goleman D. What Makes a Leader?. HBRs Must Reads on Leadership. Harvard Business Review, Harvard Business School Press; 1998.
15. Draft R. The Leadership experience. Cengage Learning Stamford: 2015.
16. Dubrin AJ. Leadership: Research Findings, Practice, and Skills. Third Edition. Boston, New York: Houghton Mifflin Company; 2001.
17. Leutz W. Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom. Milbank ; 1999. Q 77(1): 77–110
18. Rosen M, DiazGranados D, Dietz A, Benishek Thompson D. Teamwork in Healthcare: Key Discoveries Enabling Safer, High-Quality Care. Am Psychol. 2018 ; 73(4): 433–450. doi:10.1037/amp0000298
19. Jakšić Ž. Horizontalna i vertikalna zdravstvena zaštita. Med Fam Croat 2008;1:27-32.
20. Katić M, Rumboldt M, Materljan E, Gmajnić R. Analiza stanja u obiteljskoj medicini u Hrvatskoj i nužnost promjena. Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik, 2009, 15.80/81: 51-56.
21. Lay-Flurrie S, Mathieu E, Bankhead C, Nicholson BD, Perera-Salazr R, Holt T et al. Patient consultation rate and clinical and NHS outcomes: a cross-sectional analysis of English primary care data from 2.7 million patients in 238 practices. BMC Health Serv Res. 2019. doi:10.1186/s12913-019-4036-y
22. Papp M, Korosi L, Sandor J, Nagy C, Juhasz A. Workforce crisis in primary healthcare worldwide: Hungarian example in a longitudinal follow-up study. BMJ Open. 2019. doi: 10.1136/bmjopen-2018- 024957
23. Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. [pristupljeno 02.02.2023.] Dostupno na:
<https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2022%20Objave/Nacionalni%20plan%20razvoja%20zdravstva%202021.-2027..pdf>
24. WONCA Europe The European definition of general practice/family medicine 2005. [pristupljeno 02.02.2023.] Dostupno na:
[http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%20EURAC T short%20version.pdf](http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%20EURAC%20short%20version.pdf)
25. Demografski digitalni atlas hrvatskog liječništva Hrvatske liječničke komore. [pristupljeno 02.02.2023.] Dostupno na: <http://atlas.hlk.hr>
26. Američka liječnička udruga. Karakteristike liječnika i distribucija u SAD-u, izdanje 2019. [pristupljeno 02.02.2023.] Dostupno na: <https://www.ama-assn.org/system/files/2019-11/physician-characteristics-distribution-2019.pdf>

27. Američka akademija obiteljskih liječnika. Profil specijalizanata i studenata obiteljske medicine. 2019. [pristupljeno 02.02.2023.] Dostupno na: <https://www.aafp.org/research/resident-student-profile.html>
28. Shah ND. Medicinske pogreške i neželjeni događaji kod starijih liječnika. Časopis Američkog gerijatrijskog društva. 2016. 64(3), 589-595.
29. Green LA. Mentorstvo u medicini: model za uspjeh. JAMA, 2005. 294(7), 827-834.
30. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2019. godinu. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Zagreb, 2020. [pristupljeno 02.02.2023.] Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2021/02/Ljetopis_Yerabook_2019.pdf
31. Jakšić Ž. Horizontalna i vertikalna zdravstvena zaštita. Med Fam Croat 2008;1:27-32.
32. Starfield B. Primarna zdravstvena zaštita: Usklađivanje zdravstvenih potreba, usluga i tehnologije. New York: 1998. Oxford University Press.
33. Katić M, Švab I, i sur. Obiteljska medicina: sveučilišni udžbenik, Zagreb, Alfa 2018.
34. Leasure EL, Jones R, Meade L, Sanger M, Thomas K. There is no "i" in teamwork in the patient-centered medical home: defining teamwork competencies for academic practice. Acad Med 2013 May;88(5):585-92. doi: 10.1097/ACM.0b013e31828b0289.
35. Kannry JL. Uloga elektroničkih zdravstvenih zapisa u skrbi usmjerenoj na bolesnika. Edukacija pacijenata i savjetovanje, 2016. 99(9), 1519-1524.
36. Rehder KJ, Adair KC, Hadley A, McKittrick K, Frankel A, Leonard M et al. Associations Between a New Disruptive Behaviors Scale and Teamwork, Patient Safety, Work-Life Balance, Burnout, and Depression. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2020 Jan;46(1):18-26. doi: 10.1016/j.jcjq.2019.09.004. Epub 2019 Nov 6
37. Tan J, Xu H, Fan Q, Neely O, Doma R, Gundi R et al. Hypertension Care Coordination and Feasibility of Involving Female Community Health Volunteers in Hypertension Management in Kavre District, Nepal: A Qualitative Study. Glob Heart. 2020 Oct 23;15(1):73. doi: 10.5334/gh.872.
38. Woldie M, Feyissa GT, Admasu B, Hassen K, Mitchell K, Mayhew S et al. Community health volunteers could help improve access to and use of essential health services by communities in LMICs: an umbrella review. Health Policy Plan. 2018 Dec 1;33(10):1128-1143. doi: 10.1093/heapol/czy094.
39. Grotz J, Birt L, Edwards H, Locke M, Poland F. Exploring disconnected discourses about Patient and Public Involvement and Volunteer Involvement in English health and social care. Health Expect. 2021 Feb;24(1):8-18. doi: 10.1111/hex.13162. Epub 2020 Dec 1.
40. Tudpor K, Wongkongdech A, Wongkongdech R, Chaiyakarm T, Jitsukka W, Sombateyotha K. Geographic Information System-Based Mobile Application Design for Health Care in Older Persons in Rural Community by Village Health

- Volunteers. *Stud Health Technol Inform.* 2022 Jan 14;289:426-429. doi: 10.3233/SHTI210949.
41. Candy B, France R, Low J, Sampson L. Does involving volunteers in the provision of palliative care make a difference to patient and family wellbeing? A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Int J Nurs Stud.* 2015 Mar;52(3):756-68. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.08.007.
 42. Teixeira MJC, Alvarelhão J, Neri de Souza D, Teixeira HJC, Abreu W, Costa N et al. Healthcare professionals and volunteers education in palliative care to promote the best practice—an integrative review *Scand J Caring Sci.* 2019 Jun;33(2):311-328. doi: 10.1111/scs.12651. Epub 2019 Jan 10.
 43. Horey D, Street AF, O'Connor M, Peters L, Lee SF, Horey D. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Jul 20;(7):CD009500. doi: 10.1002/14651858.CD009500.pub2.
 44. Američka akademija obiteljskih liječnika. Profil specijalizanata i studenata obiteljske medicine. 2019. Dostupno na: <https://www.aafp.org/research/resident-student-profile.html>
 45. Američka liječnička udruga. Kodeks medicinske etike. 2019. Dostupno na: <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics>
 46. Povjerenstvo Instituta za medicinu (SAD) za kvalitetu zdravstvene skrbi u Americi. Prevladavanje ponora kvalitete: novi zdravstveni sustav za 21. stoljeće. National Academies Press (SAD).2001. [pristupljeno 02.02.2023.] Dostupno na: Institute of Medicine (US) Committee on the Quality of Health Care in America. Overcoming the quality chasm: a new healthcare system for the 21st century.
 47. Američka akademija obiteljskih liječnika. Profil specijalizanata i studenata obiteljske medicine. 2019. [pristupljeno 02.02.2023.] Dostupno na: <https://www.aafp.org/research/resident-student-profile.html>
 48. Wright J. Rodne razlike u medicini: uloga pristranosti i diskriminacije. *Journal of Women's Health.* 2018. 27(7), 769-772.
 49. Goldberg J. Žene u obiteljskoj medicini: izazovi i mogućnosti. *American Family Physician.* 2017. 96(6), 369-373.
 50. Medscape. Izvješće o naknadama liječnika obiteljske medicine 2020.
 51. Američka akademija obiteljskih liječnika. Profil specijalizanata i studenata obiteljske medicine. 2019. [pristupljeno 02.02.2023.] Dostupno na: <https://www.aafp.org/research/resident-student-profile.html>
 52. Kannry JL. Uloga elektroničkih zdravstvenih zapisa u skrbi usmjerenoj na bolesnika. *Edukacija pacijenata i savjetovanje.* 2016. 99(9), 1519-1524.
 53. Povjerenstvo Instituta za medicinu (SAD) za kvalitetu zdravstvene skrbi u Americi. Prevladavanje ponora kvalitete: novi zdravstveni sustav za 21. stoljeće. National Academies Press (SAD). 2001 [pristupljeno 02.02.2023.] Dostupno na: Institute of Medicine (US) Committee on the Quality of Health Care in America. Overcoming the quality chasm: a new healthcare system for the 21st century.
 54. HZZO DTP postupci u PZZ [pristupljeno 02.02.2023.] Dostupno na: <https://hzzo.hr/hzzo-za-partnere/sifrarnici-hzzo-0>

55. HLK , cjenik zdravstvenih usluga. [pristupljeno 02.02.2023.] Dostupno na: <https://www.hlk.hr/cjenik-zdravstvenih-usluga.aspx>
56. Katić M, Jureša V, Bergman Marković B, Jurković D, Predavec S, Hrastinski M. Proaktivni pristup preventivnom radu u obiteljskoj medicini. *Acta medica Croatica: Časopis Akademije medicinskih znanosti Hrvatske*. 2010. 64(5), 443-452.
57. Vrdoljak D, Bergman – Marković B, Cikač S. Administrativni i medicinski opseg rada tima obiteljske medicine. *Medica Jadertina*, Vol.42 No.1-2, 2012. [pristupljeno 02.02.2023.] Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/83882>
58. Kannry JL. Uloga elektroničkih zdravstvenih zapisa u skrbi usmjerenoj na bolesnika. *Edukacija pacijenata i savjetovanje*. 2016. 99(9), 1519-1524.
59. Katić M, Budak A, Vrcić-Keglević M, Blažeković Milaković S, Bergman-Marković B, Tiljak H i sur. Obiteljska medicina u Hrvatskoj: Od Doma zdravlja do grupne prakse. U: *Zbornik Treći Kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora*. Rovinj: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora, 2003:29-42.
60. Katić M, Budak A, Petric D, Mazzi B, Lovasić S, Bakar Ž i sur. Primarna zdravstvena zaštita danas- potreba funkcionalnog povezivanja u zajednici. U: *Zbornik radova Hrvatski dani primarne zaštite*, Labin 2002.
61. Cassou M, Mousquès J, Franc C. General practitioners' income and activity: the impact of multi-professional group practice in France. *Eur J Health Econ*. 2020 Dec;21(9):1295-1315. doi: 10.1007/s10198-020-01226-4. Epub 2020 Oct 14. PMID: 33057977.
62. Grytten J, Skau I, Sørensen R. Kjenntegn ved solo- og gruppepraksiser i norsk allmennmedisin [Characteristics of solo and group practices in Norwegian general practice]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2005 May 19;125(10):1357-60. Norwegian. PMID: 15909014.
63. Budak A. *Obiteljska medicina*. 3. izdanje. Zagreb: Gandalf; 2000
64. Kobolt A, Žižak A. Timski rad i supervizija timova. *Ljetopis socijalnog rada*. 2007;14(2):367–386.
65. Bodenheimer T. Revitalizing Primary Care, Part 1: Root Causes of Primary Care's Problems. *Ann Fam Med*. 2022 Sep-Oct;20(5):464-468. doi: 10.1370/afm.2858.
66. Bodenheimer T. Revitalizing Primary Care, Part 2: Hopes for the Future. *Ann Fam Med*. 2022 Sep-Oct;20(5):469-478. doi: 10.1370/afm.2859. PMID: 36228059; PMCID: PMC9512544.

9. ŽIVOTOPIS

Medicinski fakultet sam završila u Osijeku 2007. godine. Započela raditi u ZZHMP OBŽ. 2011. godine počinjem raditi u DZ Đakovo u ambulanti Gorjani. Nisam mislila kako ću dugo biti u toj seoskoj ambulanti i u PZZ-u, ali onda se dogodila ljubav između mene i obiteljske medicine. Završila sam specijalizaciju 2021. godine. Sada radim u DZ Osječko-baranjske županije, u ordinaciji u Osijeku. Rukovoditeljica sam Odjela obiteljske medicine. Od 2021. godine sam asistent u nastavi iz obiteljske medicine na Medicinskom fakultetu u Osijeku. Završila sam četverogodišnji psihoterapijski studij logoterapije i egzistencijalne analize Viktora E. Frankla te sam licencirani logoterapeut.

I puno važnije, majka sam, supruga, kćer i sestra.

10. PRILOZI

UPITNIK

DOB : 25 – 35

36 – 45

46 – 55

56 – 65

Iznad 65 god.

SPOL: M Ž

Ukupni radni staž u zdravstvu _____

Radni staž u obiteljskoj medicini _____

Jeste prije radili (zaokruži): na HMP , u SKZZ

Mjesto rada : selo, prigradsko naselje, manji grad, veliki grad (ZG, RI, ST, OS)

Radite kao: zaposlenik Doma zdravlja

Koncesionar

U grupnoj praksi

Radim kao : liječnik bez specijalizacije

specijalizant obiteljske medicine

specijalist obiteljske medicine

U odnosu s mojom medicinskom sestrom/tehničarom ja apsolutno odlučujem o svemu.

1. Potpuno se slažem
2. Slažem se
3. Djelomično se slažem
4. Ne slažem se
5. Uopće se ne slažem

U odnosu s patronažnom sestrom ja apsolutno odlučujem o svemu.

1. Potpuno se slažem
2. Slažem se
3. Djelomično se slažem
4. Ne slažem se
5. Uopće se ne slažem

U donosu s kućnom njegovom ja apsolutno odlučujem o svemu.

1. Potpuno se slažem
2. Slažem se
3. Djelomično se slažem
4. Ne slažem se
5. Uopće se ne slažem

Moja med. sestra/tehničar mi vrlo često sugerira postupke koji nisu u skladu s mojim znanjem i stavovima.

1. Potpuno se slažem
2. Slažem se
3. Djelomično se slažem
4. Ne slažem se
5. Uopće se ne slažem

Patronažna služba mi vrlo često sugerira postupke koji nisu u skladu s mojim znanjem i stavovima.

1. Potpuno se slažem
2. Slažem se
3. Djelomično se slažem
4. Ne slažem se
5. Uopće se ne slažem

Kućna njega mi vrlo često sugerira postupke koji nisu u skladu s mojim znanjem i stavovima.

1. Potpuno se slažem
2. Slažem
3. Djelomično se slažem
4. Ne slažem se
5. Uopće se ne slažem

Socijalni radnici mi vrlo često sugeriraju postupke koji nisu u skladu s mojim znanjem i stavovima.

1. Potpuno se slažem
2. Slažem se
3. Djelomično se slažem
4. Ne slažem se
5. Uopće se ne slažem

Moje kolege obiteljski liječnici prihvaćaju lidersku ulogu u PZZ timu.

1. Potpuno se slažem
2. Slažem se
3. Djelomično se slažem
4. Ne slažem se
5. Uopće se ne slažem

Kolege konzultati u SZZ prihvaćaju obiteljskog liječnika kao lidera unutar PZZ tima.

1. Potpuno se slažem
2. Slažem se
3. Djelomično se slažem
4. Ne slažem se
5. Uopće se ne slažem

Kolege zaposlenici HZZOa prihvaćaju obiteljskog liječnika kao lidera unutar PZZ tima.

1. Potpuno se slažem
2. Slažem se
3. Djelomično se slažem
4. Ne slažem se
5. Uopće se ne slažem

Javnost prihvaća obiteljskog liječnika kao lidera unutar PZZ tima.

1. Potpuno se slažem
2. Slažem se
3. Djelomično se slažem
4. Ne slažem se
5. Uopće se ne slažem

Moji pacijenti prihvaćaju mene kao lidera unutar PZZ tima.

1. Potpuno se slažem
2. Slažem se
3. Djelomično se slažem
4. Ne slažem se
5. Uopće se ne slažem

Obiteljski liječnik mora čvrsto surađivati s osobama koje nemaju medicinsku kvalifikaciju.

1. Potpuno se slažem
2. Slažem se
3. Djelomično se slažem
4. Ne slažem se
5. Uopće se ne slažem

Moji stavovi i znanja opravdavaju moju ulogu lidera unutar PZZ tima.

1. Potpuno se slažem
2. Slažem se
3. Djelomično se slažem
4. Ne slažem se
5. Uopće se ne slažem

Tijekom dodiplomskog studija medicinskog fakulteta stekao/stekla sam dovoljno znanja i vještina koja su mi potrebna kao lideru unutar PZZa.

1. Potpuno se slažem
2. Slažem se
3. Djelomično se slažem
4. Ne slažem se
5. Uopće se ne slažem

Tijekom poslijediplomskog studija stekao/stekla sam znanja koja su mi potrebna kao lideru unutar PZZa.

1. Potpuno se slažem
2. Slažem se
3. Djelomično se slažem
4. Ne slažem se
5. Uopće se ne slažem

Želim sudjelovati u dijagnostičko-terapijsko-rehabilitacijskom postupku svakog od mojih pacijenata.

1. Potpuno se slažem
2. Slažem se
3. Djelomično se slažem
4. Ne slažem se
5. Uopće se ne slažem

Želim preuzeti ulogu lidera unutar PZZ tima, zajedno sa svim pravima i obvezama koje ta uloga donosi.

1. Potpuno se slažem
2. Slažem se
3. Djelomično se slažem
4. Ne slažem se
5. Uopće se ne slažem

Ugled obiteljskog liječnika najviše ovisi o njegovim pokazanim sposobnostima i stavovima?

1. Potpuno se slažem
2. Slažem se
3. Djelomično se slažem
4. Ne slažem se
5. Uopće se ne slažem

Smatram da moj najbliži kolega/kolegica obiteljski liječnik/liječnica želi biti lider unutar PZZ tima.

1. Potpuno se slažem
2. Slažem se
3. Djelomično se slažem
4. Ne slažem se
5. Uopće se ne slažem

Često sam zabrinut/ta zbog neuspjeha.

1. Potpuno se slažem
2. Slažem se
3. Djelomično se slažem
4. Ne slažem se
5. Uopće se ne slažem

Često prikrivam pogreške kako bi se zaštitio/la od drugih i sebe samih.

1. Potpuno se slažem

2. Slažem se
3. Djelomično se slažem
4. Ne slažem se
5. Uopće se ne slažem

Uvijek učim iz svojih pogrešaka.

1. Potpuno se slažem
2. Slažem se
3. Djelomično se slažem
4. Ne slažem se
5. Uopće se ne slažem

Kako bi se više osjećala/o kao lider pomoglo bi unaprijeđenje sljedećeg:

- Edukacija putem specijalizacije i rad uz iskusne kadrove (potpuno se slažem, slažem se...
- Smanjenje broja osiguranika unutar tima (potpuno se slažem , ...
- Stimuliranje svih vrsta preventivnog rada
- Uvođenje novih metoda i tehnologija u ordinacije obiteljske medicine
- Rad u grupnim praksama
- Rad u sklopu Doma zdravlja
- Rad u privatnim praksama
- Destimuliranje/zabrana upućivanja nekompliciranih slučajeva kroničnih nezaraznih bolesti na više razine zdravstvenog sustava
- Stimuliranje/nagrađivanje kućnog liječenja
- Komunikacije s kolegama konzultantima u SKZZ