

REFERENČNE AMBULANTE
Projekt Ministrstva za zdravje DRUŽINSKE MEDICINE

**UČINKOVITOST DELA AMBULANT DRUŽINSKE MEDICINE
za področje nalog diplomirane medicinske sestre**

Ministrstvo za zdravje

Januar 2019

Kazalo vsebine

POVZETEK.....	1
1. Uvod.....	2
2. Obstoječe analize delovanja ADM.....	3
3. Analiza sredstev za delovanje ADM po novem standardu	6
3. Analiza opravljenih storitev	8
4. Analiza po storitvah »preventive« in storitvah »kurative« v okviru dela DMS v ADM po novem standardu.....	14
5. Analiza kazalnikov kakovosti	20
6. Analiza izvedbe in udeležbe na modulih namenjenih DMS v ADM v letu 2017 in 2018	27
7. Ugotovitve strokovnih nadzorov v letu 2018	28
8. Sklepne ugotovitve in predlog ukrepov	29

Kazalo slik

<i>Slika 1: Število ADM, ki so bile potrjene na Projektne svetu po posameznem letu, 2014 – 2018, vir: Projektna pisarna NIJZ.....</i>	<i>2</i>
<i>Slika 2: Vsota sredstev, namenjenih za delovanje ADM, po posameznem letu, 2014-2018, v mil. €, vir: ZZZS.....</i>	<i>6</i>
<i>Slika 3: Sredstva za delovanje ene ADM, po posameznem letu, 2014 – 2018, v €, vir: ZZZS.....</i>	<i>6</i>
<i>Slika 4: Obračunana realizacija sredstev za ADM po posameznem letu, 2013 – 2017, v €, vir: ZZZS.....</i>	<i>7</i>
<i>Slika 5: Število vseh pregledanih pacientov v okviru preventivnih pregledov pri DMS v ADM, po posameznem letu, 2014-2017, vir: Projektna pisarna NIJZ.....</i>	<i>8</i>
<i>Slika 6: Prikaz števila različno obravnavanih zavarovanih oseb na tim po posameznih izvajalcih v obdobju od januarja do vključno junija 2018, vir podatkov: ZZZS.</i>	<i>9</i>
<i>Slika 7: Število različnih obravnavanih(zavarovanih) oseb v ADM na en tim v obdobju od januarja do vključno junija 2018, prikaz ločen na ADM, ki delujejo v okviru zdravstvenih domov in ADM, ki delujejo v okviru koncesij, vir podatkov: ZZZS.</i>	<i>9</i>
<i>Slika 8: Prikaz števila opravljenih storitev na tim v enem dnevu po posameznih izvajalcih v obdobju od januarja do vključno junija 2018, vir podatkov: ZZZS.</i>	<i>10</i>
<i>Slika 9: Število opravljenih storitev ADM na en tim in en delovni dan v obdobju od januarja do vključno junija 2018, prikaz ločen na ADM, ki delujejo v okviru zdravstvenih domov in ADM, ki delujejo v okviru koncesij, vir podatkov: ZZZS.</i>	<i>11</i>
<i>Slika 10: Število različnih obravnavanih zavarovanih oseb na en tim in število opravljenih storitev na tim na en delovni dan v obdobju od januarja 2018 do vključno junija 2018, vir podatkov: ZZZS.....</i>	<i>12</i>
<i>Slika 11: Število opravljenih preventivnih obravnav in število obravnav kroničnih pacientov in kontrolnih obiskov s svetovanjem pri DMS po posameznih izvajalcih v obdobju od januarja do vključno septembra 2018, vir podatkov: ZZZS.....</i>	<i>12</i>
<i>Slika 12: Število opravljenih kratkih obiskov pri DMS in število vseh ostalih obiskov po posameznih izvajalcih v obdobju od januarja do vključno septembra 2018, vir podatkov: ZZZS.....</i>	<i>13</i>
<i>Slika 13: Število in delež opravljenih storitev po nazivu storitve, v obdobju od januarja do septembra 2018, vir podatkov: ZZZS.....</i>	<i>15</i>
<i>Slika 14: Podrobnejši pregled števila preventivnih obravnav in obravnav pacientov s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi po posameznih boleznih v obdobju od januarja do septembra 2018, vir podatkov: projektna pisarna NIJZ.....</i>	<i>16</i>
<i>Slika 15: Rezultati preventivnega dela v ADM: delež najdenih kroničnih bolnikov, delež ugotovljenih pacientov z dejavniki tveganja in brez dejavnikov tveganja, 2014-2017, vir podatkov: Projektna pisarna NIJZ.....</i>	<i>17</i>
<i>Slika 16: Gibanje števila vseh ugotovljenih kroničnih bolnikov (modra črta) in kroničnih bolnikov 4 bolezni, pri katerih je presajanje potekalo v vseh 6 letih (oranžna črta), po posameznih letih, povprečje na eno ambulanto, vir podatkov: Projektna pisarna NIJZ.</i>	<i>19</i>
<i>Slika 17: Primerjava porazdelitve najdenih kroničnih bolnikov po posameznih boleznih na podlagi preventivnega presajanja med leti 2014 (levo) in 2017 (desno), vir podatkov: Projektna pisarna NIJZ.....</i>	<i>19</i>

<i>Slika 18: Kazalnik 4011, vsaj enkrat na dve leti izmerjen krvni tlak pri registriranih kroničnih bolnikih, vir podatkov: Projektna pisarna NIJZ.</i>	21
<i>Slika 19: Kazalnik 9601, vsaj enkrat letno izmerjen krvni tlak pri bolnikih z arterijsko hipertenzijo, vir podatkov: Projektna pisarna NIJZ.</i>	21
<i>Slika 20: Kazalnik 6011, vsaj 1-krat letno določen HbA1c pri bolnikih s sladkorno boleznijo, vir podatkov: Projektna pisarna NIJZ.</i>	21
<i>Slika 21: Podatki kazalnika Število oseb, starih 30 let ali več, v zadnjih petih letih pregledanih za dejavnike tveganja za KNB (podatki za mesec 2018/10) in podatki o že ugotovljenih kroničnih bolnikih (podatki za 2018/10), kombinirani s podatki o številu pacientov po posamezni ambulanti, stari med 30 do vključno 64 let (podatki za mesec 2017/12); vir podatkov: Projektna pisarna NIJZ.</i>	22
<i>Slika 21: Pregled doseganja praga po posameznih kazalnikih, vključene vse ADM, oktober 2018, vir podatkov: Projektna pisarna NIJZ.</i>	23
<i>Slika 22: Prikaz doseganja praga in povprečja vseh ADM po posameznih kazalnikih kakovosti, oktober 2018, 1. del, vir podatkov: Projektna pisarna NIJZ.</i>	23
<i>Slika 23: Prikaz doseganja praga in povprečja vseh ADM po posameznih kazalnikih kakovosti, oktober 2018, 2. del, vir podatkov: Projektna pisarna NIJZ.</i>	25
<i>Slika 24: Prikaz doseganja praga in povprečja vseh ADM po posameznih kazalnikih kakovosti, oktober 2018, 3. del, vir podatkov: Projektna pisarna NIJZ.</i>	26

Kazalo tabel

<i>Tabela 1: Dodatek za referenčno ambulanto (302 001 E0279), vir: Splošni dogovor za leto 2018, ZZZS</i>	7
<i>Tabela 2: Število opravljenih preventivnih pregledov in posameznih ugotovitev pregleda v okviru dela ambulante družinske medicine, 2012-2017, vir podatkov: Projektna pisarna NIJZ.</i>	17
<i>Tabela 3: Število najdenih kroničnih bolnikov pri preventivnem presajanju v ambulanti pri diplomirani medicinski sestri v okviru dela ambulante družinske medicine, po posamezni bolezni, 2012-2017, vir podatkov: Projektna pisarna NIJZ.</i>	18
<i>Tabela 4: Pregled izvedenih modulov in število udeležencev v letih 2017 in 2018. Vir: Projektna pisarna NIJZ.</i>	27

Uporabljene kratice

ADM - ambulanta družinske medicine

DMS - diplomirana medicinska sestra

KNB - kronična nenalezljiva bolezen

KOPB - kronična obstruktivna pljučna bolezen

RADM – referenčna ambulanta družinske medicine

Zbornica — Zveza - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

ZZZS - Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

POVZETEK

Namen poročila je na enem mestu zbrati že obstoječe analize delovanja ambulant družinske medicine za področje nalog diplomirane medicinske sestre v okrepljenem timu in jim dodati še analizo učinkovitosti dela, tudi s stališča morebitnih razlik med njimi.

V poročilu za ambulante, ki se jih je do začetka leta 2018 imenovalo referenčne ambulante družinske medicine (RADM), uporabljamo usklajeno enotno poimenovanje ambulante družinske medicine (v nadaljevanju ADM). Pri tem pa se podatki iz poročila nanašajo na ambulante družinske medicine, ki že delujejo z okrepljenim timom z diplomirano medicinsko sestro za 4 ure.

Cilj projekta uvajanja ADM je bil razbremenitev zdravnika ter povečanje obsega preventivnih pregledov ter vodenja pacientov s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi. Poročilo obsega uvodno predstavitev projekta ADM, ki je dopolnjena s pregledom postopnega širjenja števila ADM, ki so pričele z delom na nov način in posledičnega povečanja dostopnosti za prebivalstvo v vseh slovenskih regijah. Poleg analize sredstev, ki se namenjajo za delovanje ADM, se v poročilu posvetimo analizi opravljenih storitev v okviru dela ADM; tako analizi preventivnega dela kot dela s pacienti s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi. V zadnjem delu poročila smo analizirali delo ADM z vidika postavljenih kazalnikov kakovosti, ki se uporabljajo za spremljanje dela ADM.

Ugotovitve analize:

- Po podatkih NIJZ, sporočenih projektni pisarni, v oktobru 2018 le štiri ambulante, delujoče več kot 5 let, izkazujejo polno pregledanost populacije (od teh pa le ena poroča o več kot 1000 pacientih, ki po starosti ustrezajo ciljni populaciji).
- V letu 2017 je bilo na podlagi preventivnega presejanja pri diplomirani medicinski sestri (v nadaljevanju DMS) v ADM izmed pacientov, ki so imeli izvedeno presejanje, najdenih 23 % kroničnih bolnikov, 68 % pacientov z ugotovljenimi dejavniki tveganja po opravljenem presajanju in 10 % pacientov brez dejavnikov tveganja po opravljenem presajanju.
- Pomembna pridobitev dela ADM z okrepljenim timom so na lokalni ravni vzpostavljeni registri kroničnih bolnikov za bolezni (register kroničnih bolnikov, register sladkorne bolezni, astme, KOPB, arterijske hipertenzije, benignega povečanja prostate, depresije, koronarne bolezni in osteoporoze) in poročanje o številu pacientov z kronično nenalezljivo boleznijo, kar bo ob pogoju vzpostavljenih registrov pri vseh ADM, omogočilo aktualne izračune incidence in prevalence na celotni ciljni populaciji.
- V obdobju od januarja do junija 2018 je bilo pri DMS v ADM opravljeno največ storitev iz sklopa »preventiva« (41 % vseh opravljenih storitev, pri čemer je bilo največ obravnavanih preventivno v kontekstu arterijske hipertenzije in sladkorne bolezni tipa 2), sledijo obravnave pacientov s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi (36 % vseh storitev).
- Na podlagi opravljenih storitev pri DMS v posameznih ADM lahko ugotovimo, da med izvajalci prihaja do velikih razlik v številu opravljenih storitev na posamezni tim v ADM, prav tako do velikih razlik v številu obravnavanih oseb. Podatki kažejo, da so ADM, ki delujejo na podlagi podeljenih koncesij, v prvi polovici leta 2018 opravile večje število zdravstvenih storitev v primerjavi z ADM v okviru zdravstvenih domov.
- ADM pri večini kazalnikov kakovosti sistematično ne dosegajo postavljenega praga. Nujen je stalen nadzor kakovosti dela, iskanje vzrokov za odstopanja v kakovosti in uvajanje izboljšav.

Priložnosti za izboljšanje dela v ADM so v pregledu in optimiziranju protokolov, podpori timom pri učinkoviti organizaciji dela, prilagoditvi obstoječih kazalnikov kakovosti, vzpostavitvi stalnega nadzora kakovosti dela, iskanja vzrokov za odstopanja v kakovosti in uvajanje izboljšav.

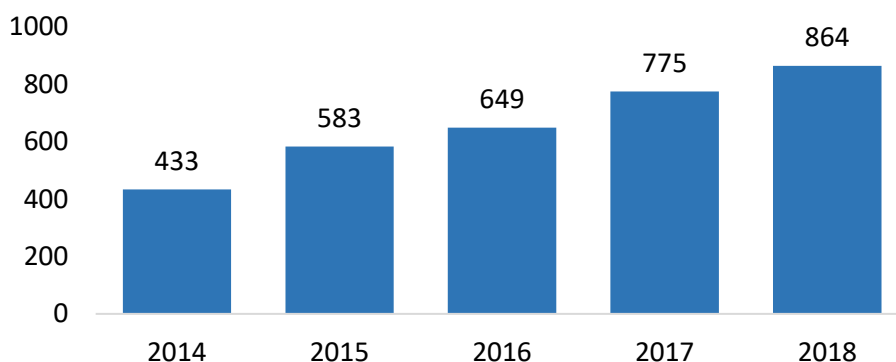
1. Uvod

Referenčne ambulante družinske medicine so se s pričetkom leta 2018 preimenovala in se za njih sedaj uporablja enotno poimenovanje ambulante družinske medicine (v nadaljevanju ADM). Sam projekt njihove uvedbe se je na Ministrstvu za zdravje pričel v letu 2011. Osnovni namen uvedbe je bil z uporabo dispanzerske metode dela omogočiti bolj učinkovito in celostno obravnavo odraslih pacientov na področju družinske medicine. V vseh ambulantah splošne in družinske medicine, ki so postale nosilci referenčne ambulante, se je obstoječemu timu zdravniku specialistu in zdravstvenemu tehniku (oz. srednji medicinski sestri) pridružila še diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik za polovični delovni čas (4 ure oz. 0,5 FTE). Ta aktivno skrbi za preventivne preglede opredeljene ciljne populacije (to je za osebe, stare nad 30 let) v svoji ambulanti, ter za celostno obravnavo pacientov s urejenimi kroničnimi nenalezljivimi boleznimi.

Namen delovanja ADM z okrepljenim timom je bil izboljšati kakovost dela tako, da delujejo podobno kot ostale ambulante na osnovni ravni (na področju otroške in šolske medicine) na dispanzerski način, tj. z aktivnim pristopom k promociji zdravja, s presejanjem za najbolj aktualne zdravstvene probleme odrasle populacije in s sistematičnim vodenjem ter spremljanjem pacientov z najpogostejšimi kroničnimi boleznimi in z individualno zdravstveno vzgojo. Nov način dela je pomenil pomemben napredek v timski obravnavi pacientov v ambulanti družinske medicine, hkrati pa tudi povečano dostopnost prebivalcev do kakovostne in varne zdravstvene oskrbe.

Prve ADM z okrepljenim timom so s svojim delom po vsej Sloveniji začele 1. 4. 2011. Njihovo uvajanje je bilo postopno, (Slika 1), tako da je v letu 2018 pričelo z delovanjem že 812, pri tem pa jih je bilo še 52 takih, ki so že pridobili soglasje projektne sveta, torej skupno 864. ADM z okrepljenim timom delujejo v 55 zdravstvenih domovih po Sloveniji in v okviru dela 178 ambulant s koncesijami, s čimer je zagotovljena regionalna pokritost. Pri tem na dan 1. 12. 2018 ne deluje po novem standardu še 43 ADM, ki so že bile potrjene na Projektne svet¹, po oceni je potrebno pri opredelitvi sredstev v splošnem dogovoru za leto 2019 upoštevati povečanje do skupno 130 ambulant družinske medicine. Kar zadeva ambulante družinske medicine, ki se niso oz. ne bodo vzpostavile okrepljeni tim, zaenkrat natančnejša navodila niso bila podana, vsekakor pa bodo morale zagotoviti enotni standard dela, z rezultatom vsem pacientom zagotoviti enoten standard obravnave.

Slika 1: Število ADM, ki so bile potrjene na Projektne svetu po posameznem letu, 2014 – 2018, vir: Projektne pisarna NIJZ.



¹ Projektne svet projekta »referenčne ambulante« je bil imenovan na Ministrstvu za zdravje za podporo projektu.

2. Obstoječe analize delovanja ADM za področje nalog diplomirane medicinske sestre

V letu 2016 je bila s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) pripravljena analiza izvajanja in delovanja referenčnih ambulant, ki je bila izvedena na podlagi zbranih podatkov vprašalnika o delovanju in izvedbi projekta referenčnih ambulant Ministrstva za zdravje. Vključevala je tudi analizo rezultatov dela, financiranje delovanja RADM in identificirala potrebne ukrepe za doseganje boljših rezultatov.

Iz poročila (na voljo na spletni strani ministrstva) gre povzeti, da je po prvih štirih letih izvajanja projekta projekt strokovno upravičen, potreben tako za zdravstvene delavce kot za paciente in ne nazadnje za odločevalce zdravstvene politike. Da pa so še potrebne določene dograditve projektnega vodenja, izgradnja informacijskega sistema, ki bo podpiral strokovno in kakovostno izvedbo novih vsebin dela v družinski medicini, standardizacijo postopkov in poenostavitev dela ter spremembo načina financiranja v smeri izgradnje mehanizma financiranja kakovosti storitev.

V tem poročilu izpostavljamo nekaj ugotovitev omenjene analize glede uvajanja projekta referenčnih ambulant:

- Prenos znanj in kompetenc na člane tima je prvi takšen uspešen projekt v RS, zato ima toliko več odgovornosti za nadaljnji razvoj tudi na drugih področjih (ginekologija, šolska medicina,..)
- Primerjava med anketami od 2012 do 2016 pokaže, da se delež obravnavanih bolnikov na delovni dan pri zdravniku v RA skoraj ne spreminja. Opazimo pa zanimiv premik: Leta 2012 so zdravniki družinske medicine v svoji ambulanti večinoma (v 78 %) imeli manj kot 10 kroničnih bolnikov na dan. To se je v naslednjih letih spremenilo, delež pod 10 kroničnih bolnikov na delovni dan je padel na 6 %, med 11 in 40 kroničnih bolnikov na delovni dan je naraslo, hkrati pa je nad 40 bolnikov s kronično boleznijo na delovni dan naraslo iz 1 % na 7 % od leta 2012 do 2016.
- Vzpostavitev registrov kroničnih bolnikov je nujna na nacionalnem nivoju ter na nivoju ambulate splošne/družinske medicine – po opravljeni anketi in analizi podatkov ugotavljam, da med vsemi referenčnimi ambulantom jih multimorbidnost svojih opredeljenih bolnikov analizira 37%, 63% pa ne. Pri natančnejšem pregledu po izvajalcih: 55 % zasebnih ambulant in 29 % ambulant v ZD med seboj primerja podatke registriranih pacientov s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi z več kot eno kronično boleznijo oziroma ugotavlja multimorbidnost kroničnih bolnikov. Pri pregledu analiz od 2012 dalje pa lahko zaključimo, da se delež tistih izvajalcev, ki analizirajo svoje podatke o multimorbidnih bolnikih povečuje. Pri izvajalcih v ZD s 8 % leta 2012 na 29 % v letu 2016, pri zasebnih izvajalcih pa iz 10 % leta 2012 na 55 % leta 2016.

Izbrani predlogi ukrepov za doseganje boljših rezultatov, ki jih je prepoznala analiza izvajanja in ADM v delu nalog diplomirane medicinske sestre/ diplomiranega zdravstvenika, so naslednji:

- Potrebno bo oblikovati nov predlog načina financiranja dela ambulant z okrepljenim timom.
- Šele na podlagi vzpostavljenega, stabilnega, preverjenega in evalviranega nacionalnega spremljanja indikatorjev kakovosti ter evalvacije bo možno v srednjeročnem obdobju pripraviti vzpodbude za nagrajevanje kakovosti tudi v sistem financiranja.

- V prihodnosti bo potrebno vzpostaviti izmenjavo podatkov ter paketov celovite obravnave pacienta s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi med sekundarnim nivojem in ADM oziroma primarnim nivojem ZV;
- Pri odgovorih posameznih profilov v ADM se pokaže neuravnoteženost seznanitve vseh članov tima s cilji in namenom uvedbe novega standarda dela z okrepljenim timom. Tukaj je evidentno potrebno narediti več v projektu, potrebno je neprestano izobraževanje, komunikacija med posameznimi sodelavci ter med ambulantami. Brez informacij, bo neuravnotežena seznanitev lahko pomenila neuspešen izid projekta in nacionalnih ciljev projekta.
- Na nacionalni ravni je potrebno vzpostaviti mehanizem informiranja o doseganju kakovosti in primerjave med izvajalci ADM – na podlagi analize ugotavljam, da so glavni motivi za vključitev v delo po novem standardu z okrepljenim timom želja po večji kakovosti dela ter poglobljeni obravnavi pri diplomirani medicinski sestri/diplomiranem zdravstveniku.

V letu 2017 je širšo analizo kazalnikov kakovosti ADM pripravila Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani. V sklopu analize je bil projekt RADM s stališča kakovosti ocenjen kot uspešen, podani pa so bili tudi številni predlogi za izboljšave. »Analiza kakovosti dela je pokazala, da se je kakovost dela v ADM za področje nalog diplomirane medicinske sestre od začetka projekta pa do leta 2015 postopoma izboljševala. Določeni segmenti kakovosti (npr. kazalci pogojev, zadovoljstvo bolnikov in zaposlenih) dosegajo zelo visoke ravni kakovosti, drugi pa še ne dosegajo zadovoljive ravni kakovosti. Vzrokov za to je več in so tudi večplastni. Na področju kakovosti dela ADM, ki delujejo z okrepljenim timom, je potrebnih precej izboljšav, ki so predvsem organizacijske narave. Nujen pa je stalen nadzor kakovosti dela, iskanje vzrokov za odstopanja v kakovosti in uvajanje izboljšav«.

Analiza kakovosti dela v letu 2017 je vključevala tudi analizo vzrokov za odstopanje po posameznem kazalniku kakovosti za ADM med nosilci, med zavodi in med območnimi enotami ZZZS. »Iz podatkov vrednosti kazalcev kakovosti je razvidno, da kazalniki kakovosti pogojev dosegajo visoke vrednosti oz. vsi dosegajo postavljene standarde kakovosti. To kaže na to, da so pogoji za merjenje kakovosti s pomočjo kazalcev kakovosti dobri in implementirani. Po drugi strani pa kazalniki kakovosti procesa in izida v večini ne dosegajo postavljenih standardov. Prav tako je iz podatkov razvidno, da obstajajo precejšnje razlike med izvajalci, zavodi in posameznimi območnimi enotami ZZZS. Vzrokov za to je lahko več in jih opisujemo v nadaljevanju. Prvi od možnih vzrokov bi lahko bilo pomanjkanje nadzora nad kakovostjo dela. Projekt je namreč potekal brez redne analize podatkov in podajanja povratnih informacij posameznim ADM, prav tako pa za te naloge ni bilo na voljo dodatnega osebja. Stalen nadzor nad kakovostjo dela, ki vključuje redno analizo rezultatov in svetovanje posameznim izvajalcem ter možnost primerjave uspešnosti med posameznimi izvajalci je ključnega pomena za uspešno izboljševanje kakovosti, a kljub temu za te naloge ni bilo na voljo ne osebja, ki bi te naloge uresničevalo, niti sredstev. Drugi možni vzrok je slabo sledenje smernicam s strani izvajalcev. Tretji možni vzrok je v neoptimalnosti kazalcev kakovosti. Četrty možni vzrok je različnost med izvajalci, zavodi in regijami. Tudi druge raziskave namreč kažejo, da se kakovost obravnave bolnikov po regijah razlikuje. Peti vzrok pa je lahko neoptimalna informacijska podpora.«

Izbrani predlogi ukrepov za izboljšanje kakovosti v referenčnih ambulantah, ki jih je prepoznala omenjena analiza kakovosti dela:

- Prenova kazalcev kakovosti: Kazalce kakovosti je potrebno pregledati z vidika njihove strukture, izračunavanja, pridobivanja podatkov in smiselnosti. Nesmiselne je potrebno izločiti. Spremeniti je potrebno način izračunavanja kazalcev, da bo pravičnejši za vse ambulante, ne glede na število registriranih pacientov.

- Ustanovitev pisarne za nadzor kakovosti dela ADM: Izboljševanje kakovosti je sistematičen proces, ki temelji na merljivih segmentih procesov. V ta namen je nujno ustanoviti pisarno za nadzor kakovosti dela ADM, ki bi izvajala v nadaljevanju predlagane naloge. Za izvajanje teh nalog je potrebna ustrezna infrastruktura, kadrovska sestava in financiranje. Prav tako je potrebno določiti dela in naloge te pisarne ter ustrezno kadrovsko strukturo.
- Obdobno izvajanje strokovnih nadzorov s svetovanjem v posameznih ADM: Potrebni so redni strokovni nadzori s strani pooblaščenih in za to izobraženih strokovnjakov. Potrebno je določiti sestavo komisije za nadzor, kompetence izvajalcev strokovnih nadzorov, vsebino nadzora, strukturo poročila o nadzoru in vsebino izobraževanja za izvajalce strokovnih nadzorov. Potrebno je določiti tudi število potrebnih nadzorov posameznih izvajalcev in njihovo naravo (redni nadzori, izredni nadzori).
- Izboljšanje informacijske podpore ADM: Treba je preveriti zaledne programe vseh programskih hiš, zajem podatkov (tudi tistih za kazalce kakovosti) in prenos podatkov v skupno elektronsko bazo. Identificirati je potrebno odstopanja in jih popraviti. Zajem podatkov mora delovati brezhibno, sicer kazalci kakovosti ne bodo kazali pravega stanja.
- Standardi za število opravljenih storitev za diplomirano medicinsko sestro/diplomiranega zdravstvenika: Nujno je sprejeti standarde za izvajanje storitev. V ta namen je treba določiti časoven obseg različnih vrst posvetov oz. pregledov, ki jih izvaja diplomirana medicinska sestra (diplomirani zdravstvenik in oblikovati predlog.
- Ocenjevanje zadovoljstva s timskim delom: Delo v ADM temelji na timskem in medpoklicnem sodelovanju. Zato menimo, da ocenjevanje zadovoljstva bolnikov ločeno z zdravnikom in diplomirano medicinsko sestro/diplomiranim zdravstvenikom ni primerno in namesto tega predlagamo ocenjevanje zadovoljstva pacientom s timom ADM.

Širšo analizo preventivnih obravnav in obravnav kroničnih pacientov letno pripravlja Projektna pisarna in vključuje predvsem podrobnejši pregled po posameznih ADM različnih območnih enot. Analizi poročanja preventive in registrov kroničnih bolnikov za leti 2017 sta na voljo na spletni strani ministrstva.

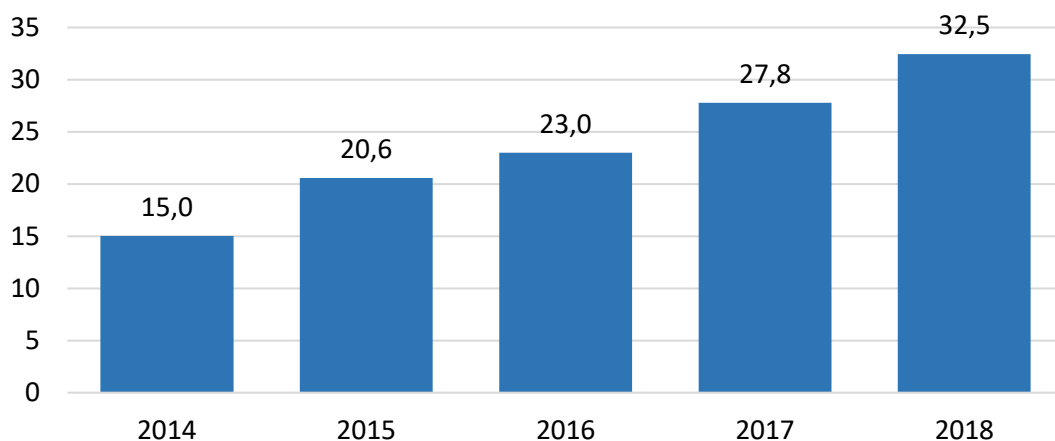
3. Analiza sredstev za delovanje ADM za področje nalog diplomirane medicinske sestre

Skupna sredstva, namenjena delovanju ADM z okrepljenim timom, so se med letoma 2014 in 2018 pričakovano povečevala (slika 2) in sicer v skladu s povečevanjem njihovega števila. Približno tri četrtine vseh sredstev za delovanje ADM je bilo v letu 2018 dodeljeno ambulantam, ki delujejo v okviru zdravstvenih domov, preostali delež pa ambulantam s koncesijami. Poleg naraščanja skupne vsote sredstev je naraščala tudi višina sredstev za delovanje ene ADM, ki je bila v letu 2018 z vrednostjo 37.568,59 EUR za 8,3 % večja kot v letu 2014 (slika 3). Pri tem je rast namenjenih sredstev med leti 2014 in 2018 je povezana tako s povečanjem sredstev za kader (povečanje v letu 2018) kot s povišanjem sredstev za materialne stroške in amortizacijo (vsako leto beležimo višanje).

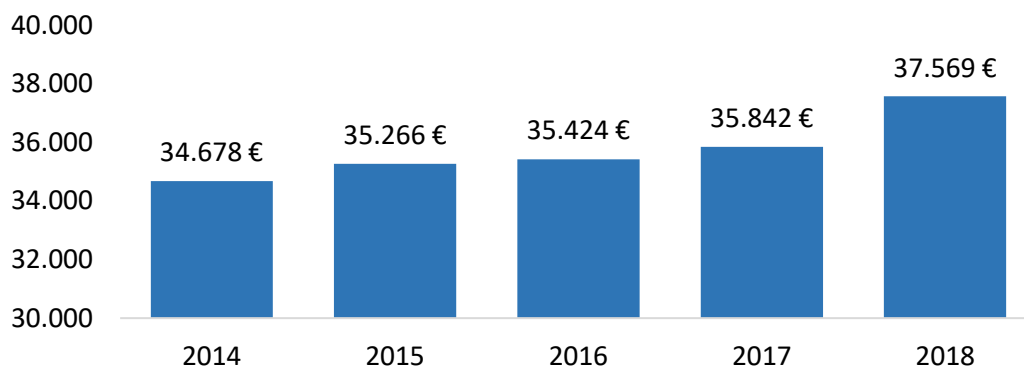
Izraba sredstev za eno ADM je povezana z izrabo sredstev, namenjenih za laboratorijske storitve. Letno se je na omogočilo naročilo laboratorijskih storitev po protokolih za obravnavo v RADM do vrednosti 10.900,97 EUR. V primeru neizrabe sredstva niso bila nakazana.

Sredstva, ki jih posamezna ADM prejme za delovanje, so namenjena za strošek plače 0,5 diplomirane medicinske sestre, delež (0,12) stroška plače za administrativno tehničnega delavca in laboratorij. Razčlemba sredstev, ki jih v letu 2018 prejme za delovanje ena ADM, je prikazana v tabeli 1.

Slika 2: Vsota sredstev, namenjenih za delovanje ADM, po posameznem letu, 2014-2018, v mil. €, vir: ZZS.



Slika 3: Sredstva za delovanje ene ADM, po posameznem letu, 2014 – 2018, v €, vir: ZZS.



Slika 4: Obračunana realizacija sredstev za ADM po posameznem letu, 2013 – 2017, v €, vir: ZZZS.

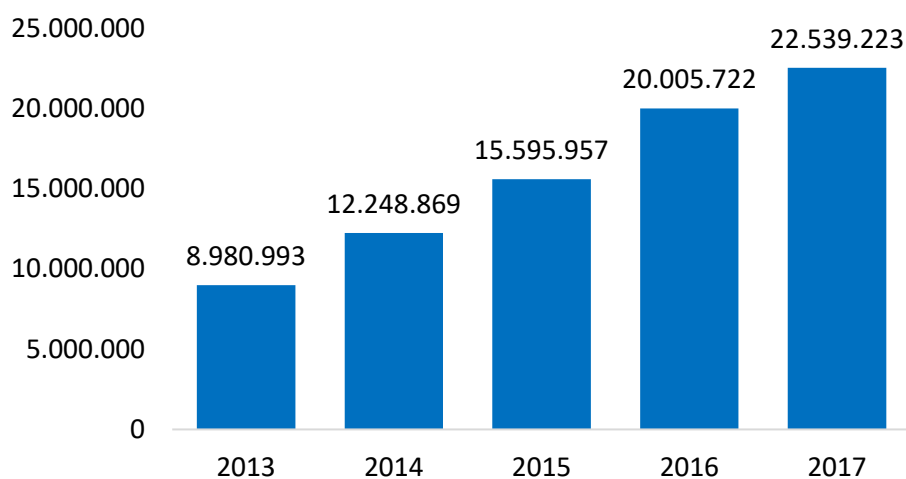


Tabela 1: Dodatek za referenčno ambulanto (302 001 E0279), vir: Splošni dogovor za leto 2018, ZZZS

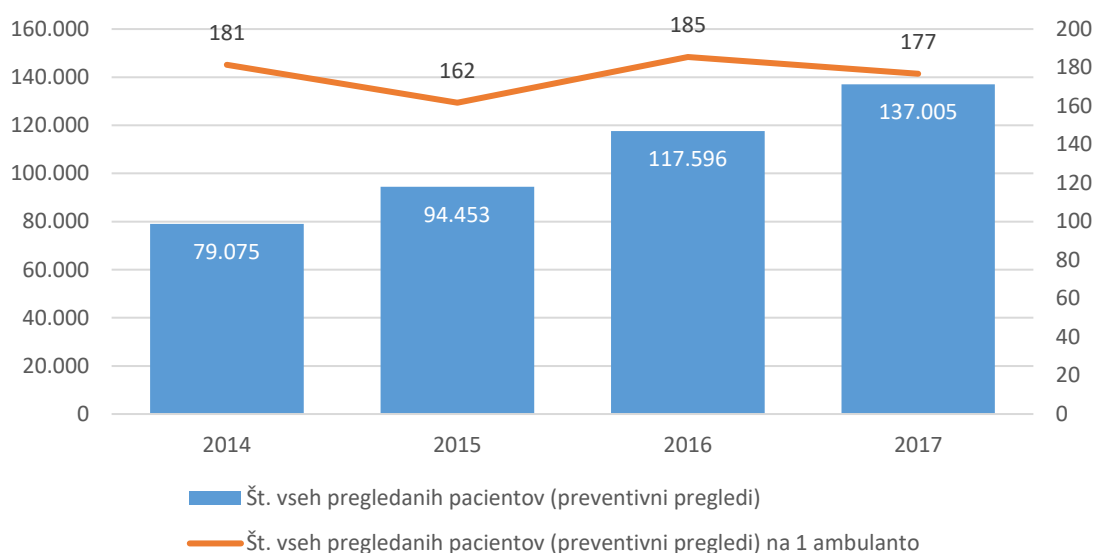
Kader	Delavci iz ur	Plačni razred	Bruto plača	Skupna poraba	Pavšal
DMS/višja MS	0,50	36	10.941,41	481,01	
Administrativno tehnični delavci	0,12	24	1.640,17	115,44	
Skupaj	0,62		12.581,58	596,45	12
Finančni načrt	Program	Laboratorij	Skupaj		
Bruto od	12.581,58		12.581,58		
Obveznosti	2.025,63		2.025,63		
Skupna poraba	596,45		596,45		
Premija za dod. pokoj. zavarovanje	232,61		232,61		
Materialni stroški	7.888,01	10.900,97	18.788,98		
Amortizacija	3.343,34		3.343,34		
Skupaj - eur			37.568,59		
Cena / pavšal			3.130,72		

4. Analiza opravljenih storitev za področje nalog diplomirane medicinske sestre

V tem poglavju predstavljamo analizo opravljenih storitev DMS, kot so obračunane pri ZZZS. Ko torej govorimo o opravljenih storitvah in številu obravnavanih oseb, se pri tem uporabljajo zgolj podatki o storitvah, ki jih v ADM opravi DMS. Zanimalo nas je, kolikšne so povprečne vrednosti opravljenih storitev, poleg tega so nas zanimala tudi odstopanja pri posameznih izvajalcih glede števila in vrste opravljenih storitev.

Število vseh *preventivno pregledanih pacientov* na eno ambulanto se je v zadnjih letih gibalo okoli 170 pregledanih pacientov na leto (Slika 5), kar pomeni približno 15 pregledanih pacientov vsak mesec leta ali manj kot 0,7 pacienta na delovni dan. Poleg preventivnih pregledov DMS izvaja tudi preglede kroničnih bolnikov.

Slika 5: Število vseh pregledanih pacientov v okviru *preventivnih pregledov* pri DMS v ADM, po posameznem letu, 2014-2017, vir: Projektna pisarna NIJZ

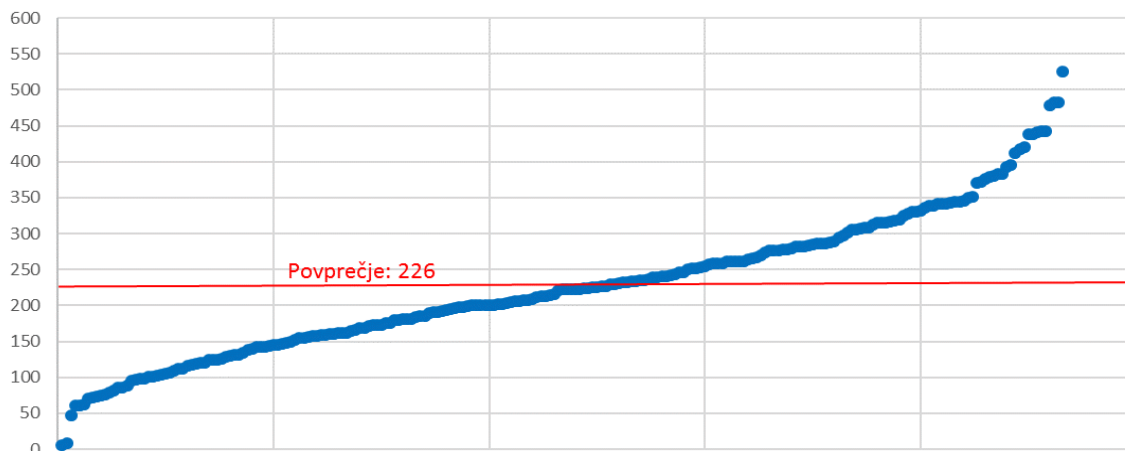


Povprečno število različnih obravnavanih oseb na tim v obdobju od 1.1.2018 do 30.6.2018 je bilo 226 različnih obravnavanih oseb (Slika 6) – upoštevane so osebe za tako preventivne storitve kot za obravnave kroničnih bolnikov². Povprečno število obravnavanih zavarovanih oseb na 1 tim v ADM v zdravstvenih domovih je manjše kot v ADM koncesionarjev. V ADM v zdravstvenih domovih so v tem šestmesečnem obdobju povprečno obravnavali 180 različnih zavarovanih oseb na 1 tim (Slika 7), pri čemer je izvajalec z najmanjšim številom različnih zavarovanih oseb obravnaval 85 oseb na 1 tim, izvajalec z največjim številom različnih zavarovanih oseb pa jih je obravnaval 336. V ADM koncesionarjev so v tem šestmesečnem obdobju povprečno obravnavali 240 različnih zavarovanih oseb na 1 tim, pri čemer je izvajalec z najmanjšim številom različnih zavarovanih oseb obravnaval 6 oseb na 1 tim, izvajalec z največjim številom različnih zavarovanih oseb pa jih je obravnaval 526. Nosilci v

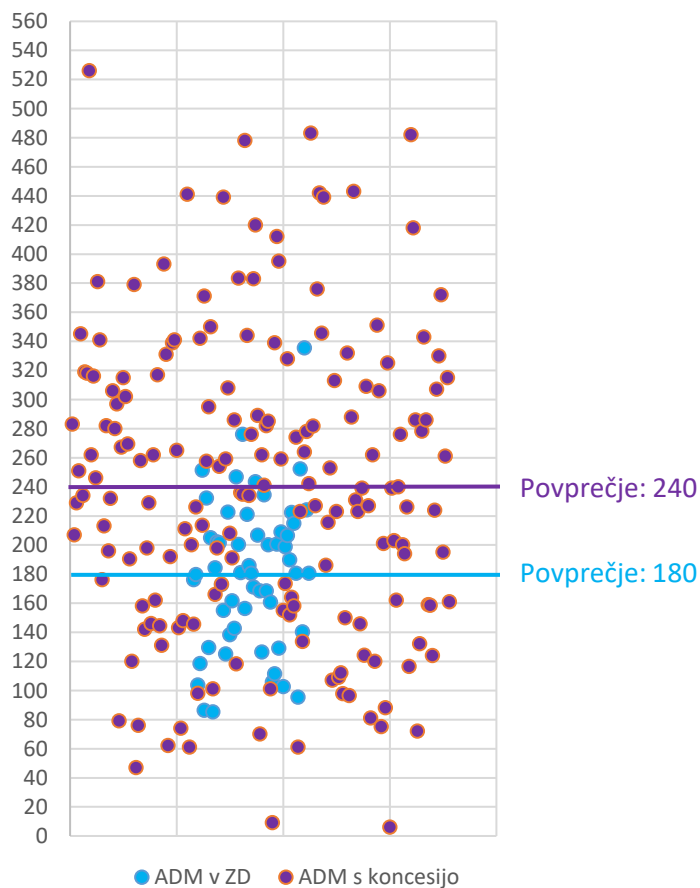
² Gre za naslednje storitve v dejavnosti 302 001: K0116-K0136, izključene so K0130, K0131. Analizirane so obravnave dokumenta VD 15 za sprejete in delno sprejete zaključene dokumente s koncem obravnave od 1.1.2018 do vključno 30.6.2018.

ambulantah koncesionarjev imajo tudi večje število opredeljenih oseb kot nosilci v ambulantah zdravstvenih domov.

Slika 6: Prikaz števila različno obravnavanih zavarovanih oseb na tim po posameznih izvajalcih v obdobju od januarja do vključno junija 2018, vir podatkov: ZZZS.

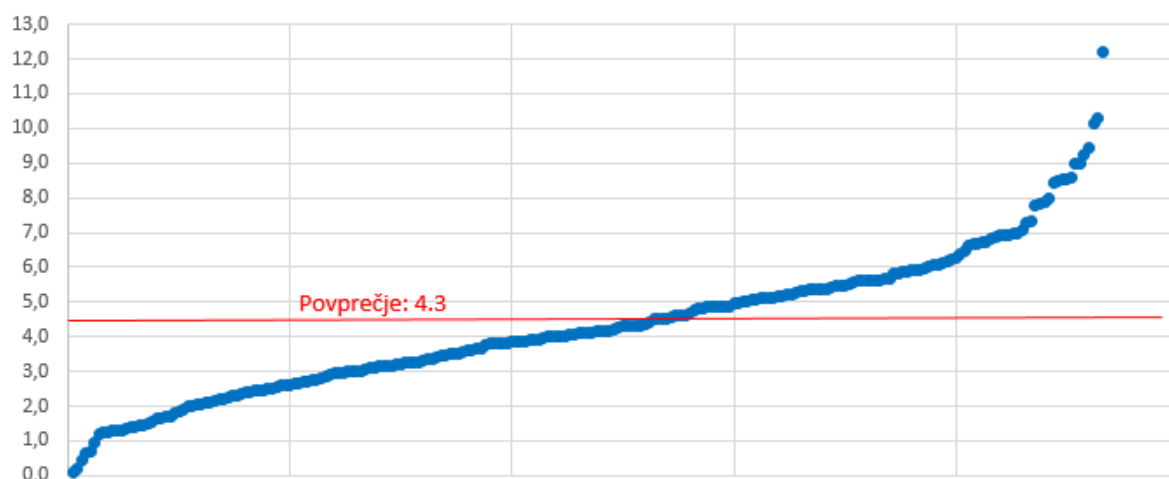


Slika 7: Število različnih obravnavanih(zavarovanih) oseb v ADM na en tim v obdobju od januarja do vključno junija 2018, prikaz ločen na ADM, ki delujejo v okviru zdravstvenih domov in ADM, ki delujejo v okviru koncesij, vir podatkov: ZZZS.



V kolikor upoštevamo podatke ZZZS za obdobje januar do vključno junij 2018, ugotovimo, da je povprečno število opravljenih storitev na en delovni dan DMS³ v ADM je 4,3 storitev⁴ (Slika 8), kar vključuje tako preventivno obravnavo kot obravnav pacientov s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, kratke obiske in kontrolne obiske pacientov s svetovanjem zaradi dejavnikov tveganja. Izmed 233 izvajalcev ADM⁵, jih 123 oz. 53 % ne dosega povprečne vrednosti števila storitev na tim na en delovni dan (med zdravstvenimi domovi je takih 76 %, med ambulantami s koncesijami pa 47 %).

Slika 8: Prikaz števila opravljenih storitev na tim v enem dnevu po posameznih izvajalcih v obdobju od januarja do vključno junija 2018, vir podatkov: ZZZS.

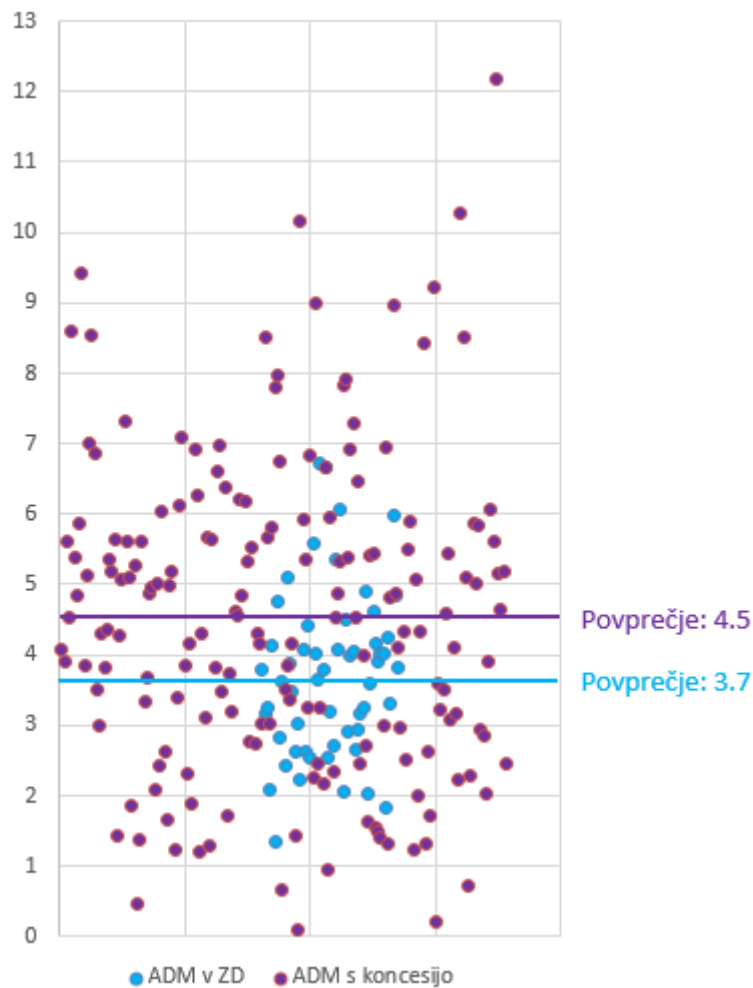


³³ Za preračun analize opravljenih storitev na dan smo upoštevali 122 delovnih dni v obdobju od 1.1.2018 do 30.6.2018 in odšteti 15 dni (dopusti, bolniške odsotnosti idr.).

⁴ Gre za naslednje storitve v dejavnosti 302 001: K0116-K0136, izključene so K0130, K0131. Analizirane so obravnave dokumenta VD 15 za sprejete in delno sprejete zaključene dokumente s koncem obravnave od 1.1.2018 do vključno 30.6.2018.

⁵ Podatki ADM, ki delujejo v enem zdravstvenem domu, so predstavljeni skupaj kot en izvajalec zdravstvene dejavnosti, kar pomeni, da je njihovo povprečje na sliki predstavljeno z eno piko.

Slika 9: Število opravljenih storitev ADM na en tim in en delovni dan v obdobju od januarja do vključno junija 2018, prikaz ločen na ADM, ki delujejo v okviru zdravstvenih domov in ADM, ki delujejo v okviru koncesij, vir podatkov: ZZZS.



Podatki kažejo, da so ADM, ki delujejo na podlagi podeljenih koncesij, v prvi polovici leta 2018 opravile večje število zdravstvenih storitev v primerjavi z ADM v okviru zdravstvenih domov. Na podlagi števila opravljenih storitev na tim v enem delovnem dnevu lahko trdimo, da so ADM, ki delujejo na podlagi podeljenih koncesij, opravile približno 20 % več storitev, vendar pa gre pri tem za statistični izračun. Upoštevati je potrebno tudi, da podatki pri koncesionarjih temeljijo na praviloma eni ADM, pri javnih zdravstvenih zavodih pa gre tukaj za uporabo povprečnega števila storitev pri izvajalcu, kar pomeni, da so lahko razlike velike tudi med posameznimi ADM znotraj zdravstvenih domov.

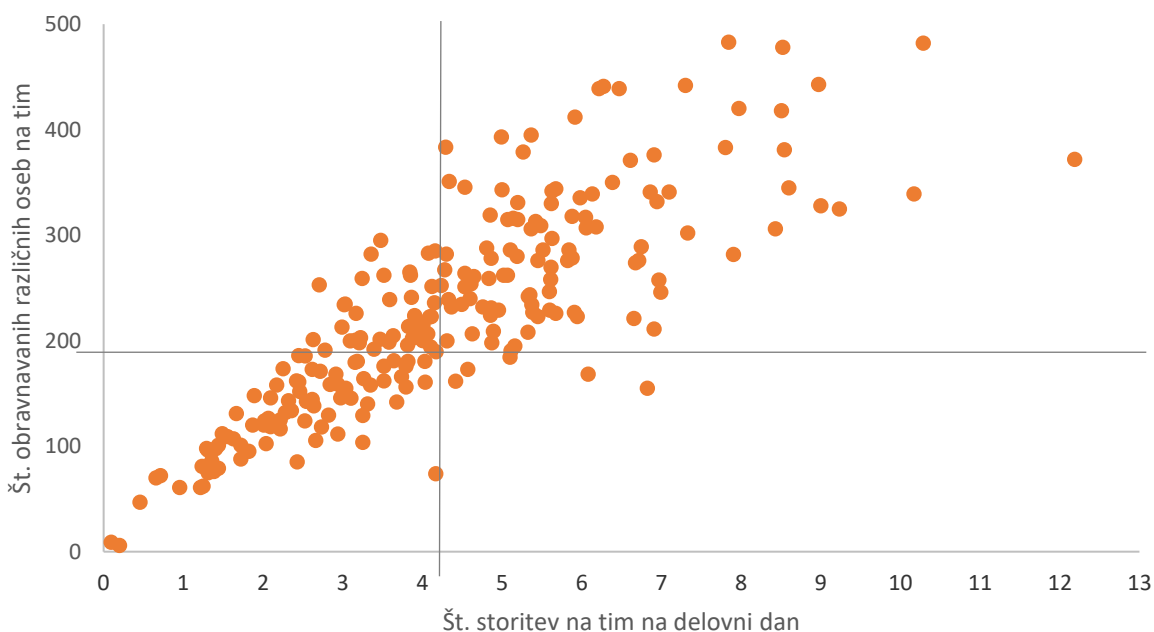
Povprečna vrednost števila opravljenih storitev na en delovni dan v RADM zdravstvenih domov je 3,7 storitev (Slika 9). Izvajalec z minimalnim številom opravljenih storitev jih je opravil 1,4 na dan, izvajalec z maksimalnim številom opravljenih storitev jih je opravil 6,7. Povprečna vrednost števila opravljenih storitev na en delovni dan v RADM koncesionarjev je 4,5 storitev; izvajalec z minimalnim številom opravljenih storitev jih je opravil 0,1 na dan, izvajalec z maksimalnim številom opravljenih storitev jih je opravil 12,2.

Analiza povezanosti števila opravljenih storitev na tim na dan in števila obravnavanih različnih zavarovanih oseb na tim po posameznem izvajalcu pokaže močno povezanost (koeficient 0,83), kar pričakovano pomeni, da več kot je izvajalec obravnaval oseb, več storitev je v enem dnevu opravil (Slika 10). Diplomirana medicinska sestra lahko pri obravnavi

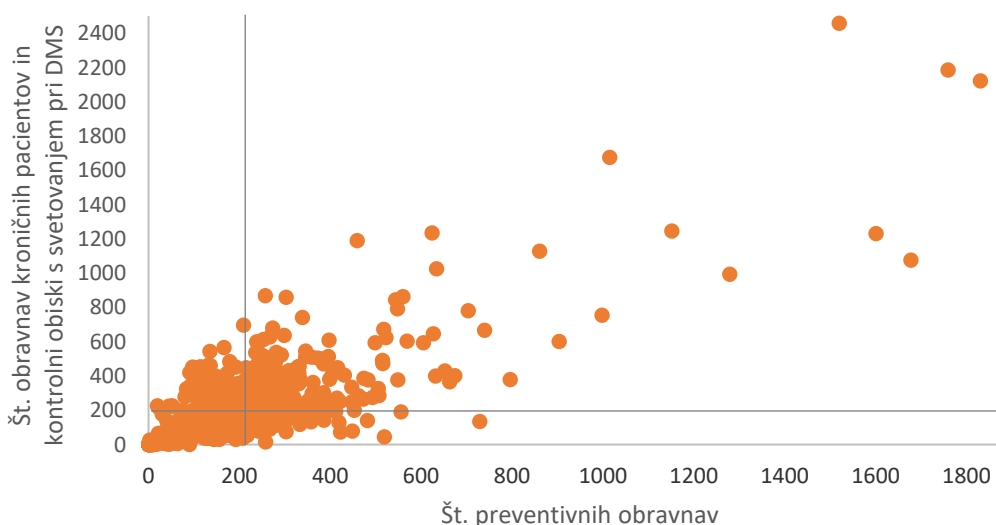
enega pacienta evidentira več storitev, pri tem je natančno določeno, katerih storitev ne more zabeležiti v kombinaciji pri obravnavi posameznega pacienta.

Iz Slika 10 je razvidno, da se z večanjem števila obravnavanih oseb na tim čedalje bolj razlikuje tudi število opravljenih storitev. Podoben trend lahko opazimo tudi iz Slika 11, ki prikazuje razpršenost skupnega števila opravljenih preventivnih obravnav in obravnav kroničnih pacientov ter kontrolnih obiskov skupaj po posameznih ambulantah v obdobju od januarja do septembra 2018. Tudi v tem primeru je zaznati močno povezanost (koeficient 0,88) med opravljenimi storitvami v ambulantah. Nekoliko bolj položno trendno črto je zaznati pri prikazu števila opravljenih kratkih obiskov glede na vse ostale opravljene obiske oz. storitve (Slika 12).

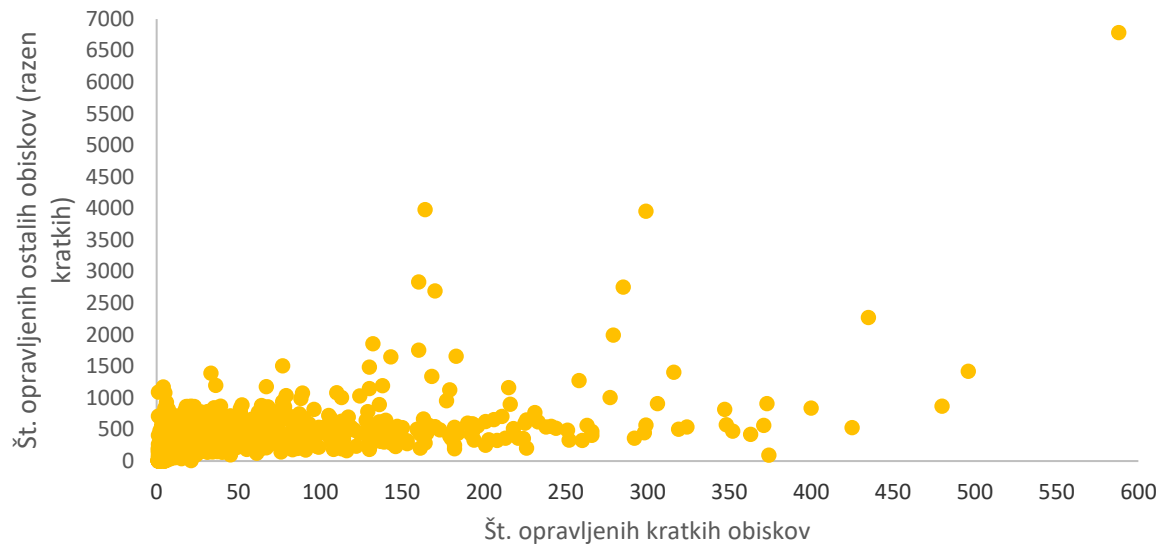
Slika 10: Število različnih obravnavanih zavarovanih oseb na en tim in število opravljenih storitev na tim na en delovni dan v obdobju od januarja 2018 do vključno junija 2018, vir podatkov: ZZZS.



Slika 11: Število opravljenih preventivnih obravnav in število obravnav kroničnih pacientov in kontrolnih obiskov s svetovanjem pri DMS po posameznih izvajalcih v obdobju od januarja do vključno septembra 2018, vir podatkov: ZZZS.



Slika 12: Število opravljenih kratkih obiskov pri DMS in število vseh ostalih obiskov po posameznih izvajalcih v obdobju od januarja do vključno septembra 2018, vir podatkov: ZZZS.



5. Analiza po storitvah »preventive« in storitvah »kurative« za področje nalog diplomirane medicinske sestre

V tem poglavju predstavljamo rezultate analize za ugotavljanje deleža izvedenih storitev »preventive« in dela DMS s pacienti s kroničnimi nenalezljivimi pacienti »kurative«. Pri analizi učinkovitosti dela v ADM nas je zanimalo, koliko opredeljenih pacientov pri osebnem zdravniku- nosilcu ADM DMS povabi na obravnavo v posameznih mesecih leta, koliko izmed vabljenih se jih preventivnih obravnav udeleži in kakšne so ugotovitve obravnav. Podatke o številu vabljenih pacientov na preventivne preglede pri DMS v ADM trenutno niso še niso na voljo⁶, zato v nadaljevanju podajamo analizo števila opravljenih obravnav pri pacientih, ki se na vabila odzovejo. Za te nas je zanimalo, koliko prebivalcev/pacientov⁷ je na podlagi meritev, ki jih DMS izvede, najdenih kot kroničnih pacientov, pri kolikšnem številu so izmerjeni posamezni dejavniki tveganja za bolezni (npr. povišan krvni sladkor, povišan ITM) in pri kolikšnem številu pacientov so ugotovljeni dejavniki tveganja, povezani z življenjskim slogom (npr. kajenje, pitje).

V ADM so vzpostavili registre za naslednje kronične nenalezljive bolezni:

- sladkorna bolezen,
- astma,
- KOPB,
- arterijska hipertenzija,
- benigno povečanje prostate,
- depresija,
- koronarne bolezni,
- osteoporoza in
- register kroničnih bolnikov.

Delo DMS v ADM obsega preventivne obravnave pacientov, obravnave pacientov s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, kratke obiske pri DMS in kontrolne obiske s svetovanjem pri DMS. Na podlagi analize opravljenih storitev v vseh ADM, ki delujejo po novem standardu, v obdobju od januarja do junija 2018 lahko trdimo, da je bilo pri DMS v ADM opravljeno največ storitev iz sklopa »preventiva« in sicer 142.854, kar predstavlja 41 % vseh opravljenih storitev. Sledijo obravnave kroničnih pacientov, ki jih je bilo 123.243 oz. 36 % vseh storitev. Kratkih obiskov pri DMS je bilo 47.853 oz. 14 %, kontrol s svetovanjem pri DMS pa 31.869 oz. 9 %.

Med preventivnimi obravnavami prevladujejo storitve v povezavi s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, ki so jih izvajalci v obdobju od januarja do septembra 2018 izvedli 44.006, kar predstavlja več kot 7.300 obravnav na mesec.

Po opravljenih storitvah v ADM sledijo storitve »preventive« v povezavi z osteoporozo, ki so jih izvedli 31.733, kar predstavlja skoraj 5.300 obravnav na mesec. Opravljenih preventivnih obravnav v povezavi s kronično obstruktivno pljučno bolezen (KOPB) je bilo 19.130, preventivnih obravnav glede ugotavljanja ogroženosti za depresijo 17.344, preventivnih obravnav zaradi ugotavljanja srčno-žilne ogroženosti 11.020, preventivnih obravnav v

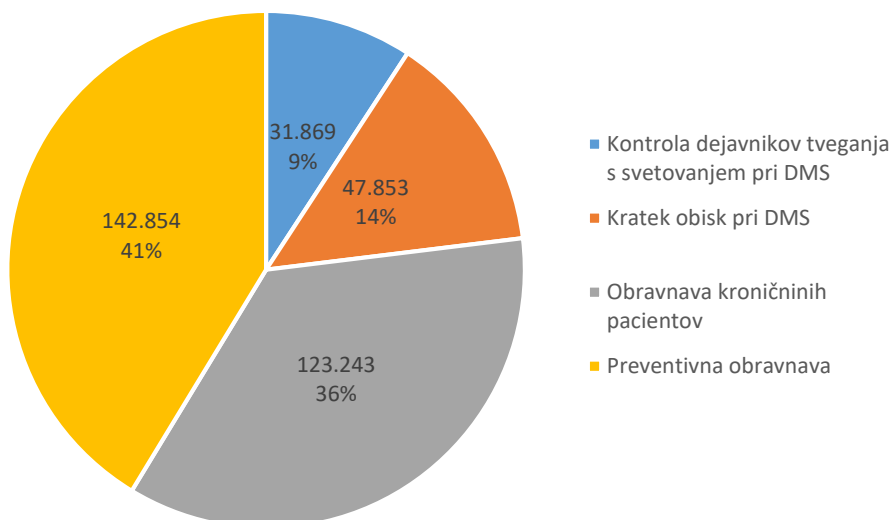
⁶ Poteka zbiranje preko ankete in rezultate o številu vabljenih na preventivne preglede bomo imeli v drugi polovici januarja 2019.

⁷ Pri tem je mišljeno na skupino prebivalcev, ki so opredeljeni pri osebnih zdravnikih družinske medicine, ki delujejo po novem standardu.

povezavi s sladkorno boleznijo tipa 2 7.213, preventivnih obravnav v povezavi z arterijsko hipertenzijo 4.037.⁸

Med storitvami »kurative« je bilo opravljenih največ storitev obravnave kroničnih pacientov z arterijsko hipertenzijo, ki so jih izvajalci izvedli 64.006, kar predstavlja več kot 10.000 obravnav na mesec. Sledijo storitve obravnave pacientov s sladkorno boleznijo tipa 2 (21.380 obravnav), pacientov z depresijo (10.175), s prostato (8.671), astmo (6.524) in koronarno boleznijo (3.516).

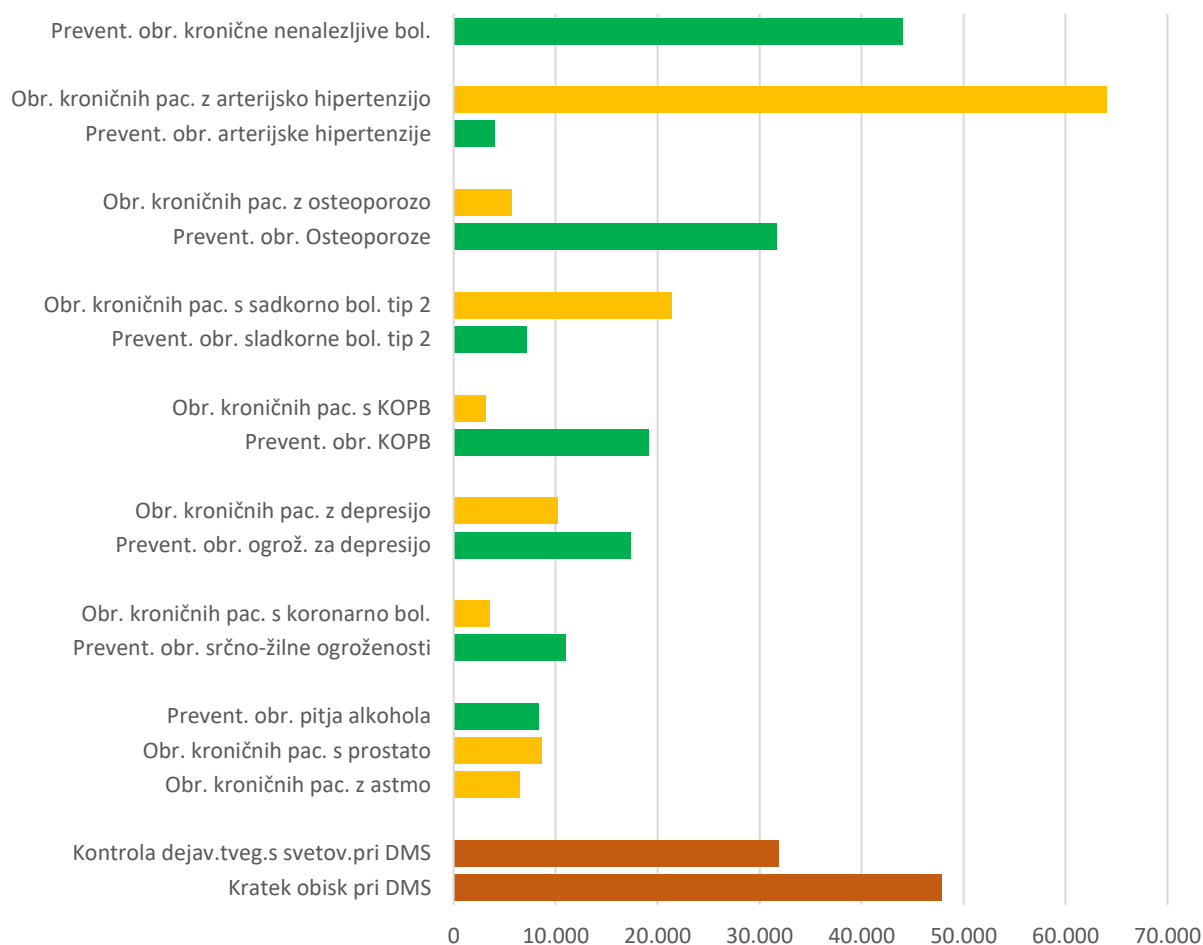
Slika 13: Število in delež opravljenih storitev po nazivu storitve, v obdobju od januarja do septembra 2018, vir podatkov: ZZZS.



Primerjavo med opravljenimi preventivnimi pregledi za posamezne bolezni in opravljenimi obravnavami pacientov po posameznih kroničnih nenalezljivih boleznih, prikazujemo v nadaljevanju (Slika 14). Pacienti so pri DMS v okviru ADM najpogosteje obravnavani zaradi arterijske hipertenzije in sladkorne bolezni tipa 2. V povezavi z osteoporozo, KOPB in depresijo pa je opravljenih bistveno več storitev »preventive« kot »kurative«.

⁸ Posamezna obravnava pacienta vključuje več storitev v povezavi z ugotavljanjem dejavnikov tveganja ali prisotnosti navedenih bolezenskih stanj.

Slika 14: Podrobnejši pregled števila preventivnih obravnav in obravnav pacientov s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi po posameznih boleznih v obdobju od januarja do septembra 2018, vir podatkov: projektna pisarna NIJZ.



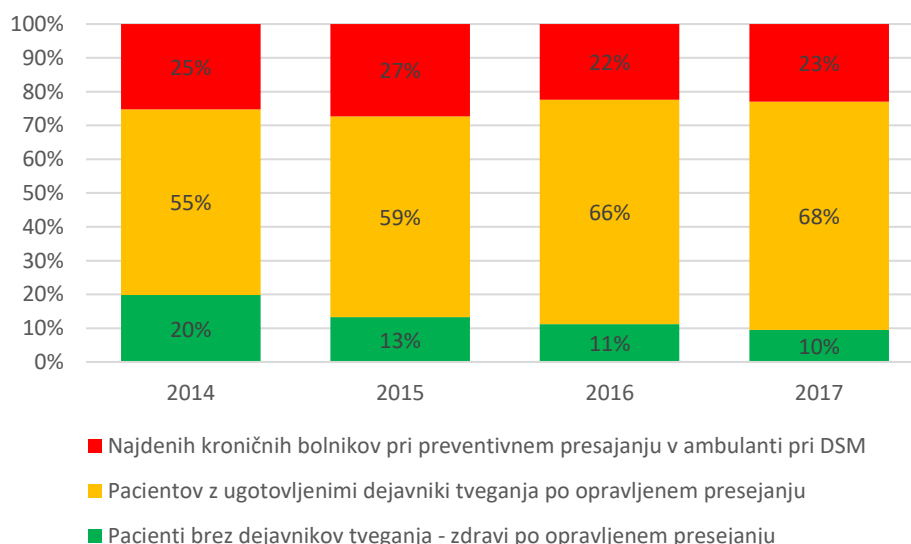
Na podlagi vseh zabeleženih storitev v okviru preventive (v letu 2017 je v povprečju ena ambulanta zabeležila 267 storitev in s tem preventivno pregledala 177 pacientov) ugotavljamo, da se delež najdenih pacientov s kronično nenalezljivo boleznijo pri preventivnem presajanju v ambulanti pri DSM zmanjšuje; v letu 2014 je bilo takih pacientov 21.695 oz. 25 % vseh preventivno pregledanih pacientov, v letu 2017 pa je bilo takih pacientov 22.358, kar predstavlja 23 % vseh preventivno pregledanih pacientov in s tem znižanje najdenih kroničnih bolnikov pri preventivnem presajanju za 2 %.

V nasprotju s pozitivnim trendom (zmanjševanja deleža) najdenih kroničnih bolnikov pri presejanju pa se delež pacientov z ugotovljenimi dejavniki tveganja v zadnjih letih povečuje. V letu 2014 je bilo na podlagi presajanja ugotovljenih 47.284 pacientov z ugotovljenimi dejavniki tveganja, kar je predstavljalo kar 55 % vseh preventivno pregledanih pacientov; v letu 2017 je bilo takih pacientov 65.842, kar je predstavljalo 68 % vseh preventivno pregledanih pacientov. V nasprotju s pozitivnim trendom (zmanjševanje deleža pri presejanju) najdenih kroničnih bolnikov v zadnjih letih beležimo tudi negativni trend (povečevanje) deleža pacientov brez ugotovljenih dejavnikov tveganja po opravljenem presajanju, tj. zdravih. V letu 2014 je bilo izmed vseh pregledanih pacientov kar 20 % zdravih (17.052 pacientov), v letu 2017 pa le 10 % (9.259) vseh pregledanih pacientov, kar pomeni zmanjšanje ugotovljenega deleža zdravih v obdobju od 2014 do 2017 za 12 %. Navedeno pomeni, da se je predvsem na račun zmanjševanja deleža zdravih povečeval delež pacientov z ugotovljenimi dejavniki tveganja.

Tabela 2: Število opravljenih preventivnih pregledov in posameznih ugotovitev pregleda v okviru dela ambulante družinske medicine, 2012-2017, vir podatkov: Projektna pisarna NIJZ.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Št. vseh opravljenih preventivnih pregledov		103.101	116.127	135.968	177.222	206.747
<i>na 1 ambulanto</i>		293	266	233	280	267
Št. vseh pregledanih pacientov (preventivni pregledi)			79.075	94.453	117.596	137.005
<i>na 1 ambulanto</i>			181	162	185	177
Št. pacientov brez dejavnikov tveganja - zdravi po opravljenem presejanju		13.648	17.052	10.515	9.566	9.259
<i>na 1 ambulanto</i>		39	39	18	15	12
Št. pacientov z ugotovljenimi dejavniki tveganja po opravljenem presejanju		44.745	47.284	46.922	56.577	65.842
<i>na 1 ambulanto</i>		127	108	80	89	85
Št. najdenih kroničnih bolnikov pri preventivnem presajanju v ambulanti pri DSM	10.281	13.412	21.695	21.571	19.051	22.358
<i>na 1 ambulanto</i>		38	50	37	30	29

Slika 15: Rezultati preventivnega dela v ADM: delež najdenih kroničnih bolnikov, delež ugotovljenih pacientov z dejavniki tveganja in brez dejavnikov tveganja, 2014-2017, vir podatkov: Projektna pisarna NIJZ.



V letu 2017 je bilo torej na podlagi preventivnega presajanja najdenih 22.358 pacientov s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, kar pomeni skoraj 29 najdenih pacientov na eno ambulanto oz. 2,4 najdenih pacientov s kronično boleznijo na eno ambulanto vsak mesec

leta. V letu 2017 je v okviru dela ADM potekalo preventivno presejanje za bolezni KOPB, diabetes, hipertenzijo in osteoporozo. Seznam bolezni, za katere preventivno presajanje poteka, se med leti razlikuje, tako je poleg omenjenih bolezni v preteklih letih potekalo še preventivno presajanje za astmo (v letih 2012-2015), srčno-žilne bolezni (v letih 2012-2014) in koronarno bolezen (v letih 2014-2015).

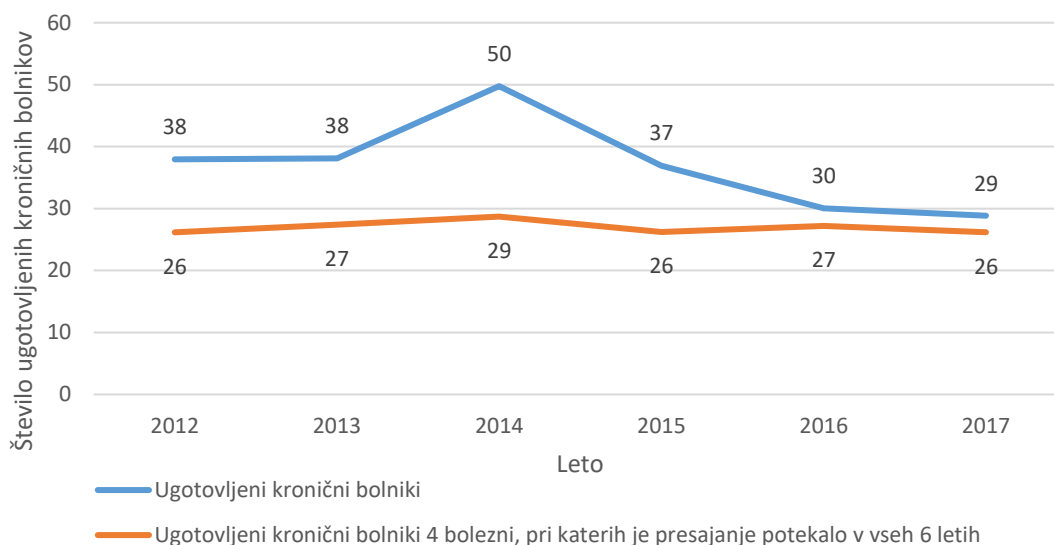
Gledano absolutne številke je v zadnjih letih število najdenih kroničnih bolnikov naraščalo, a upošteva nove vključene ambulante, je povprečno število ugotovljenih kroničnih bolnikov za štiri bolezni, kjer je časovna vrsta mogoča, v zadnjih letih stabilno in znaša približno 27 najdenih kroničnih bolnikov na ambulanto, kar pomeni približno 2,3 bolnikov na mesec (Slika 20).

Pri interpretaciji podatkov je potrebno upoštevati, da so v nekaterih ADM, ki delujejo po novem standardu, že presejali svojo populacijo opredeljenih pacientov.

Tabela 3: Število najdenih kroničnih bolnikov pri preventivnem presajanju v ambulanti pri diplomirani medicinski sestri v okviru dela ambulante družinske medicine, po posamezni bolezni, 2012-2017, vir podatkov: Projektna pisarna NIJZ.

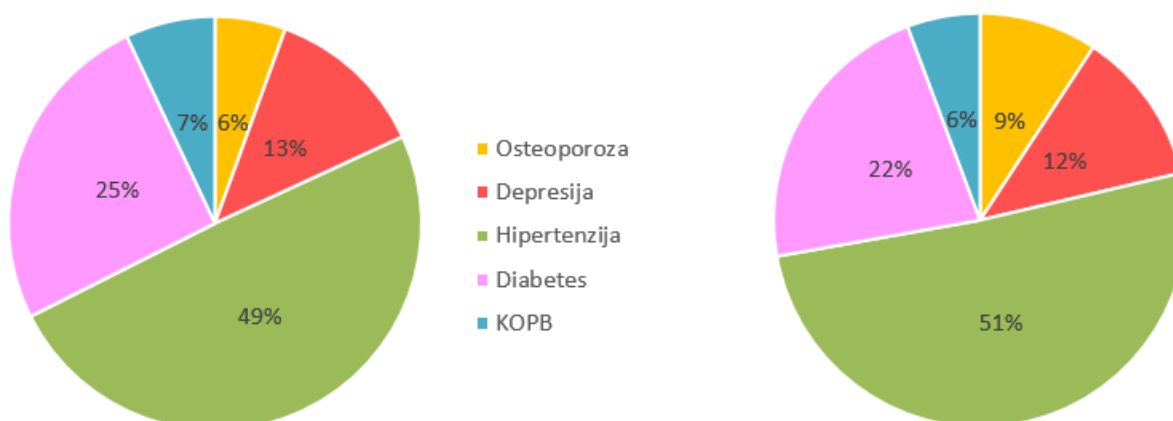
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ASTMA	720	690	848	982		
<i>Št. najdenih na 1 ambulanto</i>	<i>2,7</i>	<i>2,0</i>	<i>1,9</i>	<i>1,7</i>		
KOPB	798	833	931	943	1.002	1.279
<i>Št. najdenih na 1 ambulanto</i>	<i>2,9</i>	<i>2,4</i>	<i>2,1</i>	<i>1,6</i>	<i>1,6</i>	<i>1,7</i>
DIABETES	2.442	2.481	3.366	3.723	4.512	4.936
<i>Št. najdenih na 1 ambulanto</i>	<i>9,0</i>	<i>7,0</i>	<i>7,7</i>	<i>6,4</i>	<i>7,1</i>	<i>6,4</i>
HIPERTENZIJA	3.578	5.581	6.551	8.015	9.531	11.372
<i>Št. najdenih na 1 ambulanto</i>	<i>13,2</i>	<i>15,9</i>	<i>15,0</i>	<i>13,7</i>	<i>15,0</i>	<i>14,7</i>
DEPRESIJA	278	754	1.669	2.631	2.198	2.704
<i>Št. najdenih na 1 ambulanto</i>	<i>1,0</i>	<i>2,1</i>	<i>3,8</i>	<i>4,5</i>	<i>3,5</i>	<i>3,5</i>
SRČNOŽILNE BOLEZNI	2.465	3.073	6.771			
<i>Št. najdenih na 1 ambulanto</i>	<i>9,1</i>	<i>8,7</i>	<i>15,5</i>			
KORONARNA BOLEZEN			825	1.624		
<i>Št. najdenih na 1 ambulanto</i>			<i>1,9</i>	<i>2,8</i>		
OSTEOPOROZA			734	3.653	1.808	2.067
<i>Št. najdenih na 1 ambulanto</i>			<i>1,7</i>	<i>6,3</i>	<i>2,9</i>	<i>2,7</i>
SKUPNO št. ugotovljenih kroničnih bolnikov	10.281	13.412	21.695	21.571	19.051	22.358
<i>Št. najdenih na 1 ambulanto</i>	<i>37,9</i>	<i>38,1</i>	<i>49,8</i>	<i>36,9</i>	<i>30,0</i>	<i>28,8</i>

Slika 16: Gibanje števila vseh ugotovljenih kroničnih bolnikov (modra črta) in kroničnih bolnikov 4 bolezni, pri katerih je presajanje potekalo v vseh 6 letih (oranžna črta), po posameznih letih, povprečje na eno ambulanto, vir podatkov: Projektna pisarna NIJZ.



Kot je razvidno iz Slika 16, je bilo v letu 2014 zabeleženih izstopajoče število ugotovljenih kroničnih bolnikov na eno ambulanto (50), kar je posledica razširjenega nabora bolezni, za katere je preventivno presajanje v letu 2014 potekalo. Primerjava porazdelitve najdenih kroničnih bolnikov po posameznih boleznih na podlagi preventivnega presajanja med leti 2014 in 2017 (Slika 17) ne pokaže večjega odstopanja v ugotovljenih boleznih. V letu 2017 je bilo glede na leto 2014 najdenih 3 % več kroničnih bolnikov z osteoporozo in 2 % več bolnikov s hipertenzijo. V letu 2017 je bilo najdenih 3 % manj kroničnih bolnikov z diabetesom in 1 % manj bolnikov z depresijo in KOPB.

Slika 17: Primerjava porazdelitve najdenih kroničnih bolnikov po posameznih boleznih na podlagi preventivnega presajanja med leti 2014 (levo) in 2017 (desno), vir podatkov: Projektna pisarna NIJZ.



6. Analiza kazalnikov kakovosti

Kakovost obravnave pacientov v ADM z okrepljenim timom se spremlja s kazalniki kakovosti, ki jih je potrdil Projektni svet ADM, izhajajo pa iz protokolov obravnave pacientov. Seznam vseh kazalnikov kakovosti je na voljo v na spletni strani ministrstva.

Ločimo jih na procesne kazalnike kakovosti (v skladu s protokoli kažejo, če in kako je bil postopek izveden), kazalnike kakovosti izida obravnave (gre za rezultate zdravljenja, ukrepanja in rezultatov delavnic) ter kazalnike storilnosti, ki zajemajo absolutno število pregledanih in delež pregledanih, absolutno število pregledanih po posameznih obolenjih in delež pregledanih po obolenjih.

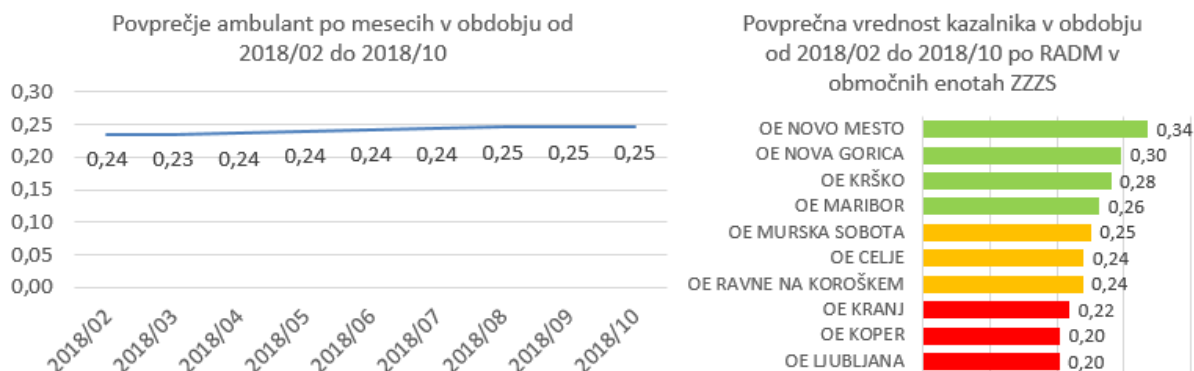
V analizi posebej analiziramo izbrane procesne kazalnike kakovosti:

- vsaj 1-krat letno določen HbA1c pri bolnikih s sladkorno boleznijo,
- vsaj enkrat na dve leti izmerjen krvni tlak pri registriranih kroničnih bolnikih in
- vsaj enkrat letno izmerjen krvni tlak pri bolnikih z arterijsko hipertenzijo

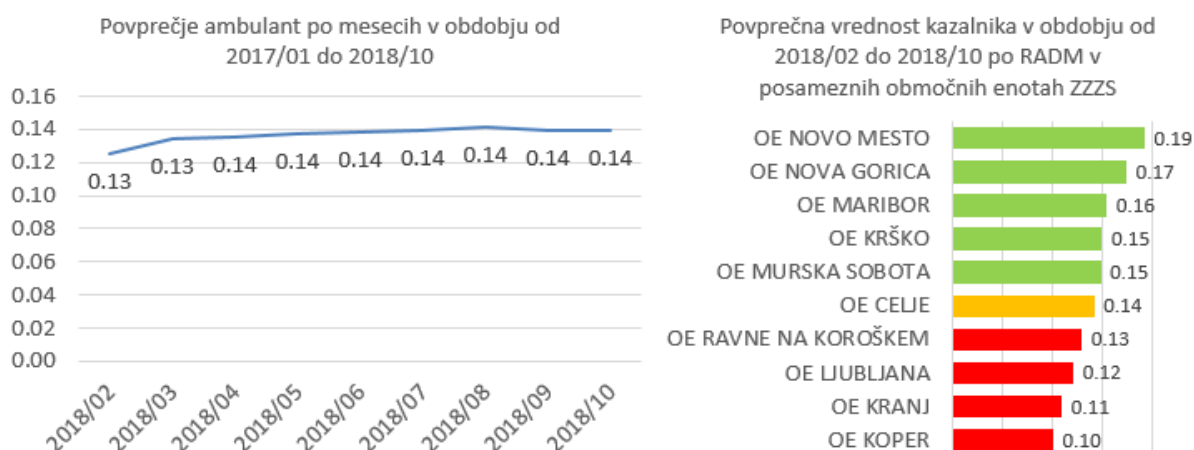
Prikazana je vrednost posameznega kazalnika na nacionalni ravni po mesecih v obdobju od 2017 oz. 2018 do oktobra 2018 in povprečna vrednost kazalnika po območnih enotah ZZZS. Rezultati analize kažejo, da v letu 2017 in 2018 v vrednostih kazalnikov ni večjih nihanj, je pa opaziti tako medregijske razlike (razvidno iz Slika 18, Slika 19, Slika 20) kot razlike v doseženih kazalnikih kakovosti po posameznih ADM v kontekstu obravnave pri DMS: (razvidno iz Slika 23,

Slika 24, Slika 25).

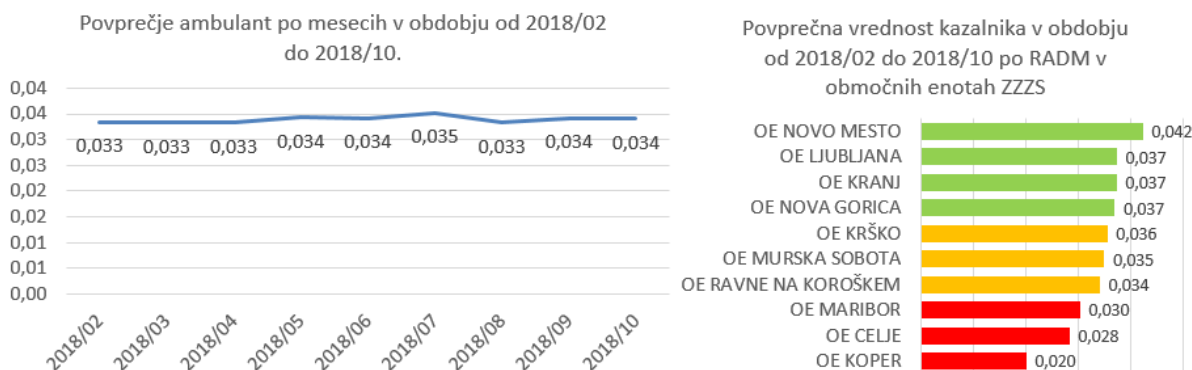
Slika 18: Kazalnik 4011, vsaj enkrat na dve leti izmerjen krvni tlak pri registriranih kroničnih bolnikih, vir podatkov: Projektna pisarna NIJZ.



Slika 19: Kazalnik 9601, vsaj enkrat letno izmerjen krvni tlak pri bolnikih z arterijsko hipertenzijo, vir podatkov: Projektna pisarna NIJZ.



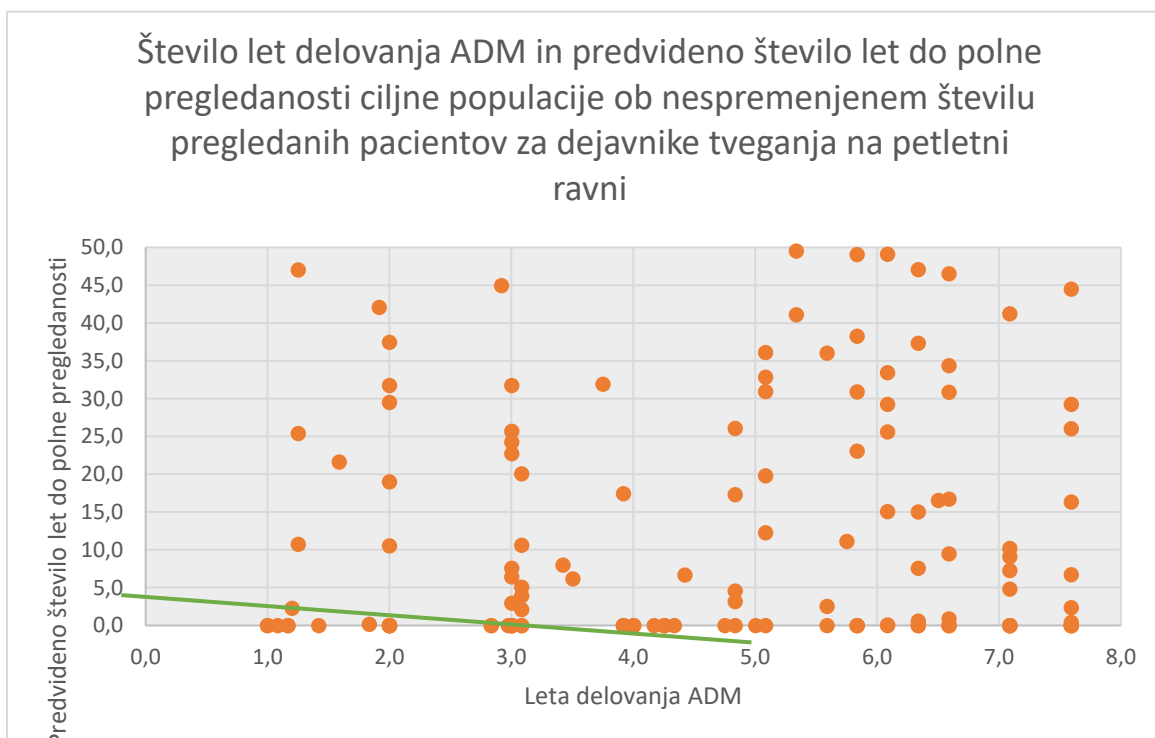
Slika 20: Kazalnik 6011, vsaj 1-krat letno določen HbA1c pri bolnikih s sladkorno boleznijo, vir podatkov: Projektna pisarna NIJZ.



Posebej smo analizirali podatke kazalnika 3051 Število oseb, starih 30 let ali več, v zadnjih petih letih pregledanih za dejavnike tveganja za KNB, pri čemer smo podatke o številu pregledanih oseb v zadnjih petih letih (podatek za 2018/10) primerjali s podatkom o številu oseb starosti med 30 do vključno 64 let (podatek je bil na voljo za 2017/12), od katerega smo odšteli že ugotovljene kronične bolnike (teh se ne presejuje več za KNB). Za ambulante, ki delujejo več kot pet let, smo za leta od začetka delovanja predvideli enako intenzivnost pregledovanj pacientov. Glede na pregledano število

je na sliki (Slika 21: Podatki kazalnika Število oseb, starih 30 let ali več, v zadnjih petih letih pregledanih za dejavnike tveganja za KNB (podatki za mesec 2018/10) in podatki o že ugotovljenih kroničnih bolnikih (podatki za 2018/10), kombinirani s podatki o številu pacientov po posamezni ambulanti, stari med 30 do vključno 64 let (podatki za mesec 2017/12); vir podatkov: Projektna pisarna NIJZ.Slika 21) razvidno v koliko letih bo posamezna ambulanta ob nespremenjenem številu pacientov pregledala celo svojo ciljno populacijo (pri tem ni bilo upoštevano staranje populacije). Kljub odrezanemu številu let vidimo, da so razlike med posameznimi ambulantami ogromne in nikakor na podlagi tega en bi mogli trditi, da imajo v vseh ADM pacienti enako dostopnost do preventivnega presejanja za KNB.

Slika 21: Podatki kazalnika Število oseb, starih 30 let ali več, v zadnjih petih letih pregledanih za dejavnike tveganja za KNB (podatki za mesec 2018/10) in podatki o že ugotovljenih kroničnih bolnikih (podatki za 2018/10), kombinirani s podatki o številu pacientov po posamezni ambulanti, stari med 30 do vključno 64 let (podatki za mesec 2017/12); vir podatkov: Projektna pisarna NIJZ.

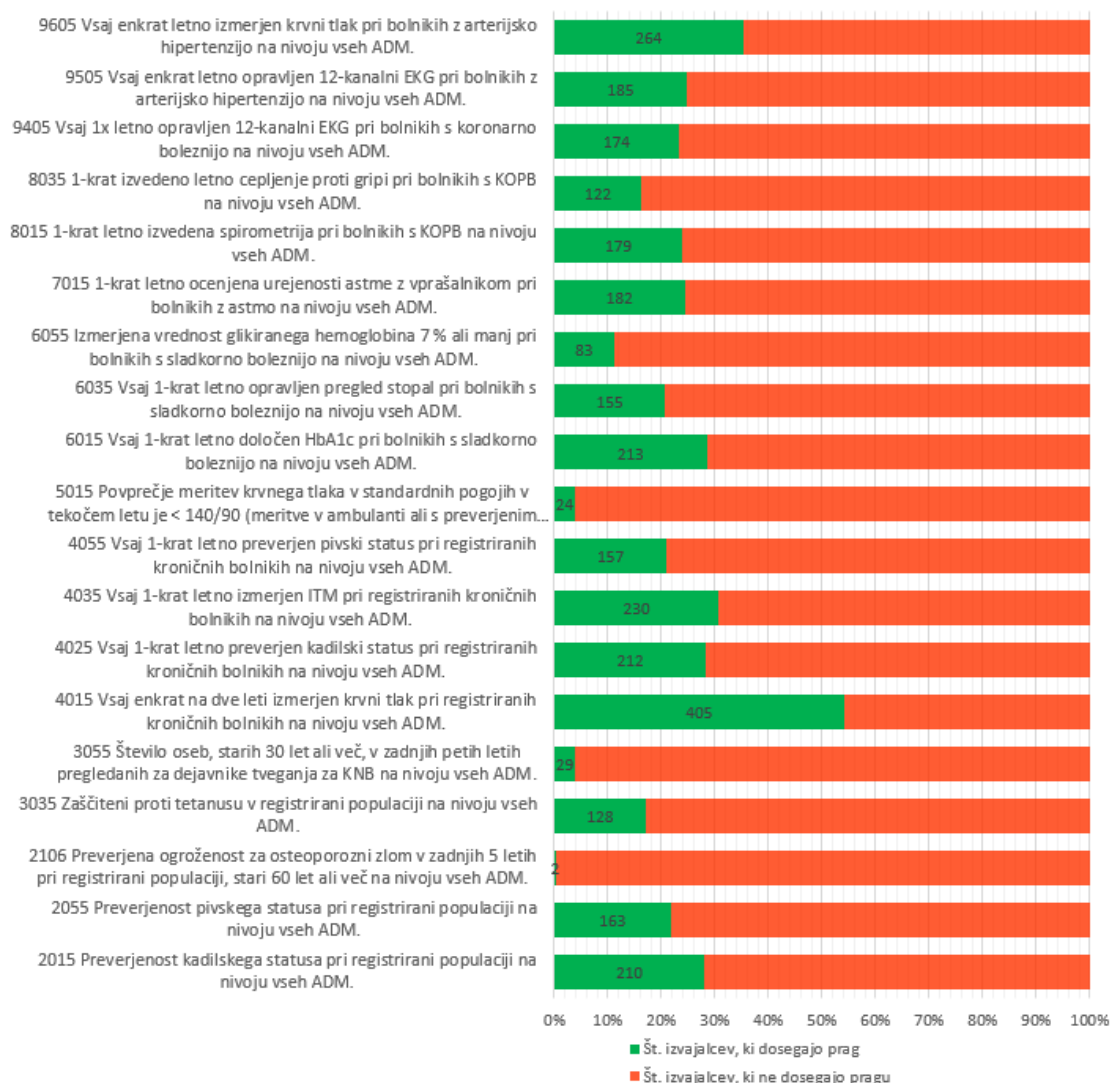


Pri analizi kazalnikov kakovosti ADM je opaziti, da velika večina Adm ne dosega postavljenih minimalnih pragov posameznega kazalnika. Vrednosti minimalnih pragov za posamezen kazalnik so sestavni del nabora kazalnikov kakovosti in jih je potrdil projektni svet.

Na naslednji sliki (

Slika 22) prikazujemo pregled števila ambulant, ki dosegajo/ne dosegajo praga po posameznih kazalnikih. Z zeleno barvo je prikazan delež in označeno število ADM, ki pri posameznem kazalniku dosegajo prag, s stolpci rdeče barve pa je prikazan delež ADM, ki praga ne dosegajo. Iz slike je razvidno, da je delež ADM, ki prag dosegajo, nizek, kar pomeni, da večina ADM ne dosegajo postavljenih minimalnih pragov kazalnikov kakovosti. Le pri enem kazalniku več kot 50 % ADM minimalni prag dosegajo – gre za kazalnik 4011: Vsaj enkrat na dve leti izmerjen krvni tlak pri registriranih kroničnih bolnikih na nivoju vseh ADM.

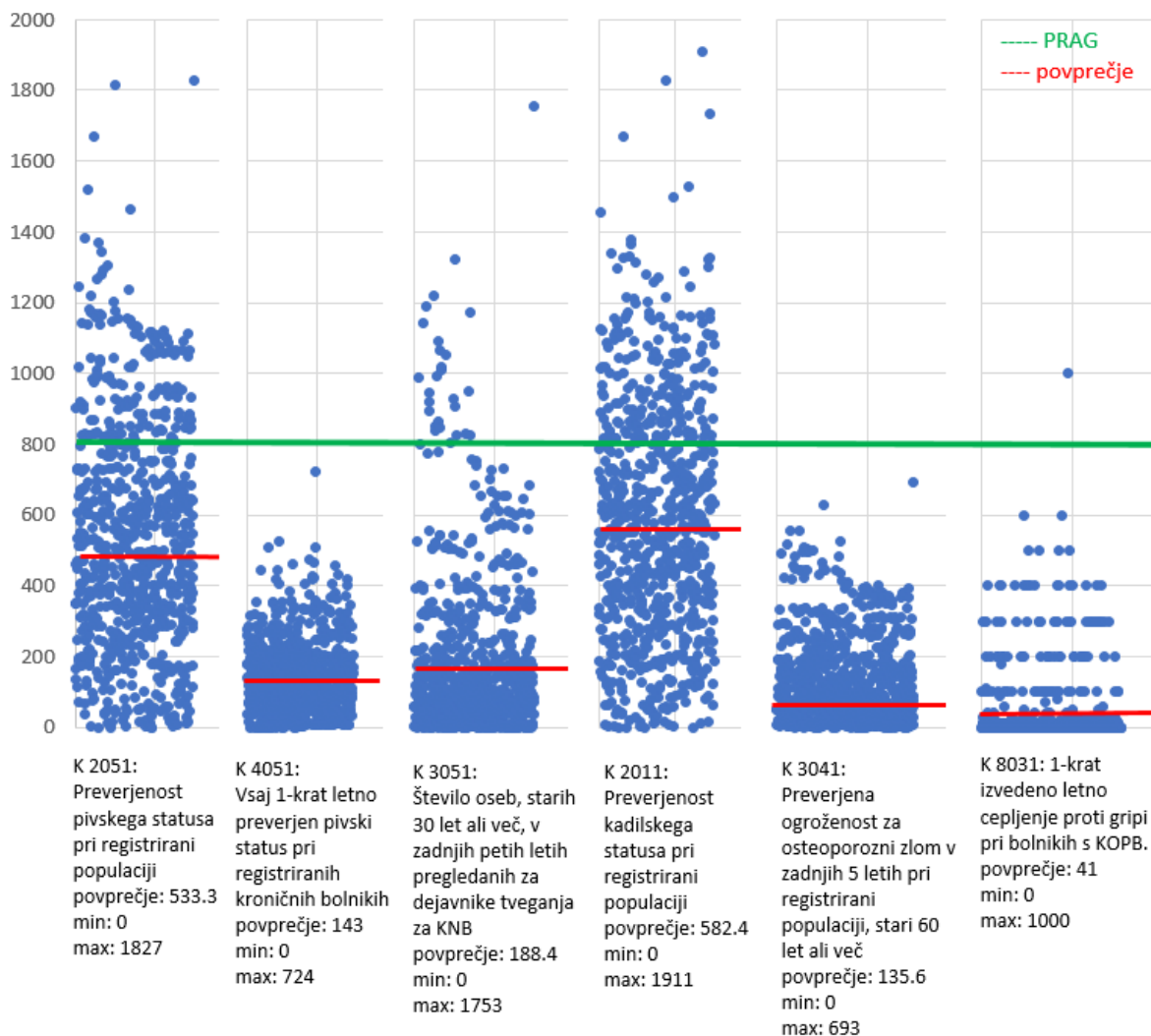
Slika 22: Pregled doseganja praga po posameznih kazalnikih, vključene vse ADM, oktober 2018, vir podatkov: Projektna pisarna NIJZ.



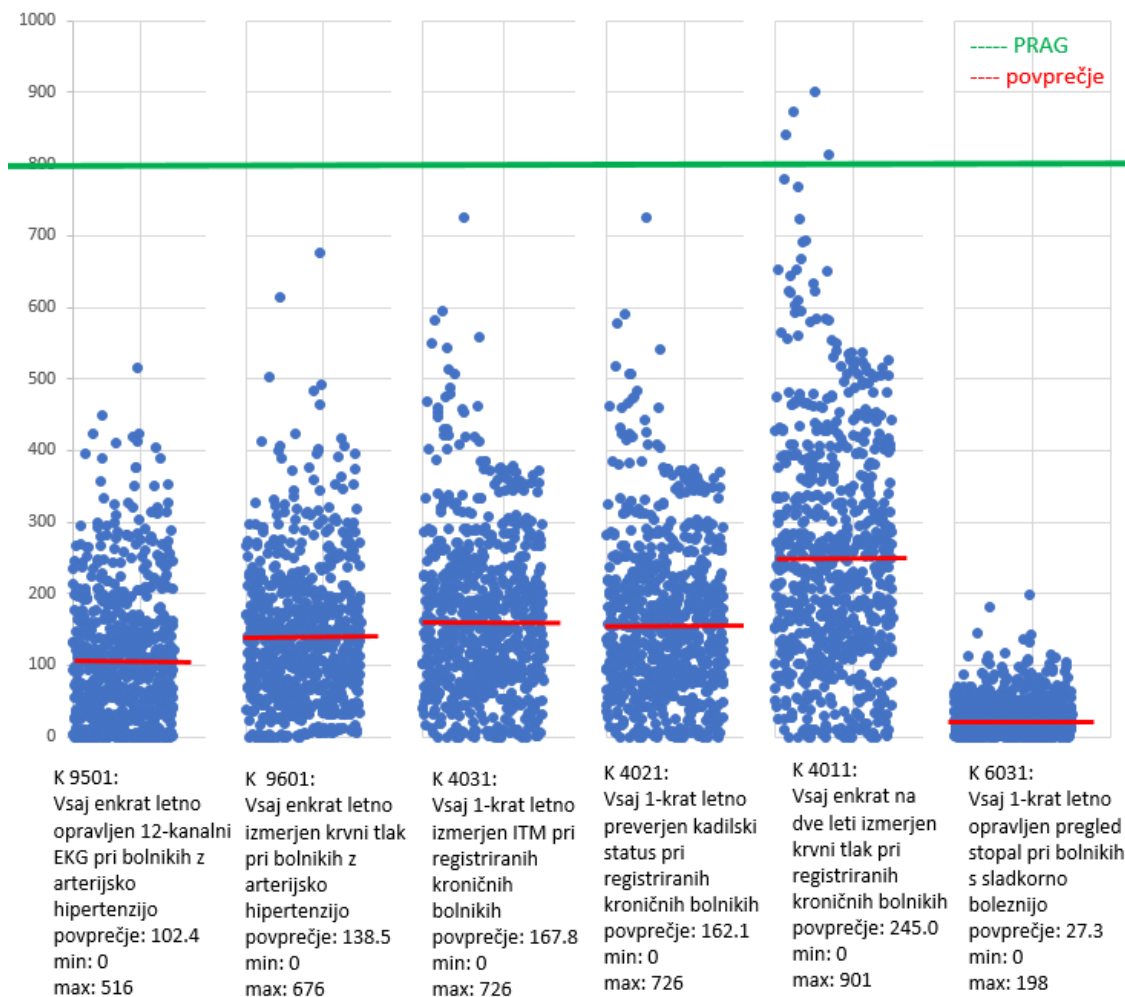
V nadaljevanju z namenom prikaza razlik med posameznimi ADM v doseganju posameznih kazalnikov kakovosti prikazujemo vrednosti doseženih kazalnikov za mesec oktober 2018. Z izjemo dveh kazalnikov (K2051 - preverjenosti pivskega statusa pri registrirani populaciji in K3051 - preverjenost kadilskega statusa pri registrirani populaciji) je opaziti sistematično nedoseganje postavljenega praga kazalnikov. V primeru vseh predstavljenih kazalnikov kakovosti je postavljen prag pri 800 preverjenih pacientov na 1000 registriranih pacientov. Poleg zgoraj omenjenih dveh kazalnikov kakovosti postavljen prag dosegajo tudi *posamezne* ADM pri naslednjih kazalnikih: K3051 - število oseb, starih 30 let ali več, v zadnjih petih letih pregledanih za dejavnike tveganja za kronične nenalezljive bolezni (KNB), K4011 - vsaj enkrat na dve leti izmerjen krvni tlak pri registriranih kroničnih bolnikih in zgolj ena ADM pri kazalniku K8031 – 1-krat izvedeno letno

cepljenje proti gripi pri bolnikih s KOPB. Pri ostalih kazalnikih praktično vse ambulate dosega bistveno slabše rezultate, kot predvideva postavljen prag.

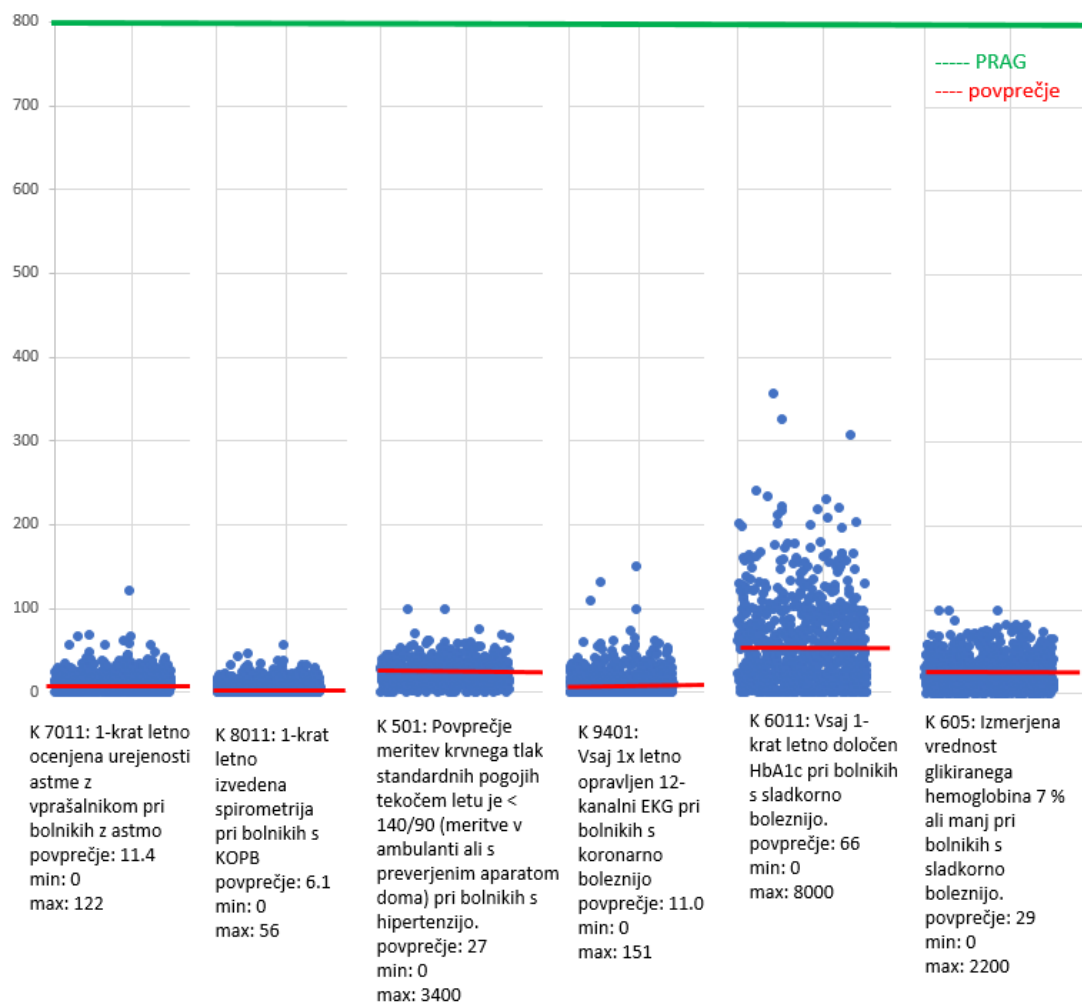
Slika 23: Prikaz doseganja praga in povprečja vseh ADM po posameznih kazalnikih kakovosti, oktober 2018, 1. del, vir podatkov: Projektna pisarna NIJZ.



Slika 24: Prikaz doseganja praga in povprečja vseh ADM po posameznih kazalnikih kakovosti, oktober 2018, 2. del, vir podatkov: Projektna pisarna NIJZ.



Slika 25: Prikaz doseganja praga in povprečja vseh ADM po posameznih kazalnikih kakovosti, oktober 2018, 3. del, vir podatkov: Projektna pisarna NIJZ.



Na podlagi prikazanih podatkov je možno sklepati, da se bo dodana vrednost glede na postavljene kazalnike začela kazati v prihodnjih letih. Takrat, ko bodo vse ambulante presejale svoje paciente, bomo imeli jasno sliko o številu pacientov s kronično nenalezljivo boleznijo. Načrtovana je tudi prenova kazalnikov, da bo omogočen vpogled v pojavnost posameznih kroničnih nenalezljivih bolezni iz epidemiološkega vidika.

7. Analiza izvedbe in udeležbe na modulih namenjenih DMS v ADM v letu 2017 in 2018

V sklopu ADM morajo diplomirane medicinske sestre za delo v ADM opraviti obvezne module. Organizacija modulov poteka preko projektne pisarne na NIJZ.. Organizacija modulov zajema koordinacijo z nosilci izobraževanj, vabljenje, sprejemanje prijav, priprava seznamov, vodenje evidence opravljenih izobraževanj (sodelovanje s Katedro za družinsko medicino, ki na podlagi seznama prisotnih pošlje račune in potrdila o udeležbi na modulih). Uvodno srečanje novih timov ni obvezno, je pa priporočljivo za vse nove time, ki so vključeni v ta sistem dela.

V zadnjih dveh letih se je vseh organiziranih izobraževanj udeležilo približno 500 oseb (ena oseba se je lahko udeležila več izobraževanj). Zaposlene DMS, ki so se v letu 2017 in 2018 udeležile vseh modulov, so bile na izobraževanju 20 dni na leto, kar predstavlja en polni delovni mesec oz. 9 % vseh delovnih dni ob upoštevanju letnega dopusta vsaj 20 dni. Ob izpostavljeni pomembnosti usposabljanja DMS v ADM, izobraževanja predstavljajo nezanemarljiv delež časa DMS v ADM, ko te pacientov ne morejo obravnavati.

Tabela 4: Pregled izvedenih modulov in število udeležencev v letih 2017 in 2018. Vir: Projektna pisarna NIJZ.

Modul (število dni trajanja)	Število dni	Število udeležencev		
		2017	2018	Skupaj
Organizacija dela in komunikacija	2	59	62	121
Preventiva	4	75	71	146
Astma/KOPB	4	29	90	119
Sladkorna bolezen tipa 2	4	56	26	82
Arterijska hipertenzija	4	100	76	176
Osteoporoza	1	63	38	101
Uvodno srečanje novih timov	1	119	89	208
Skupaj	20	501	452	

8. Ugotovitve strokovnih nadzorov v letu 2018

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije — Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (v nadaljnjem besedilu: Zbornica — Zveza) je na podlagi tretje alineje prvega odstavka 87. c člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 — uradno prečiščeno besedilo, 15/08 - ZPacP, 23/08, 58/08 - ZZdrS-E, 77/08 - ZDZdr, 40/12 - ZUJF, 14/13, 88/16 — ZdZPZD in 64/17) pristojna za izvajanje strokovnega nadzora s svetovanjem v zdravstveni in babiški negi.

V skladu z določili javnega razpisa za podelitev javnega pooblastila zbornicam in strokovnim združenjem s področja zdravstvene in babiške nege Zbornica — Zveza na letni ravni izvede 15 rednih strokovnih nadzorov pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti in 100 rednih strokovnih nadzorov nad posameznim zdravstvenim delavcem (izvajalcem zdravstvene in babiške nege). Izvajalci zdravstvene dejavnosti so opredeljeni v programu strokovnih nadzorov s svetovanjem nad področjem dela zdravstvene in babiške nege za posamezno koledarsko leto, h kateremu poda soglasje minister, pristojen za zdravje. Program strokovnih nadzorov vključuje izvajalce zdravstvene dejavnosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni.

V strokovnih nadzorih s svetovanjem na primarni ravni so bile vključene tudi izvajalke zdravstvene nege v ADM. Nadzorne komisije so ugotovile, da so izvajalke zdravstvene nege, ki so bile nadzorovane pri svojem delu strokovne in učinkovite. Predmet nadzora je bil tudi pregled zdravstvene dokumentacije pacientov, ki so bili obravnavani v referenčni ambulanti. Nadzorna komisija je v nadzorovanih ustanovah ugotovila ustrezno prakso pri izvajanju aktivnosti zdravstvene nege glede na predviden protokol.

Nadalje so ugotovitve nadzorne komisije v posameznih primerih naslednje:

- izvajalke zdravstvene nege v ADM so v okviru svojega rednega delovnega časa razporejene tudi na druga delovišča (primer: snemanje EKG enkrat mesečno v celotnem obsegu delovnega časa),
- prerazporeditev v drugo ambulanto zaradi odsotnosti sodelavke (tehnik zdravstvene nege) v primeru bolniške odsotnosti,
- nenapotitev pacientov s strani zdravnikov,
- dnevno, za določen čas, razporejena za pomoč v drugo ambulanto
- izguba delovnega časa zaradi oddaljenosti delovišč/ambulant v primeru, da je izvajalka zdravstvene nege razporejena v dve ADM, ki sta na različnih lokacijah,
- nedelovanje informacijskega sistema,
- neurejeno nadomeščanje odsotnosti izvajalk zdravstvene nege v času dopustov, bolniške odsotnosti, izobraževanj, kar vse vpliva na količino izvedenega in poročanega dela na področju preventivne in kurativne dejavnosti.

9. Sklepne ugotovitve in predlog ukrepov

Učinkovitost delovanja ADM z okrepljenim timom se kaže na različne načine. Glede na definicijo učinkovitosti (najbolj kakovostna storitev za največ pacientov ob najmanjših možnih stroških), učinkovitost delovanja ADM z okrepljenim timom v delu nalog DMS ni enostavno merljiva. Pri tem je potrebno upoštevati čas uvajanja DMS, nadgradnjo obstoječih kompetenc DMS za izvajanje storitev, procese učinkovite reorganizacije dela v timu in pa omejitve, ki izhajajo iz 4 urnega delavnika in kombiniranje do polnega delovnega časa na drugih deloviščih (ZVC, patronaža ali delo v dveh ambulantah). DMS na primarni ravni zdravstvenega varstva ni novost, je pa to na tej ravni novost pri obravnavi odraslih oseb v starosti nad 30 let.

Podatki kažejo, da smo z delom ADM z okrepljenim timom le delno realizirali nalogo sistematičnega izvajanja preventivnih pregledov odraslih nad 30 let, pri čemer so razlike med posameznimi ADM nerazumljivo velike.

Podatki iz registrov kažejo, da se preventivni pregledi populacije pacientov pri izbranem zdravniku izvajajo učinkovito, če sklepamo iz podatkov glede števila novih pacientov v posameznih registrih. Pri tem pa je pred nami izziv, kako učinkovito organizirati delo, da bodo realizirani protokoli vodenja pacientov z urejeno kronično nenalezljivo boleznijo ob sočasni realizaciji potrebnih preventivnih pregledov. Pri tem ni možno enostavno povezati upada deleža preventivnih obravnav pacientov glede na delež obravnav vodenja kroničnih pacientov na račun delovnih obremenitev.

Na podlagi zbranih podatkov ne moremo sklepati o razbremenitvi zdravnika. Pri tem je ključno razumevanje, da so ADM uvedle ciljni preventivno obravnavo odrasle populacije, ki prej ni bila izvajana načrtovano in sistematično. Torej gre pri ADM v prvi vrsti za prispevek h kakovosti obravnave, kar lahko privede na začetku tudi več obravnav pri zdravniku zaradi novo odkritih primerov, vendar gre tukaj za začasni porast, ki se bo kasneje po pričakovanih ustalil na ravni, ki je pogojena tudi z značilnostjo populacije pri izbranem zdravniku. Pri tem seveda korist zgornjega odkrivanja bolezni vsekakor presega kratkoročne cilje.

Težave v nizkem povprečnem številu opravljenih storitev dnevno je nujno preseči. ADM pri večini kazalnikov kakovosti sistematično ne dosegajo postavljenega praga.

Priložnosti za izboljšanje so v:

- pregledu in optimiziranju protokolov,
- podpori timom pri učinkoviti organizaciji dela.

Potrebno bo:

- pregledati in prilagoditi obstoječi seznam kazalnikov,
- vzpostaviti stalen nadzor kakovosti dela, iskanje vzrokov za odstopanja v kakovosti in uvajanje izboljšav.

Velike razlike med posameznimi ADM nas navaja k naslednjim možnim korakom, bi v nadaljevanju ob izvedenih prejšnjih strateških korakih lahko pomenila enakopravno obravnavo pacientov v vseh ADM:

- sistematično preverjanje pravilnosti vnosa in prenosa podatkov kazalnikov za kazalnike, kjer skoraj ni ADM, ki prag dosegajo; predlog bi bil vsaj dve ambulanti za posamezno programersko hišo;
- v primeru ugotovljenega pravilnega prenosa ponoven razmislek o obsegu in/ali postavljenem pragu aktivnosti, ki se jih pričakuje od posamezne ADM od danem časovnem okviru;

- razmislek o postavitvi minimalnega števila opravljenih storitev in/ali števila pregledanih pacientov na posamezno ADM ali/in doseganje procesnih kazalnikov kakovosti, ki bi imela tudi finančne učinke;
- postavitev dodatnih kazalnikov učinkovitosti/izida, ki se spremljajo preko sistema, saj je sistem narejen na način, da samo poročanje že zbranih podatkov (če so bili ti predvideni že ob sami zasnovi sistema) ne pomeni dodatne administrativne obremenitve ali potrebe po nadgradnji,
- vzpostavitev stalne povratne informacije o doseganju posameznega kazalnika, posebej tudi razmislek o javni objavi kazalnikov po posamezni ambulanti (morda tudi zgolj kot zgornjih 10%) – sedaj se namreč posamezna ADM lahko primerja zgolj z regijskim povprečjem in povprečjem Slovenije.

Pri obravnavi pacientov s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi iz terena prihajajo informacije o nepopolnem prenosu skrbi za urejene kronične bolnike iz sekundarne na primarno raven. Navedeno pomeni, da pacienti kljub temu, da bi po protokolu lahko bili vodeni zgolj na primarni ravni v timu ADM poleg teh obiskov še naprej obiskujejo tudi specialista na sekundarni ravni. Take paciente tako hkrati za isto diagnozo obravnava več ravni, kar ima določen učinek tudi na podaljševanje čakalnih dob, saj se s tem zmanjšuje dostopnost za prve preglede za paciente, ki še niso (niso več) primerni za obravnavo na primarni ravni.

Posebej izpostavljamo, da se hkrati s prehodom vseh ambulant na nov način dela v Sloveniji vzpostavljajo centri za krepitev zdravja. Razdelitev in morebiten prenos nalog iz ADM na nove centre v trenutku priprave tega poročila še ni znana, je pa treba področje reševati celovito in na način, ki bo zastavljene cilje preventivnega delovanja prilagodil dejanskim razpoložljivim kadrom in kapacitetam.

Ob tem pa se pojavljajo tudi nove pobude za naloge, ki bi jih bilo potrebno umestiti med naloge DMS v ADM.

